

# TRANSIDENTITE<sup>1</sup> ET PUBERTE

## TRANSIDENTITY<sup>2</sup> AND PUBERTY

### TRANSIDENTÄT<sup>3</sup> UND PUBERTÄT

Résumé: La prise en compte précoce des variations de l'identité de genre permet un développement plus harmonieux des enfants et adolescents. Le blocage de la puberté permet de gagner quelques années de réflexion et pour les trans' les conséquences ne sont pas différentes de celles que connaissent les enfants à qui l'on bloque une puberté précoce. A l'arrêt de l'antigonadotrope, la puberté reprend son cours à moins que l'on instaure un traitement hormonal pour induire un changement de sexe. Dans ce cas, le résultat sera rapidement efficace et il évitera de nombreux soins pour corriger les effets d'une sexuation indésirable. L'accompagnement psychologique des enfants et de leur famille est utile pendant toute cette période.

Abstract: Taking into an early account variations of gender identity allows the development of children and teenagers to be more harmonious. Blocking puberty makes possible a gain for thinking of a few years and consequences are not different from those experienced by children whose early puberty is blocked. When the antigonadotrope is stopped, puberty takes again its course unless one a hormonal treatment is defined in order to induce a sex change. In this case, the result will be quickly effective and it will avoid the need of many cares to correct the effects of an undesirable sexuation. A psychological accompaniment of children and their family is useful during all this period.

Mots clés: transidentité, identité de genre atypique, enfant, adolescent, famille, puberté, hormones.

Key words: transidentity, atypical gender identity, children, teenager, family, puberty, hormones.

---

<sup>1</sup> Mot allemand (transidentität) traduit en français par Support Transgenre Strasbourg et trouvé sur [http://www.sts67.org/html/gloss/fr\\_glossaire.html#transidentity](http://www.sts67.org/html/gloss/fr_glossaire.html#transidentity).

<sup>2</sup> German word (transidentität) translated in French by Support Transgenre Strasbourg and found on [http://www.sts67.org/html/gloss/fr\\_glossaire.html#transidentity](http://www.sts67.org/html/gloss/fr_glossaire.html#transidentity).

<sup>3</sup> Der im französischen Original verwendete Begriff (transidentité) ist an den deutschen Begriff (Transidentität) angelehnt, der von Support Transgenre Strasbourg ins Französische übersetzt wurde.

## 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”.

La transidentité est un *développement atypique ou une variation* de l'identité de genre. 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 droitère.

## Intérêt d'une prise en charge précoce

*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, il s'agit des avantages d'une prise en charge précoce quand elle est possible.*

Un congrès de Press For Change en 1998 à Oxford, où une équipe écossaise présentait ses résultats dans la prise en charge des enfants et adolescents qui étaient hormonés entre 14 et 18 ans, les témoignages sur le site de Lynn Conway<sup>4</sup>, 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 entendue dès l'enfance. Il s'agit d'accompagner le jeune et sa famille, de bloquer la puberté, si possible, dès le début jusqu'à l'âge de 14-16 ans. Idéalement un traitement hormonal féminisant pour les MtFs<sup>5</sup> et masculinisant pour les FtMs<sup>6</sup> pourrait être prescrit à l'âge moyen de la puberté dans le genre identitaire, c'est à dire environ 12-13 ans pour les MtFs et 14-15 ans pour les FtMs. Cela permettrait aux jeunes concernés d'évoluer en même temps que leurs camarades du même âge. Toutefois dans le contexte français où très rares sont les médecins qui acceptent de prendre en charge des mineurs, ce serait déjà un gros progrès si les endocrinologues acceptaient de bloquer la puberté quand celle-ci est sur le point de débiter et tant que les caractères sexuels secondaires ne sont pas complètement développés. Pour cela, il serait souhaitable de voir les enfants avant 8-10 ans. Une fois la puberté bien installée, comme pour les adultes, c'est un traitement hormonal actif de l'autre genre qu'il faut pour

---

<sup>4</sup> <http://ai.eecs.umich.edu/people/conway/TS/FR/TSFR-IIa.html - anchor184279>.

