



HAL
open science

Caractéristiques démographiques et santé psychosociale des jeunes personnes transgenres suivies au CHRU de Nancy : une étude rétrospective de 2004 à 2020 dans le service d'Endocrinologie du CHRU de Nancy

Sarah Alioua

► To cite this version:

Sarah Alioua. Caractéristiques démographiques et santé psychosociale des jeunes personnes transgenres suivies au CHRU de Nancy : une étude rétrospective de 2004 à 2020 dans le service d'Endocrinologie du CHRU de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04042667

HAL Id: hal-04042667

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04042667>

Submitted on 23 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY 2022**

THÈSE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Sarah ALIOUA

Le vendredi 1^{er} avril 2022

**CARACTERISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET SANTÉ
PSYCHOSOCIALE DES JEUNES PERSONNES
TRANSGENRES SUIVIES AU CHRU DE NANCY**
Une étude rétrospective de 2004 à 2020 dans le service
d'Endocrinologie du CHRU de Nancy

JURY :

Président : Professeur M. KLEIN

Membre juge : Docteur E. FEIGERLOVA

Membre juge : Docteur L. DEMARQUET

Membre juge : Docteur A. CAMMARATA



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
 Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER, Dr Thomas SCHWITZER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Interface avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Jacques JONAS
- *ECOS* : Drs Eva FEIGERLOVA et Patrice GALLET
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Pr Pablo MAUREIRA, Drs Nicla SETTEMBRE et Fabienne LIGIER
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargés de mission

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PASS : Pr Mathias POUSSEL

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel

SCHMITT –

Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ

–

Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET

–

Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE -

Jean-Pierre KAHN - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER -

Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc SCHMUTZ - Paul VERT - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : Biophysique et médecine nucléaire

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : Radiologie et imagerie médicale

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie

CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY -

Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-

Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : Physiologie

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section : Biologie cellulaire

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : Nutrition

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : Parasitologie et Mycologie

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : Maladies infectieuses ; maladies tropicales

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3^e sous-section : *Immunologie*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : *Génétique*

Professeur Philippe JONVEAUX

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**1^{re} sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire***

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : *Médecine intensive-réanimation*

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : *Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

5^e sous-section : *Médecine d'urgence*

Professeur Tahar CHOUIHED

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**1^{re} sous-section : *Neurologie***

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur

Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : *Neurochirurgie*

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie*

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : *Pédopsychiatrie ; addictologie*

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : *Médecine physique et de réadaptation*

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**1^{re} sous-section : *Rhumatologie***

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : *Chirurgie orthopédique et traumatologique*

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : *Dermato-vénéréologie*

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**1^{re} sous-section : *Pneumologie ; addictologie***

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : *Cardiologie*

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN

Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : *Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : *Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**1^{re} sous-section : *Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie***

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : *Chirurgie viscérale et digestive*

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie**Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY**3^e sous-section : Médecine générale**

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**1^{re} sous-section : Pédiatrie**Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -
Professeur Cyril SCHWEITZER**2^e sous-section : Chirurgie infantile**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

2^e sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3^e sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**53^e Section, 3^e sous-section : Médecine générale**

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE****1^{re} sous-section : Anatomie**

Docteur Bruno GRIGNON

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –

Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2^e sous-section : Physiologie

Docteure Iulia-Cristina IOAN (stagiaire) - Docteur Jacques JONAS

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**1^{re} sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : Parasitologie et mycologie

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**1^{re} sous-section : Epidémiologie, économie de la santé et prévention**

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU (stagiaire)

2^e sous-section Médecine et Santé au Travail

Docteure Isabelle THAON

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion**

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2^e sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : Immunologie

Docteure Alice AARNINK

4^e sous-section : Génétique

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**1^{re} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire**

Docteur Philippe GUERCI

3^e sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**2^e sous-section : Neurochirurgie**

Docteur Fabien RECH

3^e sous-section : Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Docteur Thomas SCHWITZER

4^e sous-section : Pédiopsychiatrie ; addictologie

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**4^e sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie**

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**3^e sous-section : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire**

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^e sous-section : Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire

Docteure Nicla SETTEMBRE

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie**

Docteur Anthony LOPEZ

54^e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**1^{re} sous-section : Pédiatrie**

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU (stagiaire)

3^e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Docteur Charline BERTHOLD (stagiaire)

4^e sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Docteure Eva FEIGERLOVA

5^e sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-Rhino-Laryngologie

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

63^e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN (stagiaire) - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ – Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE (stagiaire)

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (Médecine générale)

Docteur Cédric BERBE – Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>	Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (ROYAUME-UNI)</i>
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)</i>	Professeur Yunfeng ZHOU (2009) <i>Université de Wuhan (CHINE)</i>
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	Professeur David ALPERS (2011) <i>Université de Washington (U.S.A)</i>
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (U.S.A)</i>	Professeur Martin EXNER (2012) <i>Université de Bonn (Allemagne)</i>

REMERCIEMENTS

À notre Président de Jury,

**Monsieur le Professeur des Universités Marc KLEIN,
Praticien hospitalier d'Endocrinologie,**

Vous nous faites l'honneur d'accepter de présider cette thèse et de juger notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre plus profond respect.

À notre Directrice de thèse et Juge,

**Madame le Docteur EVA FEIGERLOVA,
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier dans le service
d'Endocrinologie,**

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Nous vous remercions pour votre gentillesse et l'aide que vous avez fournie tout au long de ce travail.

Veillez recevoir ici le témoignage de toute notre considération.

À notre Juge,

**Madame le Docteur Léa DEMARQUET,
Praticien Hospitalier dans le service d'Endocrinologie,**

Vous nous avez fait l'honneur de juger ce travail.

Nous vous remercions de votre présence et de votre accessibilité au quotidien au sein du service.

Nous apprécions la clarté et la qualité de votre enseignement, dont nous avons bénéficié tout au long de notre cursus médical.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

À notre Juge,

**Madame le Docteur Aude CAMMARATA,
Docteure en Pharmacie,**

Nous sommes reconnaissants de l'intérêt que vous avez bien voulu témoigner à ce travail par votre présence dans ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère estime.

À tous les médecins qui ont pu contribuer à ma formation, m'apporter de leur savoir et leur expérience tout au long de mon cursus.

Je tiens tout particulièrement à remercier l'équipe de Bar-Le-Duc où j'ai réalisé mon premier stage d'interne et dont je garderai toujours un excellent souvenir.

Également le service de diabétologie à l'hôpital Belle-Isle où j'ai passé un excellent stage en compagnie de médecins d'une grande humanité.

Je remercie également le service de pédiatrie de l'hôpital Mercy où j'ai pu découvrir l'aspect pédiatrique de ma spécialité à travers le diabète et les pathologies endocriniennes des enfants et adolescents.

À tous les médecins et toutes les équipes du service de d'Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition du CHU de Nancy que je remercie pour la transmission de leur savoir ainsi que pour leur disponibilité.

De chaleureux remerciements à l'équipe d'Endocrinologie de l'hôpital Cochin pour leur pédagogie et leur sympathie.

A mes parents et mes frères et sœurs,

Je ne pourrai jamais suffisamment vous remercier pour votre soutien sans faille.

A mes amies,

Merci à toutes. Également un grand merci à Kili qui se reconnaîtra !

