

Références: «La transidentité entre 10 et 20 ans», in Arnaud ALESSANDRIN (dir.), *La transidentité: des changements individuels au débat de société*, Paris: L'Harmattan, (Logiques sociales), 2011, pp: 51-59.

---

## LA TRANSIDENTITE ENTRE 10 ET 20 ANS

### Petit lexique

Nous parlons de “transidentité” car c'est une identité, non une sexualité. Transidentité au sens des identités trans', qu'elles soient transsexes ou transgenres. De même, nous avons remplacé “transsexuel” par “transsexe” car ce n'est pas une sexualité et que le terme “transsexuel” est impropre parce qu'il est construit sur le modèle “homosexuel” et “hétérosexuel”. Le terme “transsexe” est construit sur le modèle “transgenre”. Nous disons les “personnes trans” quand nous parlons des “personnes transsexes et transgenres”. Comme vous le savez, les trans' peuvent être hétérosexuels, homosexuels, bisexuels, asexuels... Nous n'utilisons plus “transsexualité” et si possible “transsexualisme”, les deux étant remplacés par “transidentité”.

Il s'agit d'un développement atypique ou d'une variation de l'identité de genre (ou identité sexuée), non d'un trouble. Si seule une minorité de personnes présente cette variation du développement identitaire, cela n'en constitue pas pour autant une pathologie. Pas plus que la minorité de gauchers a un trouble de l'habileté sous prétexte qu'elle est moins nombreuse que la majorité droitnière.

*Je vais parler de la puberté, des traitements hormonaux au moment de la puberté, des polynésiennes qui prennent des traitements à 16 ans et de ce que cela produit physiologiquement et psychologiquement. En bref des avantages d'une prise en charge précoce.*

Le congrès de Press For Change en 1998 à Oxford, où une équipe écossaise présente ses résultats dans la prise en charge des adolescents entre 14 et 18 ans, les témoignages sur le site de Lynn Conway, mon développement personnel et les nombreuses personnes transidentitaires rencontrées ces 20 dernières années me confortent dans cette idée que j'ai depuis longtemps: *la prise en charge précoces des enfants et adolescents est une solution d'avenir.*

L'identité de genre variante doit être entendu dès l'enfance. Il s'agit d'accompagner le jeune et sa famille, de bloquer la puberté jusqu'à l'âge de 14-16 ans.

Depuis quelques années, je vois des polynésiennes qui ont commencé un traitement hormonal à 16 ans. La transidentité est culturellement une possibilité d'évolution acceptable en plus des deux autres sexes majoritaires (femme ou homme). Il y a au moins une personne concernée par famille élargie (fratrie, cousins, cousines). C'est donc assez fréquent. Dans ce contexte, le développement personnel est plus harmonieux, les

trans' n'ont pas honte. Les difficultés psychologiques, quand elles sont présentes, ne sont pas différentes de celles de la population générale.

Le traitement hormonal commencé à 14-16 ans produit des résultats comparables à ceux de l'équipe écossaise. Pour les MtF, la puberté masculine n'a pas le temps de s'installer et le développement féminin est optimal. Le squelette est plus fin de type féminin avec un bassin élargi et des épaules normales, la voix n'a pas muée, la pomme d'Adam n'est pas développée, ni la pilosité. Cela évite l'épilation de la barbe, la rééducation vocale, d'avoir recours à une chirurgie de féminisation de la face. Les pieds et les mains ne sont pas trop grand ni trop large, la taille plus petite. L'aspect physique est incontestablement et rapidement féminisé.

Pour la puberté des FtM qui intervient plus tôt, il faut la bloquer dès son début. Ensuite, un traitement hormonal masculinisant commencé à 15-16 ans produira aussi des effets positifs: développement masculin du squelette (épaules, bassin, taille, mains et pieds), la mastectomie ne sera pas nécessaire. La masse musculaire et la pilosité se développeront d'une façon plus appropriée.

La prise en charge précoce évite le désespoir, la souffrance, les moqueries, la stigmatisation, les dégâts collatéraux (entourage familial). Le développement psychologique et la socialisation vont dans le bon sens, les relations avec les jeunes du même âge sont meilleures.