<sup>5</sup> MtF: male to female, transition de homme vers femme.

<sup>6</sup> FtM: female to male, transition de femme vers homme.

pouvoir inverser le processus permettre d'obtenir ainsi un "passing" suffisant dans le genre correspondant à l'identité.

Depuis les années 2000, j'ai également reçu en consultation une quinzaine de polynésiennes qui ont commencé un traitement hormonal entre 14 et 16 ans à Tahiti. Il était parfaitement impossible de penser qu'elles n'étaient pas nées femme. Celles qui n'avaient pas commencé un traitement avant leurs 18 ans avaient dû avoir recours à la chirurgie esthétique. Dans leur région d'origine, 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. Grâce à un tel 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 MtFs, la puberté masculine n'a pas le temps de s'installer et le développement féminin est optimal. Le squelette est plus fin en particulier pour les mains et les pieds, la taille est moins haute. La répartition des graisses donne des rondeurs de type féminin avec des hanches formées et la masse musculaires des épaules est en rapport, la voix n'a pas mué, la pomme d'Adam n'est pas développée d'une façon masculine, pas plus que la pilosité. Cela évite l'épilation de la barbe, la rééducation vocale ainsi que le recours à une chirurgie de féminisation de la face et du cou. L'aspect physique est incontestablement et rapidement féminisé. Pour la puberté des FtMs qui intervient plus tôt, il faut la bloquer dès son début. Ensuite, un traitement hormonal masculinisant commencé à 14-16 ans produira aussi des effets positifs: développement du squelette (os plus épais), hauteur qui peut gagner quelques centimètres, tout comme la longueur des mains et des pieds, la silhouette sera plus harmonieuse dans son rapport épaules-hanches grâce au développement de la masse musculaire et à la répartition des graisses d'une façon plus appropriée, la mastectomie ne sera pas nécessaire, la pilosité se développera d'une façon masculine.

En l'absence de traitement avant une puberté masculine, si la masse musculaire s'est développée, elle ne régressera pas toujours autant même si un traitement féminisant est administré par la suite. De même, si la masse musculaire ne s'est pas développée lors d'une puberté féminine, son développement sera souvent moindre si un traitement masculinisant est donné après la période pubertaire.

Des médecins préfèrent attendre la majorité avant d'intervenir. Ils veulent ainsi rester dans une certaine neutralité et laisser les choses évoluer. Contrairement à ce qu'ils pourraient penser, cette attente n'est pas neutre. Elle a autant de conséquences que de donner un traitement hormonal actif pour induire les caractères sexués de l'autre sexe majoritaire. Une attitude neutre consisterait à bloquer la puberté afin de se donner du temps et de ne pas laisser des effets pubertaires négatifs pour le jeune transidentitaire devenir difficilement réversibles ou au prix de traitements beaucoup plus lourds.

La prise en charge précoce des enfants transidentitaires évite le désespoir, la souffrance, les moqueries, la stigmatisation, les dégâts collatéraux sur l'entourage familial, l'échec scolaire, l'anxiété, la dépression, les idées suicidaires et les passages à l'acte. Le développement psychologique et la socialisation vont dans le bon sens, les relations avec les jeunes du même âge sont meilleures.

A contrario, pour les personnes intersexes, il est nécessaire de ne pas intervenir en forçant leur nature atypique, d'éviter tout traitement qui n'a pas pour but de préserver la vie ou d'améliorer la santé. Toutes les personnes que j'ai rencontrées et qui ont subi des traitements hormonaux dans leur enfance s'en sont plaint et en ont souffert moralement. Toutes les ont regrettés, elles m'ont dit que cela leur avait gâché la vie, qu'elles auraient souhaité qu'ils ne leur soient pas administrés. Ces traitements ont été pour elles une véritable maltraitance.