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

<u>REMERCIEMENTS</u>	<u>8</u>
<u>SERMENT.....</u>	<u>14</u>
<u>TABLE DES MATIÈRES.....</u>	<u>15</u>
<u>TABLE DES FIGURES.....</u>	<u>17</u>
<u>TABLE DE LA FIGURE DE L'ARTICLE.....</u>	<u>17</u>
<u>TABLE DES TABLEAUX.....</u>	<u>18</u>
<u>TABLE DES TABLEAUX DE L'ARTICLE</u>	<u>18</u>
<u>ABRÉVIATIONS.....</u>	<u>19</u>
<u>PREAMBULE.....</u>	<u>20</u>
<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>21</u>
I. L'INCONGRUENCE DE GENRE.....	21
II. CARACTERISTIQUES CHEZ L'ENFANT	22
1. DEVELOPPEMENT DU GENRE.....	22
2. DEFINITION CHEZ L'ENFANT	22
III. CARACTERISTIQUES CHEZ L'ADULTE	23
IV. ÉPIDEMIOLOGIE	23
1. DONNEES CHEZ L'ENFANT	23
2. DONNEES CHEZ L'ADULTE	24
V. ACCOMPAGNEMENT MEDICAL	26
VI. PARTICULARITES DE L'ACCOMPAGNEMENT CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT.....	27
1. TRANSITION SOCIALE	27
2. TRAITEMENTS HORMONAUX.....	27
VII. ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE ET DEMANDES DE « DETRANSITION »	30
VIII. PROBLEMATIQUES SOCIO-PSYCHOLOGIQUES DE LA JEUNE POPULATION TRANSGENRE	31
1. VULNERABILITE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES.....	31
2. INSERTION SCOLAIRE ET SOCIO-PROFESSIONNELLE.....	31
<u>ARTICLE SCIENTIFIQUE.....</u>	<u>34</u>
I. INTRODUCTION	34
II. MATERIELS ET METHODES.....	34

1. POPULATION.....	34
2. RECUEIL DES DONNEES.....	35
3. STATISTIQUES.....	35
III. RESULTATS.....	35
IV. DISCUSSION.....	38
V. CONCLUSION.....	42
<u>RÉFÉRENCES DE L'ARTICLE</u>	<u>43</u>
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>45</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE DE LA THÈSE</u>	<u>47</u>
<u>AUTORISATION D'IMPRESSION</u>	<u>52</u>
<u>RESUMÉ DE LA THESE</u>	<u>53</u>

TABLE DES FIGURES

FIGURE A. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS POUR DYSPHORIE DE GENRE ENTRE 2002 ET 2017	25
FIGURE B. DIMINUTION DE L'AGE MOYEN POUR DYSPHORIE DE GENRE ENTRE 2002 ET 2017	25

TABLE DE LA FIGURE DE L'ARTICLE

FIGURE 1. COMORBIDITES RETROUVEES CHEZ LES FILLES ET LES GARÇONS TRANSGENRES (EN %)	38
---	----

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU A. LES DIFFERENTES TERMINOLOGIES SELON LES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES.....	21
TABLEAU B. CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DYSPHORIE DE GENRE CHEZ L'ENFANT SELON LE DSM-5	22
TABLEAU C. CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA DYSPHORIE DE GENRE CHEZ L'ADULTE SELON LE DSM-5.....	23
TABLEAU D. CRITERES D'ELIGIBILITE AU TRAITEMENT HORMONAL PAR LES ANALOGUES DE GNRH.....	28

TABLE DES TABLEAUX DE L'ARTICLE

TABLEAU 1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA COHORTE.....	36
TABLEAU 2. CARACTERISTIQUES SOCIO-PSYCHOLOGIQUES DE LA COHORTE.....	37

ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ASCA : *American School Counselor Association*

BEP : Bilan Educatif Partagé

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CPE : Conseiller Principal d'Éducation

DG : Dysphorie de Genre

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual*

ETP : Education Thérapeutique

GnRH : *Gonadotropin-Releasing Hormone*

HAS : Haute Autorité de Santé

IG : Incongruence de Genre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

TCA : Trouble du comportement alimentaire

TSA : Troubles du Spectre Autistique

TS : Tentative de suicide

WPATH : *World Professionnal Association for Transgender Health*

PREAMBULE

L'incongruence de genre (IG) résulte d'une incongruité marquée et persistante entre le genre vécu d'un individu et le sexe assigné à la naissance. Celle-ci a longtemps été définie comme une pathologie psychologique ou psychiatrique. Un mouvement de dépathologisation s'est développé avec les années, privilégiant un recentrage sur la souffrance engendrée chez les sujets, même si celle-ci n'est pas toujours présente.

Chez l'enfant et l'adolescent, l'IG est une question d'actualité où l'âge des mineurs qui souhaitent bénéficier d'un traitement hormonal ne cesse de reculer. Leur prise en charge spécifique est encore mal codifiée : elle n'est pas consensuelle et la présence de plusieurs incertitudes médicales la rendent toujours complexe. De plus, nous disposons de peu de données à long terme, ainsi, beaucoup de questions restent en suspens.

Au cours de notre travail, nous nous sommes intéressés à exposer les caractéristiques socio-psychologiques des jeunes sujets transgenres. Ainsi, nous souhaitons améliorer notre compréhension sur le vécu et les besoins des jeunes personnes transgenres, aussi bien dans le domaine social que médical. Cette compréhension nous permet d'apporter plus de lumière sur leur prise en charge afin de mieux les accompagner dans leur démarche de transition et d'élaborer des outils à visée pédagogique pour sensibiliser le grand public ainsi que les professionnels de santé.

INTRODUCTION

I. L'incongruence de genre

La première dénomination pour parler de trouble de l'identité de genre est le syndrome de Benjamin : « les vrais transsexuels ont le sentiment qu'ils appartiennent à l'autre sexe, ils veulent être et fonctionner en tant que membre du sexe opposé, et pas seulement apparaître comme tels. Pour eux, leurs organes sexuels, primaires aussi bien que secondaires sont de dégoûtantes difformités devant être changées grâce au bistouri du chirurgien ». Puis, d'autres termes sont apparus au fil des années. (1)

Dans la Classification Internationale des Maladies 10 (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le terme employé est le « transsexualisme », décrit comme « le désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé ». Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale et/ou de bénéficier d'un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi « conforme que possible au sexe désiré ». On retrouve le transsexualisme dans la catégorie des troubles mentaux et comportementaux. (2)

La cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (ou DSM-5 pour *Diagnostic and Statistical Manual*) établie par l'Association Américaine de Psychiatrie et utilisé en pratique par les psychiatres fait apparaître le terme de dysphorie de genre (DG) en 2013. Elle résulte d'une inadéquation entre le genre ressenti par l'individu et le genre qui lui a été assigné à la naissance (déterminé selon des caractéristiques anatomiques), et est cause de souffrance psychique. (3)

Le terme d'IG genre apparaît plus tard dans le CIM-11 publié en juin 2018 et est caractérisé par une incongruité marquée et persistante entre le genre vécu d'un individu et le sexe assigné à la naissance. L'IG qui remplace le terme de « transsexualisme » pouvant véhiculer une connotation négative, ne fait plus partie de la catégorie des troubles mentaux et comportementaux et permet une reclassification « non pathologisante » (tableau A). (4)

Tableau A. Les différentes terminologies selon les classifications internationales

	CIM-10	DSM-5	CIM-11
CHAPITRE	Troubles mentaux et comportementaux		Conditions relatives à la santé sexuelle
CATÉGORIE	Transsexualisme	Dysphorie de genre chez l'adolescent et l'adulte	Incongruence de genre chez l'adolescent et l'adulte

II. Caractéristiques chez l'enfant

1. Développement du genre

De nombreux travaux suggèrent que les enfants sont sensibles dès le plus jeune âge aux différents signaux de genre. En effet, les nourrissons peuvent distinguer les visages masculins des visages féminins dès l'âge de 6 mois (5), et affichent des préférences pour les objets et jouets associés à leur propre genre (6). Selon la psychologie du développement de l'enfant (7), celui-ci prendrait conscience dès l'âge de 2 ans des différences définies entre la fille et le garçon.