On ne peut exiger que les personnes transidentitaires aient un meilleur équilibre psychologique que le reste de la population. On ne peut subordonner les traitements sollicités à ce postulat. Il suffit de constater la capacité à donner un consentement libre et éclairé sur les traitements demandés et leurs conséquences. C'est le cas lorsqu'il n'y a pas de contre indication d'ordre psychiatrique ou psychologique aux traitements hormono-chirurgicaux souhaités. Tant que le suivi psy sera imposé, la psychothérapie avec des personnes trans' sera difficile.

La maturité est un phénomène psychologique complexe qui comporte plusieurs natures (intellectuelle et affective) et plusieurs niveaux qui dépendent des différents stades du développement (oral, anal...) qui ne sont pas tous atteints chez la plupart des gens. Certains éléments ne se développeront que s'il y a une prise en charge de la transidentité, d'autres pourront l'être plus tard au cours de la vie en fonction des événements. Cela dépend surtout des individus et de leur histoire personnelle.

Un certain niveau de maturité intellectuelle est indispensable pour pouvoir donner un consentement libre et éclairé. Mais il n'est pas nécessaire que tous les niveaux de la maturité affective soient développés même si certains sont utiles.

Un nombre non négligeable de personnes trans' ont un QI supérieur à 125, ce qui implique très généralement un fonctionnement cognitif et affectif particulier à ne pas confondre avec de la psychopathologie. Exemple: l'hyper conscience avec la dépression, l'hyper émotivité avec des problèmes affectifs non résolus.

Il n'est pas rare que des personnes trans' aient été victimes d'attouchements sexuels, de viols —incestueux ou non. Ce sont souvent des personnes qui se sentent mal dans leur corps et les prédateurs sexuels les repèrent plus facilement. Là aussi, il convient de ne pas se tromper de problème, de savoir reconnaître les signes d'un *syndrome de stress post traumatique*. Cela est sans rapport avec le développement identitaire atypique, surtout s'il s'est installé avant qu'ont eu lieu les sévices sexuels.

Il est important d'utiliser le genre grammatical correspondant au genre dans lequel s'identifie la personne trans', surtout si elle le souhaite, et ce quel que soit son aspect physique. C'est au soignant de se montrer assez souple pour cela. Ce n'est pas délirer avec elle, ni lui donner raison, c'est surtout ne pas l'humilier. Elle consulte parce qu'elle a déjà fait son analyse ou qu'elle pense avoir ce problème et elle demande une confirmation. Chez les jeunes, il y a une affirmation, il n'y a pas de doute. S'ils doutent, ils ne consultent pas, ils ne parlent pas de cette question.

Dans un premier temps, le but des consultations est de constater la capacité à donner un consentement libre et éclairé, la délivrance d'une information claire et adaptée à la compréhension du patient, vérifier qu'il s'est renseigné ailleurs, qu'il a bien compris les conséquences des traitements envisagés. Il faut s'adapter au rythme du consultant, ne pas précéder mais ne pas faire traîner, s'adapter à ses besoins concernant la fréquence des consultations, ce qu'on y aborde, le type des traitements hormono-chirurgicaux.

Les trans' m'ont aussi permis de comprendre que l'attraction amoureuse et sexuelle pouvait varier au cours de la vie. Il s'agit d'une construction sociale liée à l'hétéronormativité (système politique qui fabrique des hétérosexuels) et les personnes doivent s'autoriser à remettre en cause les stéréotypes de genre et de sexualité pour gagner une plus grande liberté. Les enfants et adolescents font rapidement ce travail de déconstruction des normes de genre et de sexualité.

Donner de la progestérone, l'hormone de la grossesse, à des FtM me semble une aberration. Certes, on met les ovaires au repos, mais on renforce les effets négatifs de cette hormone: prise de poids (parfois très importante) et mauvaise répartition des graisses (à l'opposé de ce qui est souhaité). Bloquer les règles est important, mais pas à n'importe quel prix, d'autant plus qu'il y a d'autres solutions pour y arriver.