Il est nécessaire, pour les enfants intersexes ou transidentitaires de ne pas les pousser dans un sens ou l'autre, de les écouter et les accompagner ainsi que leur famille. De même, les freiner, n'est pas non plus une solution. Toutes les options, doivent être discutées avec les jeunes afin qu'ils puissent faire les meilleurs choix les concernant. Il est plus productif de travailler avec eux comme avec des partenaires.

### **Maturité**

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. Le fait de se sentir mieux avec un traitement hormonal et de souhaiter le poursuivre me semble bien plus efficace comme test que n'importe quelle évaluation psy. Tant que la barrière de "l'autorisation psy" sera réclamée par les endocrinologues et les chirurgiens, la relation entre personnes transidentitaires et pys sera faussée. La psychothérapie avec des personnes trans' est difficile alors qu'il y a parfois un réel besoin. Il est nécessaire que celui ou celle qui demande les traitements soit responsable de sa décision et que les professionnels de santé ne puissent pas être mis en cause par la justice dans cette prise de décision, seule la mise en oeuvre des moyens adéquats et dans les règles de l'art restant sous leur responsabilité. Quelqu'un qui n'est pas sûr de son identité de genre peut se faire aider pour mieux comprendre avant de prendre ou non une décision éclairée. Si la personne concernée ne veut pas décider pour elle-même, ce n'est pas à un tiers de se substituer à elle. Si, mise en situation de décider, elle assume et s'engage dans une transition, c'est une preuve de maturité. A plusieurs reprises, j'ai pu constater que quelqu'un qui n'est pas prêt ne s'engage pas.

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.

### **Particularités qui peuvent cohabiter avec une transidentité**

Un nombre non négligeable de personnes transidentitaires 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. D'autres ont subi des maltraitements physiques ou psychologiques. 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 que les sévices sexuels ou les maltraitements aient eu lieu.

Je constate qu'un nombre non négligeable de personnes transidentitaires (40-50%) montre de l'anxiété ou de la dépression et qu'environ 10% de mes consultants transidentitaires (majeurs et mineurs confondus) présentent des signes autistiques (syndrome d'Asperger, autisme de haut niveau). Ce n'est pas incompatible avec une transidentité. La World Professional Association for Transgender Health fait ce même constat et le mentionne dans ses Standard of Care version 7, p12 [WPATH, 2011]:

*«It is relatively common for gender dysphoric children to have co-existing internalizing disorders such as anxiety and depression (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002). The prevalence of autism spectrum disorders seems to be higher in clinically-referred, gender dysphoric children than in the general population (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010).»<sup>7</sup>*

Mon expérience avec les personnes en parcours de transition me permet de dire que les hormones peuvent avoir une action sur l'humeur de certaines d'entre elles. Il me semble important de ne pas sous estimer le risque de basculement de l'humeur vers des troubles bipolaires, versant maniaque ou dépressif. En ce sens, l'accompagnement psychologique est utile, surtout au début du traitement. Concernant la dépression, on connaît aussi les effets secondaires de tous les anti androgènes sur le marché en France. Ils sont donc à proscrire pour toute personne ayant eu au moins un épisode dépressif. Souvent écartés à cause de leurs coûts, les antagonistes restent une bonne alternative s'ils sont bien supportés.

### Style de relation thérapeutique

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

---

<sup>7</sup> *«Il est relativement courant que chez les enfants souffrant de dysphorie de genre co-existent des troubles internes tels que l'anxiété et la dépression (Cohen-Kettenis, Owen, Kaijser, Bradley, & Zucker, 2003; Wallien, Swaab, & Cohen-Kettenis, 2007; Zucker, Owen, Bradley, & Ameeriar, 2002). La prévalence du spectre des troubles autistiques semble plus élevée pour les enfants cliniquement considérés comme souffrant de dysphorie de genre que dans la population générale (de Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes, & Doreleijers, 2010).»*

compréhension du patient, de 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'attirance 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.