L'expression de genre devient forte chez l'enfant à partir de l'âge de 4 ans environ. Celui-ci prend conscience des rôles de genre attendus par la société et exprime alors son genre à son entourage.

Autour de 6-7 ans, l'expression de genre est moins forte car l'enfant sent que celui-ci est reconnu et distingué par son entourage. Les enfants transgenres commencent à s'interroger sur leur identité de genre concomitamment comme le suggère une récente étude américaine. En effet, l'étude menée par Zaliznyak *et al.* rassemblant 210 sujets transgenres a révélé que la majorité des adultes transgenres s'interrogent sur leur identité de genre dès la petite enfance, en moyenne depuis l'âge de 7 ans. (8)

Entre 8 et 14 ans, ces derniers peuvent ressentir une aggravation de la DG en lien avec l'apparition des premiers signes physiques liés à la puberté.

De 15 à 18 ans la période pubertaire est marquée par l'exploration et la construction identitaire.

2. Définition chez l'enfant

L'IG chez les enfants selon le CIM-11 est caractérisée par une incongruité marquée et persistante entre le genre vécu d'un individu et le sexe assigné à la naissance. Cette incongruence doit persister durant au moins deux ans (9).

Selon le DSM-5 il existe des critères pour poser le diagnostic de DG chez l'enfant (tableau B). Six critères devront être présentés parmi les 8 suivants dont le premier qui est obligatoire. Le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou dans d'autres domaines importants. (3)

Tableau B. Critères diagnostiques de la dysphorie de genre chez l'enfant selon le DSM-5

CRITÈRE OBLIGATOIRE	<ul style="list-style-type: none"> • La présence d'un fort désir ou la conviction d'être de l'autre genre, différent du genre assigné à la naissance.
AUTRES CRITÈRES	<ul style="list-style-type: none"> • La préférence marquée pour les vêtements typiques de l'autre genre. • Une forte préférence pour incarner les rôles de l'autre genre dans les jeux. • Une forte préférence pour les jouets et activités de l'autre genre. • Une forte préférence pour les camarades de jeu de l'autre genre. • Un rejet des jouets ou activités du genre d'assignation. • Un rejet de son anatomie sexuelle. • Un désir pour les caractères sexuels de l'autre sexe.

Des adolescents se présentent également avec une identité de genre non binaire. Cette notion renvoie à l'idée selon laquelle un individu est déterminé socialement et culturellement par son genre. L'identité de genre non binaire définit des sujets qui ne se conforment pas aux notions binaires traditionnelles du genre - homme ou femme - et ont plutôt une identité de genre non

binaire, soit ni homme ni femme, à la fois homme et femme ou bien dans un genre différent à des moments différents (10–12).

III. Caractéristiques chez l'adulte

Chez l'adulte, selon le CIM-11, l'IG se caractérise par une incongruité marquée et persistante entre le genre vécu d'un individu et le sexe assigné à la naissance, conduisant souvent à un désir de transition afin de vivre et d'être accepté en tant que personne de l'autre genre. Ils y ont recours par le biais d'un traitement hormonal, d'une intervention chirurgicale ou d'autres services de soins de santé (4).

Le DSM-5 définit la DG chez l'adulte comme une incongruité marquée entre le genre vécu/exprimé et le genre qui lui est assigné à la naissance, d'une durée d'au moins 6 mois, se manifestant par au moins deux des éléments suivants (tableau C) :

Tableau C. Critères diagnostiques de la dysphorie de genre chez l'adulte selon le DSM-5

Deux critères sur six au minimum pendant une durée d'au moins 6 mois	
-	Une incongruité marquée entre son genre vécu/exprimé et les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires
-	Un fort désir de se débarrasser de ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires en raison d'une incongruité marquée avec son genre vécu/exprimé
-	Un fort désir pour les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires de l'autre sexe
-	Un fort désir d'être de l'autre genre (ou d'un autre genre différent du genre assigné)
-	Un fort désir d'être traité comme l'autre genre (ou un autre genre différent du genre assigné)
-	Une forte conviction que l'on a les sentiments et les réactions typiques de l'autre sexe (ou un autre genre différent du genre assigné)

Nous précisons que la classification DSM-5 chez l'adulte s'applique également chez l'adolescent ayant achevé sa puberté.

IV. Épidémiologie

Il existe peu de données épidémiologiques et il est difficile de définir avec précision la prévalence de la DG, ces données étant influencées à la fois par le cadre nosologique de sa définition puisqu'il en existe plusieurs, mais également par les différentes méthodologies employées dans la littérature par les auteurs.

1. Données chez l'enfant

On ne retrouve pas dans la littérature de données précises concernant l'épidémiologie chez les enfants. En effet, les principales données émanent des pays anglo-saxons et sont principalement déclaratives. Dans la population californienne, à partir d'un échantillon de 2730 élèves de classe de sixième, cinquième et quatrième, 1,3 % s'auto-identifient comme « transgenres » en réponse à la question « Quel est votre sexe ? », les options de réponse étant féminin ou masculin. La prévalence par auto-identification dans un échantillon de 8622 adolescents fréquentant un lycée en Nouvelle-Zélande correspond à 1,2 % ; des données recueillies au sein d'un lycée du Minnesota révèlent une prévalence de 3,6 % parmi les filles de naissance et de 1,7 % chez les

garçons de naissance. (13) Des données similaires sont retrouvées en Allemagne, la prévalence basée sur l'autodéclaration en milieu scolaire sur un échantillon de 940 enfants et adolescents âgés entre 10 et 16 ans leur invitant à se manifester dans le genre féminin ou masculin se situe à 1,6 %. (12)

Toutefois, il est constaté une hausse récente de la prévalence des enfants et adolescents transgenres. En Finlande, une étude réalisée en 2017 en milieu scolaire comprenant des données sur 135 760 adolescents âgés en moyenne de 15 ans retrouve une prévalence basée sur les données auto-déclarées de 0,6 % pour l'IG et 3,3 % pour l'identité de genre non binaire. (16) Chez les enfants, une récente revue de la littérature rapporte une prévalence entre 1 % et 4,7 % avec une prédominance des filles transgenres tandis que chez les adolescents la prévalence est entre 1,2 % et 16,1 % avec une prédominance des garçons transgenres. (14)

Une étude américaine parue récemment (17) attire l'attention sur les effets des réseaux sociaux chez les enfants et adolescents qui impacteraient leur questionnement sur le genre. Il s'agit d'une étude descriptive où une enquête établie par un questionnaire de 90 questions était proposé chez 256 parents portants sur leurs adolescents âgés en moyenne de 15 ans, en majorité des garçons transgenres. Les parents rapportent des modes de présentation soudains de DG de plus en plus fréquents apparaissant pour la première fois pendant ou après la puberté. Cela semble se produire de façon concomitante chez plusieurs membres du même groupe d'amis dans 37 % des cas chez des sujets s'identifiant comme transgenres au cours de la même période. Les parents signalent également que leurs enfants augmentaient leur utilisation d'internet et fréquentaient de façon plus importante les réseaux sociaux quelques temps avant la présentation de la DG. De plus, l'accès à des ressources en ligne indiquant ce que les sujets « doivent classiquement dire » aux médecins pour être diagnostiqué avec une DG complique cette tâche avec un risque de surdiagnostic. Ce phénomène est observé dans de nombreux pays occidentaux comme en Finlande (18) ou au Canada (19), accroissant la complexité de la prise en charge des jeunes sujets transgenres.