Il y a 2 façons propres de mettre des gonades au repos: 1-donner les hormones produites naturellement par les gonades dans les mêmes proportions et sans interruption (c'est le principe de la contraception par pilule en continu qui aboutit à la suppression des règles chez les femmes), mais cette méthode n'est pas adaptée pour les trans' quel que soit leur âge; 2-freiner la production des gonades en agissant sur le rétro contrôle.

C'est cette dernière méthode qu'il faut employer pour bloquer la puberté des jeunes et leur donner, si nécessaire, quelques années de réflexion et approfondissement.

Cette méthode est plus coûteuse mais les anti hormones habituellement utilisées ne sont pas neutres, elles ont une action hormonale qui induirait une forme de puberté.

Une 3ème solution valable pour les adultes trans' consiste à donner directement un traitement hormonal actif qui va dans le sens du genre souhaité (testostérone pour les FtM, œstrogènes et progestérone pour les MtF), associé ou non à la seconde méthode. A 6 mois, les résultats montrent que c'est tout aussi efficace pour la majorité des cas. Toutefois, tout traitement hormonal doit être discuté avec chaque personne après une information claire.

La décision doit être prise en commun entre le médecin et le patient. Si un anti androgène est proposé à une MtF, il ne doit pas être prescrit seul mais toujours avec des œstrogènes. Sa posologie ne dépassera pas 100mgr par jour et il devra être supprimé ou

remplacé par de la progestérone après une gonadectomie. On surveillera les éventuels effets secondaires.

Seule la stérilité acquise au bout de 2 ans de traitement est irréversible. Tout le reste est remédiable car c'est bien ce qu'on fait pour les trans' adultes. En général, il ne faut pas 3 mois à une personne pour se rendre compte que cela ne lui convient pas.

Un clitoris plus gros, une voix plus grave serait les conséquences irréversibles pour les personnes qui interrompraient une hormonothérapie masculinisante, ce qui n'est pas un drame. Des tétons de seins plus gros mais sans réel développement mammaire serait la seule conséquence pour un individu qui abandonnerait un traitement hormonal féminisant.

La classification "primaire/secondaire" est obsolète et a été abandonnée sur le plan international depuis quelques années. Les critères se sont aussi assouplis.

En psychothérapie, on trouve toujours des éléments dans l'enfance qui ont été refoulés car ce n'était pas possible... Ce phénomène existe aussi chez les intersexes qu'on a traité dans l'enfance ou l'adolescence. Ce n'est pas parce que quelqu'un se révèle tardivement, qu'il s'est marié, qu'il a eu des enfants qu'il est "secondaire".

En conclusion, on peut commencer à voir des enfants en accompagnement dès qu'ils en font la demande ou dès qu'ils présentent une variation de l'identité de genre, même s'ils n'évoluent pas vers une transition. S'ils ont bénéficié d'un suivi et qu'ils évoluent vers une transition, on ne part pas de rien et on peut rapidement proposer des solutions adaptées.

Si l'accompagnement psychologique commence à la puberté ou un peu avant, on peut la retarder de façon à limiter sa mauvaise direction et à gagner du temps. Les résultats de l'hormonothérapie sont plus efficaces si on bloque la puberté. En cas d'abandon du traitement de blocage pubertaire, cette dernière reprend son cours là où elle avait été interrompue. L'âge de la puberté n'étant pas fixe, la retarder n'est pas un problème. En cas de transition, seule la chirurgie génitale sera vraiment nécessaire pour les personnes qui la souhaitent.

Un changement de prénom peut être fait dès le début ce qui permet une adaptation des diplômes. Un changement d'état civil pourrait être obtenu dès 18 mois de traitement hormonal ou dès 18 ans. La vie professionnelle se ferait dès le début dans le bon genre.

L'idéal serait bien évidemment de supprimer le sexe à l'état civil pour tout le monde et de ne plus mentionner ce critère sur aucun document, tout comme on l'a fait pour la couleur de peau, la religion... Cette distinction est le lit du sexisme comme la notion de race est le lit du racisme.

Tom REUCHER, psychologue clinicien, trans FtM,  
Transidentité: <http://syndromedebenjamin.free.fr>  
Juin 2010