A noter que la classification transsexuel "primaire/secondaire" encore utilisée en France est obsolète et a été abandonnée sur le plan international depuis plusieurs 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 qui ont été traités 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".

### **Hormones et puberté**

Donner de la progestérone, l'hormone de la grossesse, à des FtMs 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 abouti 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 d'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 FtMs, estrogènes et progestérone pour les MtFs), associé, si nécessaire, 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 est individuel et 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 estrogènes. 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 qui peut être acquise au bout de 2 ans de traitement est irréversible. Tout le reste est remédiable

car c'est bien ce qui permet à des trans' adultes de changer d'apparence sexuée grâce au traitement hormonal. Par ailleurs, les bilans de surveillance doivent comprendre les dosages des 3 hormones afin de s'assurer les niveaux correspondent bien à ce qui est souhaité.

Des professionnels de santé disent qu'ils ne veulent pas donner des traitements hormonaux aux mineurs ni bloquer la puberté car ils ne savent pas les conséquences à long terme sur leur état de santé. On donne des traitements neurochimiques à des enfants parce qu'ils sont trop agités<sup>8</sup> sans que l'on se préoccupe des conséquences à long terme sur leur cerveau. Le problème est pourtant bien similaire. Certes, les antigonadotropes ont des effets secondaires non négligeables mais on les donne à des enfants pour bloquer une puberté précoce sans que des problèmes soient notés sur leur développement neurologique. Ce qui est possible dans ce cas devrait l'être pour les jeunes trans' après une information honnête sur ce que l'on sait de ces traitements afin de leur permettre un choix éclairé. Depuis les années 1990, plusieurs pays permettent cette démarche: USA, Canada, Royaume Uni, Pays Bas, Allemagne, Australie... Pourquoi ne pas le faire aussi en France?

### **Les hormones comme test psy**

Les transformations induites par les hormones durant les 3 premiers mois ne sont pas perceptibles par l'entourage de la personne qui voudrait tester si elle se sent mieux avec un traitement hormonal de l'autre sexe majoritaire. Ces effets sont totalement réversibles à l'arrêt du traitement. En général, il ne faut pas 3 mois à une personne pour se rendre compte que cela ne lui convient pas. Ce test hormonal est beaucoup plus efficace que n'importe quelle évaluation psy. Une personne qui, après 3 mois de traitement, ne se sent pas mieux avec, devrait se poser la question quant à la pertinence de le poursuivre. A ce stade, un clitoris plus gros et une voix plus grave (comme celle d'une femme de 40 ans fumant plus de 20 cigarettes par jours) pourraient être les possibles 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 tels que le sont ceux prescrits en France depuis les années 2000.

### **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. Cette dernière pourra toujours reprendre son cours là où elle avait été interrompue en cas d'abandon du traitement de blocage. L'âge de la puberté n'étant pas fixe, il est possible de la retarder

---

<sup>8</sup> Qu'ils souffrent de Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) ou de Trouble Envahissant du Développement (TED), la nouvelle dénomination pour le spectre autistique dans son ensemble.

un an ou deux. En cas de transition, seule la chirurgie génitale sera vraiment nécessaire pour les personnes qui la souhaiteront.

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,  
Site: [www.transidentite.com](http://www.transidentite.com)  
Mars 2013

Cet article a été traduit en allemand et publié comme chapitre du livre:

Erik SCHNEIDER, Christel BALTES-LÖHR (Hg), *Normierte kinder. Effekte der geschlechternormativität auf kindeheit und adoleszenz*, Transcript (Gender studies), 2014, 400 p.

Références: Tom REUCHER, «Transidentität und pubertät» in Erik SCHNEIDER, Christel BALTES-LÖHR (Hg), *Normierte kinder. Effekte der geschlechternormativität auf kindeheit und adoleszenz*, Transcript (Gender studies), 2014, pp: 367-373.