2. Données chez l'adulte

Comme chez l'enfant, il existe peu de données épidémiologiques précises. En effet, pour les recherches épidémiologiques les auteurs se basent sur différents indices comme le changement de sexe à l'état civil, le nombre de réassignations sexuelles ou bien le nombre d'hormonothérapies. Ainsi, les données auto-déclarées risquent une surestimation de cette prévalence pour les mêmes raisons que celles précédemment évoquées comme le montrent Collin *et al.* en 2016 (20). Cette récente revue de la littérature (20) portant sur vingt-sept études, estime la prévalence de la DG à environ [5 ; 20] pour 100 000 sujets lorsque ces estimations se basent sur les actes liés aux soins dans les centres spécialisés, et à 355 pour 100 000 sujets lorsqu'elles sont basées sur l'auto-identification (20).

En Belgique, la prévalence de la réassignation sexuelle a été évaluée à 1 / 12 900 pour les hommes et 1 / 33 800 pour les femmes de naissance (13).

On observe également une augmentation de la prévalence de la DG chez l'adulte. Ce phénomène est constaté au sein du CHRU de Nancy dans la population adulte. Au total, 224 sujets (dont 134 sujets assignés homme à la naissance et 90 assignés femme) ont été référés pour DG entre 2002 et 2017. Cela correspond à 7,2 sujets par année jusqu'en 2013 avec une augmentation en 2014, atteignant 27,3 sujets par an en 2017. Nous observons une inversion du sex-ratio avec prédominance des hommes transgenres à partir de 2016 (figure A). De plus, nous

notons une diminution de l'âge moyen lors de la première consultation aussi bien chez les hommes transgenres que les femmes transgenres. Les hommes transgenres sont en moyenne plus jeunes lors de la première évaluation que les femmes transgenres (figure B). (21)

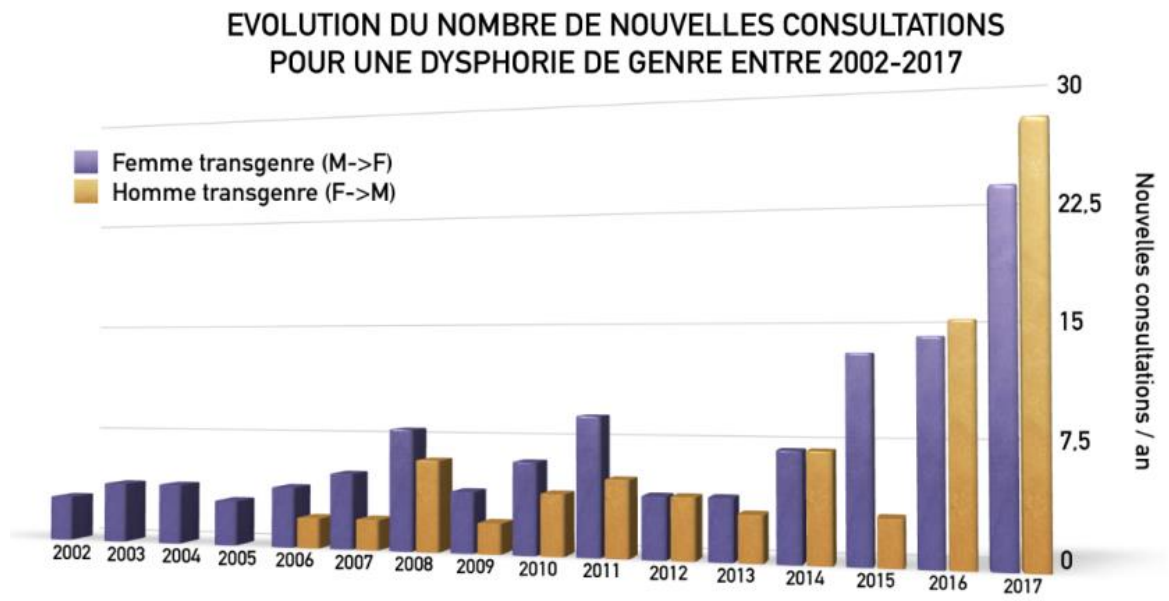


Figure A. Évolution du nombre de consultations pour dysphorie de genre entre 2002 et 2017
Selon E. Feigerlova et L. Phialy dans Dysphorie de genre (22)

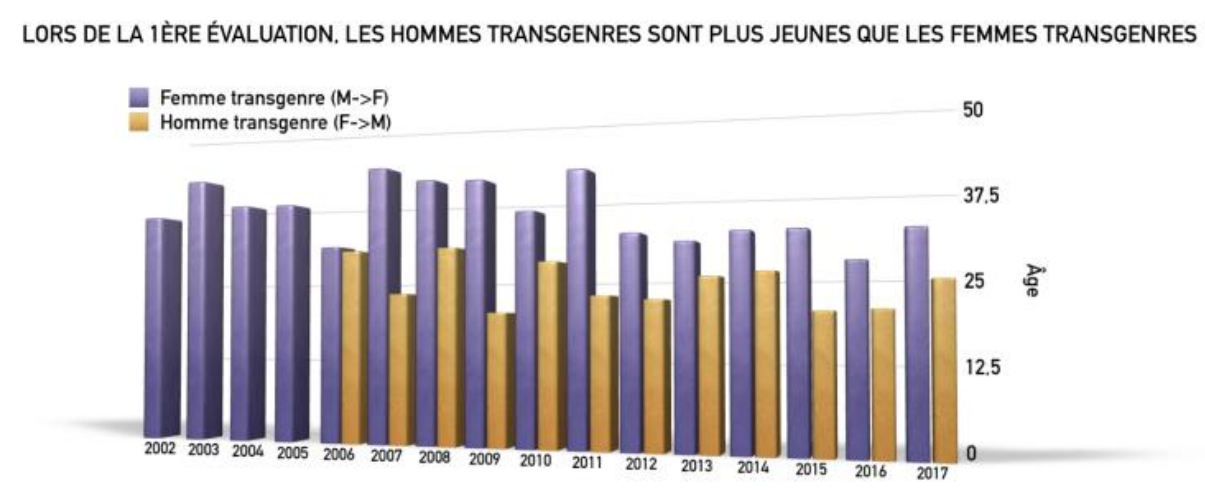


Figure B. Diminution de l'âge moyen pour dysphorie de genre entre 2002 et 2017
Selon E. Feigerlova et L. Phialy dans Dysphorie de genre (22)

V. Accompagnement médical

Les recommandations de la *World Professional Association for Transgender Health* ou WPATH (23) - pour Association mondiale professionnelle pour la santé des personnes transgenres - sont des standards de soins pour la prise en charge et l'état de santé des personnes transgenres. Plusieurs champs sont concernés : la transition sociale, hormonale, chirurgicale et administrative :

- La transition sociale concerne le changement de rôle et d'expression sociale, d'affirmer son genre vécu dans le cercle familial, amical, scolaire ou professionnel.
- La transition hormonale quant à elle relate de la mise en route d'un traitement hormonal.
- La transition chirurgicale concerne donc la chirurgie de réassignation.
- La transition administrative se rapporte au changement de prénom et/ou de sexe à l'état civil.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a rédigé en novembre 2009 un document sur l'état actuel des connaissances, les perspectives d'évolution ainsi que l'accompagnement médical des sujets transgenres (24). Ce rapport se réfère aux standards de soins de la WPATH décrits précédemment.

Plusieurs étapes (successives ou simultanées) y sont décrites : l'établissement du diagnostic, l'accompagnement psychologique, l'expérience en vie réelle, l'hormonosubstitution et la chirurgie de réassignation.

La première phase du parcours de soin vise à poser le diagnostic de DG et à éliminer un éventuel diagnostic différentiel par le médecin psychiatre. Ainsi, la rencontre avec le psychiatre a pour objectif, en plus de l'évaluation diagnostique, l'évaluation de la souffrance engendrée, la recherche de comorbidités et la proposition d'accompagnement psychologique aux différentes étapes de la transition. Cette première phase dure 6 à 9 mois.

Ensuite, la deuxième phase est celle de l'affirmation du genre où le sujet est amené à se présenter quotidiennement dans le genre vécu. Celle-ci a une durée d'un an en moyenne. Elle permet d'affirmer le genre désiré et d'éprouver les conséquences du changement d'identité avant d'entreprendre d'éventuelles modifications physiques irréversibles.

La troisième phase consiste en un traitement par hormonothérapie et est encadrée par l'endocrinologue. L'hormonothérapie vise à atténuer les caractéristiques du sexe de naissance et permet le développement de celles du sexe souhaité. La transformation est progressive et non immédiate et peut être irréversible en particulier concernant la transformation vocale chez les hommes transgenres et concernant ses effets sur la fertilité. Ce traitement hormonal nécessite l'accord écrit des deux parents chez l'adolescent.

La quatrième phase implique la chirurgie de réassignation si celle-ci est désirée par le sujet. Elle n'est discutée qu'à partir de l'âge de la majorité en France. (25)

Enfin, l'accompagnement médical et psychologique doit être poursuivi à toutes les étapes de la transition et les sujets en bénéficient également au long terme. (24)

VI. Particularités de l'accompagnement chez l'enfant et l'adolescent

L'accompagnement médical est réalisé au sein d'une équipe pluridisciplinaire (26,27) comprenant l'endocrinologue pédiatre, le psychiatre et le psychologue.

Ainsi, l'endocrinologue accompagne l'enfant ou l'adolescent avec ses parents dans la démarche de transition, à l'initiation du traitement et au cours du suivi pour surveiller le déroulement de la puberté, de la croissance et d'en limiter les effets secondaires. Un bilan pré-thérapeutique préalable est non systématique mais souvent réalisé (bilan hormonal – LH, FSH, testostérone, œstradiol – échographie pelvienne, caryotype).

La prise en charge spécifique chez l'enfant et l'adolescent n'est pas consensuelle en France en l'absence d'étude sur cette population de patients et de recommandations évaluées sur le plan national. Différentes thérapeutiques peuvent être proposées : des centres favorisent surtout l'accompagnement psychologique et la transition sociale tandis que d'autres proposent un traitement freinateur de la puberté, basé sur des recommandations internationales, les pionniers étant les Pays-Bas (28).

1. Transition sociale

Certaines équipes privilégient avant tout un accompagnement médical et psychologique. La transition sociale, proposée au départ à l'étranger et notamment dans les pays anglo-saxons comme l'Australie (28), est également réalisée en France. Elle concerne le changement de rôle et d'expression sociale en affirmant son genre vécu dans le cercle familial, amical et scolaire.

L'enfant choisit souvent un nouveau prénom et l'inscription à l'école peut se faire sous cette nouvelle identité. En sachant que la situation la plus fréquente à l'école sera d'appeler l'enfant par un prénom d'usage sans qu'il n'y ait encore eu de changement de prénom officiel. Toutefois, cette transition sociale peut parfois être complétée par une transition administrative. La réglementation pour changer de prénom sur l'acte d'Etat civil, depuis la loi du 18 novembre 2016, se fait uniquement par une procédure avec un officier d'état civil. Cette demande est gratuite et se fait généralement en mairie. Chez les mineurs, le dépôt doit nécessairement se faire avec l'accord et la présence de la ou des personnes dépositaires de l'autorité parentale (29). En revanche, les mineurs ne peuvent pas changer la mention de leur sexe à l'état civil selon l'article 60 du Code civil. Les majeurs et mineurs anticipés, peuvent eux, décider seuls du changement de prénom et /ou de la mention du sexe à l'état civil. (30)

Ces enfants doivent bénéficier d'un suivi à long terme (24), et la surveillance de l'évolution de la DG est recommandée au cours des premières étapes de la puberté. En effet, nous soulignons que la transition sociale ne conduit pas nécessairement aux autres étapes de transition, les enfants et adolescents après une transition sociale pouvant finalement adopter leur sexe de naissance. (27)

2. Traitements hormonaux

En complément de la transition sociale chez les adolescents pubères, une contraception progestative si le cycle menstruel n'est pas désiré chez les garçons transgenres peut être

proposée. Chez les filles transgenres on pourra proposer un traitement anti-androgénique. Il est recommandé d'attendre une année avant une prise en charge médicale active. (31)

Certaines équipes médicales proposent une prise en charge médicale précoce. Ainsi, ce traitement, nommé la « *Dutch Approach* » a été proposé pour la première fois par l'équipe de Cohen-Kettenis *et al.*, aux Pays-Bas. Il a été développé au sein de l'*Amsterdam Gender Identity Clinic* et est pratiqué depuis les années 2000. Il fait intervenir successivement le blocage de la puberté du sexe de naissance avant de mettre en place le traitement hormonal du sexe désiré (« *cross-sex hormones* ») (32), (38). Plusieurs équipes françaises le proposent et le réalisent.

Cette prise en charge concerne les enfants jeunes à la fois prépubères (moins de 12 ans) et adolescents (de plus de 12 ans). Elle s'appuie sur les recommandations internationales de l'*Endocrine Society* dans l'article de synthèse publié en novembre 2017 (33).

Le blocage de la puberté est généralement réalisé à partir du stade 2 (ou 3) de Tanner qui signe le démarrage pubertaire contemporain de l'augmentation du volume testiculaire chez le garçon et de l'apparition du bourgeon mammaire chez la fille. Il est initié entre 8 à 13 ans chez les filles et 9 à 14 ans chez les garçons, avec un âge moyen autour de 12 ans par des injections mensuelles ou trimestrielles des analogues de l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (pour *Gonadotropin-Releasing Hormone* ou GnRH), comme le Decapeptyl, pour réprimer la production de testostérone ou d'œstradiol. Ce traitement par analogues de GnRH est habituellement utilisé pour prendre en charge les pubertés précoces de l'enfant avec comme objectif d'empêcher la soudure prématurée des cartilages de conjugaison et ainsi d'éviter une petite taille finale (34). Dans ce contexte, celui-ci permet de laisser du temps pour l'évaluation de la DG sans la pression du développement pubertaire et d'éviter les modifications physiques irréversibles de la puberté telles que la mue de la voix, l'apparition de la pomme d'Adam et des traits masculins notamment mais également féminins avec le développement des seins. Les critères d'éligibilité au traitement hormonal par les analogues de GnRH sont précisés dans le Tableau D ci-dessous : (31)

Tableau D. Critères d'éligibilité au traitement hormonal par les analogues de GnRH

Critères d'éligibilité au traitement hormonal par analogues de la GnRH	Les antécédents et la persistance de la dysphorie de genre d'après les critères du DSM-V
	Une puberté débutée (stade 2 ou 3 de Tanner)
	La présence de signes de maturation pubertaire ayant provoqué une aggravation des symptômes de la dysphorie de genre
	La capacité à donner un consentement éclairé
	L'absence de comorbidité psychiatrique pouvant interférer avec l'évaluation diagnostique et le traitement
	La présence d'un entourage soutenant
	Démontrer une connaissance ainsi qu'une compréhension du traitement et de ses enjeux

Le « *cross-sex hormones* » ou induction pubertaire est proposé pour induire la puberté du genre vécu pendant 2 à 3 ans – testostérone chez les garçons transgenres, œstrogènes chez les filles transgenres –. Pour induire la puberté du sexe opposé les recommandations préconisent une hormonothérapie à doses progressives, à partir de l'âge de 16 ans afin d'induire un développement harmonieux. En effet, il est précisé à l'adolescent (ainsi qu'à sa famille) de

l'effet non immédiat mais progressif de l'hormonothérapie, l'adolescent étant souvent désireux d'un changement rapide. (24)

Les critères d'éligibilité pour le « *cross-sex hormones* » selon les recommandations consistent en la présence des critères d'éligibilité au traitement par analogues de GnRH (31) décrits dans le Tableau D et un âge supérieur ou égal à 16 ans en France (23). Il nécessite obligatoirement l'accord écrit des deux parents (ou faisant droit).

Les principaux arguments avancés concernant les bénéfices du traitement sont, qu'avec l'apparition des premiers signes de puberté, seuls 30 % des adolescents persisteront dans leur demande de changement d'identité sexuelle (appelés les « *persisters* »), alors que 70 % verront disparaître leur DG avec l'apparition de la puberté (nommés « *desisters* »). Parmi les « *persisters* », il serait exceptionnel de trouver des sujets qui changent d'avis plus tard dans leur parcours. (35) De plus, le traitement par suppression pubertaire serait bénéfique en matière de santé mentale avec une diminution du risque d'idées suicidaires (36).

Toutefois, les enjeux du traitement à l'âge pubertaire sont nombreux. En effet, nous ne disposons pas d'étude française sur cette population de sujets. Les protocoles de soins sont empiriques et il y a peu de données à long terme concernant les effets de la suppression pubertaire chez les enfants et adolescents. Le risque de sur-diagnostic existe, alors que certains traitements sont possiblement irréversibles lors de l'induction pubertaire dans le sexe opposé tels que le développement mammaire après traitement par œstrogènes ou une mue de la voix et apparition de la pomme d'Adam après traitement par testostérone (28,38). Les enjeux sont également nombreux concernant la fertilité. Il semblerait que la suppression pubertaire soit réversible, mais interromprait la maturation des cellules germinales, pouvant affecter le potentiel de fertilité (39). En outre, aucune méthode n'établit la préservation de fertilité chez les enfants et adolescents transgenres avant le blocage pubertaire où les gonades sont immatures ni avant l'initiation du traitement hormonal en dehors de protocoles expérimentaux (40).

De surcroît, la question éthique est non résolue concernant cette thérapeutique chez les adolescents transgenres : par la suspension d'un processus physiologique d'une part - indispensable tant sur le plan somatique que sur le plan psychique - et d'autre part par le maintien de l'enfant dans un statut prépubère durant plusieurs années avec les conséquences psychologiques qui en découlent tandis que ses camarades sont en pleine transformation. Ainsi, le traitement par analogues de la GnRH n'est pas pratiqué de façon collégiale dans la DG chez les enfants et adolescents puisque ces questions restent toujours débattues à l'heure actuelle et notamment en France. (41). La question du consentement libre et éclairé se pose également, d'autant plus à cet âge, celui-ci étant l'un des critères d'éligibilité au traitement hormonal par les analogues de GnRH chez des enfants parfois très jeunes (42).

VII. Enjeux de la prise en charge et demandes de « détransition »

Parallèlement à l'augmentation de la DG chez les adolescents, le nombre de jeunes en « détransition » réaffirmant leur sexe de naissance semble également augmenter. Levine (43) rapporte que la 8^e édition de la *WPATH* comprendra une section sur la « détransition », confirmant qu'il s'agit d'un phénomène de plus en plus observé dans le monde. Il met également en évidence qu'il n'existe pas de stratégie médicale concernant cette problématique. En effet, il n'y a toujours pas aujourd'hui de recommandation de la HAS ou des instances européennes conçue pour les enfants, adolescents et adultes souhaitant « détransitionner ».

Chez les adolescents, nous retrouvons essentiellement dans la littérature scientifique des discussions sur des cas individuels. Lisa Marchiano, quant à elle, expose le cas d'une jeune femme présentant une DG qui est revenue à s'affirmer en tant que femme après presque deux ans sous testostérone (44).

Dans la population adulte, bien que les données retrouvées à ce sujet soient également pauvres, la « détransition » commence à recevoir une attention particulière dans la littérature clinique. Turban, qui étudie les raisons conduisant à une « détransition » chez les adultes déclare que chez la majorité des sujets, elle s'explique par des pressions externes. Cette étude américaine révèle que parmi 17 151 adultes identifiés comme transgenres ou de genre non binaire ayant initié une affirmation de leur identité de genre, 2 242 (13 %) signalent une « détransition ». Parmi les sujets ayant réalisé une « détransition », la majorité (82 %) a déclaré que cette décision est en lien avec des facteurs externes tels que le rejet familial ou la stigmatisation sociale. Les antécédents de « détransition » sont plus fréquents chez les sujets assignés de sexe masculin à la naissance, ceux ayant une identité de genre non binaire, une orientation bisexuelle ou dont l'entourage n'est pas soutenant. Parmi les facteurs internes signalés par 16 % des participants à l'étude figurent des incertitudes ou des fluctuations concernant leur identité de genre. Les données de l'étude ne précisent pas si la démarche de transition est entamée ou terminée (45).

Dans la cohorte d'Amsterdam (1972 – 2015), parmi 6 793 sujets (dont 4 432 assignés hommes et 2 361 assignées femmes à la naissance), seulement 0,6 % des femmes et 0,3 % des hommes transgenres ayant subi une gonadectomie déclarent éprouver des regrets. De plus, ces chiffres restent stables dans le temps. Toutefois, l'étude révèle de nombreux perdus de vue parmi les sujets ayant initié une transition hormonale (46).

Les données ci-dessus soulignent une fois de plus la nécessité d'une évaluation psychiatrique rigoureuse avant de discuter l'initiation des traitements hormonaux.

VIII. Problématiques socio-psychologiques de la jeune population transgenre

La population des personnes transgenres est très fréquemment exposée à la stigmatisation sociale, ainsi qu'aux préjugés et au rejet. Cette stigmatisation peut parfois être le seul facteur responsable de la souffrance psychologique causée dans cette population. En conséquence, de nombreux sujets transgenres évitent la prise en charge médicale par crainte de rejet, d'humiliation et de stigmatisation (47).

1. Vulnérabilité et troubles psychiatriques

Des taux élevés de troubles affectifs et anxieux (18–80 %) sont décrits dans la littérature scientifique (48), ainsi que de fréquents troubles de la personnalité (20–70 %). Des scarifications plus importantes et des tentatives de suicide chez environ 40 % des adolescents transgenres sont également dépeintes. Cette population de patients est vulnérable à l'émergence de troubles psychiatriques tels que l'anxiété ou la dépression (14,48).

De plus, les troubles du comportement alimentaire sont plus fréquemment rencontrés chez les adolescents (49).

En outre, des preuves ont mis en évidence que ces troubles peuvent être nettement améliorés après initiation de la prise en charge de la transidentité (50,51).

Cette population décrit également une plus forte prévalence des troubles du spectre autistique (TSA) comme le rapporte une récente revue de Glidden et *al.* (52). Ceux-ci se situant entre 3,5 et 6,5 % chez les enfants et adolescents transgenres, la prévalence mondiale des TSA étant estimé à 2,4 / 1000 (53). Plusieurs hypothèses sont émises pour expliquer cette prévalence augmentée des TSA, en particulier des hypothèses hormonales. Ainsi, il faut pouvoir rechercher les caractéristiques autistiques chez les personnes transgenres et il convient donc d'éliminer ce diagnostic différentiel chez l'enfant (52).

Par ailleurs, le taux de mortalité, les infections VIH et les autres infections sexuellement transmissibles sont plus élevés chez les personnes transgenres, probablement en raison d'un manque de prévention conduisant à des comportements à risque (54).

2. Insertion scolaire et socio-professionnelle

L'échec scolaire peut désigner un retard dans la scolarité, sous toutes ses formes, concernant davantage les enfants issus de milieux défavorisés. De même que les élèves présentant des facteurs de vulnérabilité, les élèves transgenres sont particulièrement exposés aux risques de harcèlement scolaire voire de cyberharcèlement et font fréquemment l'objet de violence verbale ou physique pouvant émaner d'élèves comme d'adultes. Plusieurs études mettent en évidence que les élèves transgenres sont plus susceptibles d'être victimes d'intimidation voire de violence à l'école et de ne pas s'y sentir en sécurité, ceci est étant alors source d'absentéisme important (55).

Des données provenant d'une étude américaine sur les étudiants du Minnesota retrouvent que parmi les 80 929 étudiants en classes de 3^{ème}, 2nd et 1^{ère}, 2,7 % (n = 2168) sont identifiés comme transgenres et de genre non binaire. Parmi les adolescents transgenres et de genre non binaire,

62 % déclarent que leur état de santé global est mauvais. Cette enquête suggère également que les jeunes sujets transgenres ont plus tendance à rendre visite à l'infirmière scolaire par rapport aux adolescents n'ayant pas de trouble identitaire (56). Une autre étude menée en Australie auprès de 91 élèves transgenres et genre non binaire montre que 71 % des élèves déclarent avoir parlé à un conseiller principal d'éducation (CPE) de leur trouble d'identité de genre. Sur les 71 %, 73 % ont reçu un soutien et 26 % ont déclaré avoir été rejetés (60). En France, une enquête réalisée par A. Alessandrin et J. Dagorn, dont les résultats ont été publiés en 2020, relate que plus de 82 % des jeunes sujets transgenres et/ou non binaires (217 transgenres et 40 d'identité de genre non binaire) dépeignent leur scolarité comme « pas très bonne » (57).

Des recommandations américaines pour accueillir les enfants et adolescents transgenres en milieu scolaire ont été établies afin d'améliorer leur réussite scolaire et leur épanouissement personnel. Elles émanent entre autres de la *American School Counselor Association* (ASCA 2016) et s'adressent aux « *school counsellors* » l'équivalent des CPE en France afin de défendre et d'inclure les élèves transgenres au sein de l'école. Cette association propose par exemple d'inclure les minorités de genre dans les programmes scolaires (58).

En France, le Ministère de l'Éducation Nationale a récemment mis à disposition un ensemble de mesures figurant au bulletin officiel destinées à l'ensemble des personnels de l'Éducation Nationale concernant l'accueil des enfants et adolescents transgenres (ou en questionnaire sur leur identité de genre) en milieu scolaire et leur accompagnement. En effet, « L'École, en tant que service public fondé sur les principes de neutralité et d'égalité, se doit d'accueillir tous les élèves dans leur diversité et de veiller à l'intégration de chacun d'eux avec pour ambition de leur permettre de réussir leur parcours scolaire ». Le but étant, vis-à-vis des élèves transgenres, de « faciliter leur accompagnement et les protéger, sans préjudice de ce que seront par ailleurs leurs parcours personnels » leur garantissant « le droit à l'intégrité, au bien-être, à la santé et à la sécurité » ainsi que « les meilleures chances d'épanouissement personnel, de persévérance et de réussite scolaires ». L'accent est mis sur les points suivants : la transition en milieu scolaire et les mesures contre le harcèlement dans l'enceinte de l'établissement.

Concernant la transition en milieu scolaire, l'importance des droits des élèves transgenres avec le respect leur confidentialité est soulignée, afin de ne révéler la transidentité de l'élève sous aucun prétexte en l'absence de son consentement. Une médiation avec les parents peut être réalisée en cas de non-soutien de ces derniers après accord de l'élève. L'établissement peut permettre le recours à un prénom d'usage en milieu scolaire permettant à l'élève la reconnaissance de son identité de genre. Ce prénom peut être inscrit sur les listes d'appel et les cartes de cantine par exemple. Ces aménagements ne sont réalisés qu'avec l'accord des représentants légaux de l'enfant ou de l'adolescent.

Plusieurs mesures sont présentées pour lutter contre le harcèlement au sein de l'école. Le personnel éducatif doit être capable de repérer les élèves en souffrance devant par exemple une baisse des résultats scolaires. Il doit être également attentif aux manifestations de mal-être comme l'auto-agressivité voire de la co-occurrence de trouble anxieux ou de dépression et veiller à ce que le choix vestimentaire des élèves transgenres ne soit pas moqué. Il appartient ainsi à l'équipe éducative de protéger ces élèves au même titre que tous les autres et de sanctionner les auteurs en cas de moquerie, d'agression verbale ou physique. Ainsi, des séances de formation sont régulièrement inscrites au plan national de formation afin de former les acteurs à l'école en ce sens.

Enfin, les enseignants doivent garder à l'esprit « que les interrogations sur son identité de genre de la part de l'élève ne se traduisent pas nécessairement par un parcours de transition » (59).

Les études dans la littérature médicale au sujet de l'insertion professionnelle des sujets transgenres sont peu nombreuses et il n'en existe pas en France. Une enquête américaine rapporte une série importante d'évènements en raison de préjugés sur les personnes transgenres : discrimination à l'emploi, mauvais traitements sur le lieu de travail et licenciements abusifs (60). Une récente méta-analyse met en évidence un accès précaire à l'emploi et des ressources financières insuffisantes comparativement à la population générale. Les mises à pied et la discrimination sont également souvent prédominantes (61).

Ainsi, notre travail de recherche vise à décrire le parcours de transition des jeunes sujets transgenres suivis au CHRU de Nancy à travers les données psychosociales et professionnelles afin d'améliorer leur accompagnement.

ARTICLE SCIENTIFIQUE

I. Introduction

La dysphorie de genre résulte d'une discordance entre le genre ressenti par le sujet et le genre qui lui a été assigné à la naissance (établi selon des caractéristiques anatomiques) responsable d'une souffrance psychique ¹.

Son diagnostic repose sur des arguments cliniques et psychologiques précis établis dans la 5^{ème} version ¹ du manuel de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-5). Sémantiquement, une adolescente transgenre est née dans le sexe masculin mais se revendique dans le genre féminin. Un adolescent transgenre est né dans le sexe féminin mais se revendique dans le genre masculin.

La prise en charge des enfants et adolescents repose sur une approche pluridisciplinaire réalisée conjointement par le médecin psychiatre et l'endocrinologue pédiatre ². Ainsi, ses princeps vont permettre de rechercher une éventuelle comorbidité psychiatrique, et d'accompagner l'enfant ou l'adolescent dans son développement en facilitant son intégration familiale, sociale, scolaire et en réduisant sa souffrance.

La thérapie concernant la dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent reste un sujet controversé. Nous ne disposons pas de consensus ou de recommandations nationales à ce sujet. Les recommandations existantes sont internationales et nous viennent principalement des Pays-Bas ³ et du Canada qui sont amenés à traiter les enfants en bloquant leur puberté. Ainsi, en France, sa prise en charge est mal codifiée et diffère en fonction des différents centres en l'absence d'études à long terme publiée sur cette population de sujets ainsi que par la problématique éthique qu'elle soulève. ⁴

Étant donné la relative méconnaissance et devant une littérature scientifique peu développée concernant les caractéristiques démographiques et socio-psychologiques ⁵ des jeunes sujets transgenres, notre objectif est de décrire le parcours de transition en lien avec les données psychosociales et professionnelles. A savoir : âge du début du questionnement sur le genre, âge du début de la démarche de transition, âge actuel, comorbidités, étape de transition médicale, traitement hormonal, niveau d'éducation, statut familial, profession, état de santé psychique et général. Notre étude a ainsi pour but d'améliorer leur accompagnement.

II. Matériels et méthodes

1. Population

Cette étude est rétrospective, descriptive, monocentrique et concerne les caractéristiques démographiques et la santé psycho-sociale des jeunes personnes transgenres suivies au CHRU de Nancy. Elle s'étend de 2004 à 2020 à partir des données disponibles dans les dossiers médicaux des patients inclus et est basée sur la participation volontaire des sujets qui ont tous reçu l'information complète sur l'organisation de la recherche.

La recherche est inscrite au registre du traitement des données du CHRU de Nancy sous le numéro : 2020PI158-47.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Sujet majeur au moment de l'étude
- Âge inférieur à 18 ans lors de la première consultation
- Absence d'opposition du sujet à participer à la recherche

Les critères d'exclusion sont établis en présence de données manquantes dans le dossier médical

Le critère de jugement principal est l'analyse descriptive des données recueillies dans le cadre des soins habituels :

- Âge lors du questionnaire sur le genre ;
- Auto-identification de l'identité de genre ;
- Âge lors de la première consultation, état de santé psychique, situation professionnelle et familiale ;
- Traitements médicaux.

2. Recueil des données

Les données sont recueillies à l'aide du logiciel DxCare® dans les dossiers médicaux des sujets suivis dans le Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition au CHRU de Nancy pour une dysphorie de genre. Les données sont collectées puis saisies sur le logiciel Excel®.

3. Statistiques

L'analyse des données est réalisée à partir du logiciel Excel®. Les logiciels Excel®, PowerPoint® et Word® (Microsoft Corporation) ont été utilisés comme support de travail.

Les variables quantitatives sont indiquées par leur moyenne et écart type si leur distribution suit la loi normale, ou par la médiane et l'écart interquartile dans le cas contraire. Les variables catégorielles sont rapportées sous forme d'effectifs et de pourcentages. L'analyse est réalisée à l'aide de Microsoft Excel for Mac® (version 15.32) et du logiciel BiostaTGV® développé par le Pierre Louis UMR Institute S 1136 (2017).

La signification des résultats est donnée pour * p-value < 0,05

III. Résultats

Un total de 41 sujets suivis dans notre service d'endocrinologie a été recensé, dont 18 sujets assignés garçons à la naissance (filles transgenres) et 23 sujets assignés filles à la naissance (garçons transgenres).

Caractéristiques démographiques

Les caractéristiques démographiques sont présentées dans le Tableau 1.

L'âge moyen des sujets au moment de l'étude est de 20 ± 2 ans.

Le début du questionnaire sur le genre commence durant l'enfance dans 70 % des cas et durant l'adolescence dans 30 % des cas.

L'âge de verbalisation du questionnement sur le genre apparait durant l'enfance ou l'adolescence en moyenne à l'âge de $14,2 \pm 2,97$ ans de façon comparable pour les deux groupes.

L'âge moyen lors de la première consultation d'endocrinologie au sein du CHRU de Nancy ($17,1 \pm 0,7$ ans) et d'initiation du traitement hormonal ($17,9 \pm 0,8$ ans) est comparable dans les deux groupes.

Le délai entre l'âge de verbalisation de la dysphorie de genre et l'âge lors de la première consultation est de 2,9 années dans l'ensemble de la population étudiée.

Expression de la verbalisation du questionnement sur le genre

La verbalisation du questionnement sur le genre s'effectue auprès d'un seul parent dans 33 % des cas dans l'ensemble de la population étudiée sans différence significative (33 % chez les filles transgenres et 32 % cas pour les garçons transgenres). Elle s'effectue auprès des deux parents dans 65 % des cas dans l'ensemble de la population étudiée : 61 % des cas pour les filles transgenres et 68 % cas pour les garçons transgenres.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de la cohorte

	Sujets assignés filles à la naissance	Sujets assignés garçons à la naissance	P value
Nombre de sujets	23	18	
Age actuel (an)	$20 \pm 2,8$	$19,8 \pm 2,6$	NS
Début du questionnement sur le genre			
• Enfance	13 (57 %)	15 (83 %)	NS
• Adolescence	10 (43 %)	3 (17 %)	
Age de la verbalisation (an)	$14,2 \pm 3,1$	$14,2 \pm 2,9$	NS
Verbalisation du questionnement sur le genre			
• A un parent	7 (32 %)	6 (33 %)	NS
• A deux parents	16 (68 %)	11 (61 %)	
• Autres	0	1 (6 %)	
Réaction de l'entourage à la suite de la verbalisation du questionnement sur le genre			
• Soutien	22 (95 %)	16 (89 %)	NS
• Indifférence	1 (5 %)	1 (6 %)	
• Perte de contact	0	1 (6 %)	
Présence d'une fratrie	20 (85 %)	15 (82 %)	NS
Age lors de la première consultation en endocrinologie (an)	$17,1 \pm 0,7$	$17,3 \pm 0,5$	NS
Age à l'initiation du traitement hormonal (an)	$18,1 \pm 1,1$	$18,3 \pm 0,9$	NS

Valeurs exprimées en moyenne +/- déviation standard (DS) ou en pourcentage.

Réaction de l'entourage

Nous avons classé les réactions à l'annonce du questionnement sur le genre en trois groupes distincts : – soutien – indifférence ou – perte de contact. Dans la majorité des cas les parents soutiennent la démarche : 92 % des cas chez l'ensemble de la population transgenre (89 % chez les filles transgenres et 95 % chez les garçons transgenres). On observe une indifférence dans 6 % des cas chez les filles transgenres et dans 5 % des cas chez les garçons transgenres ; et une perte de contact dans 6 % des cas chez les filles transgenres et dans aucun des cas chez les garçons transgenres (tableau 1).

Caractéristiques socio-psychologiques

Les caractéristiques socio-psychologiques sont présentées dans le Tableau 2.

Tableau 2. Caractéristiques socio-psychologiques de la cohorte

	Sujets assignés filles à la naissance	Sujets assignés garçons à la naissance	P value
Nombre de sujets	23	18	
Suivi psychiatrique et psychologique	21 (93 %)	14 (93 %)	NS
Comorbidités	11 (48 %)	10 (56 %)	NS
• Dépression	3 (13 %)	3 (14 %)	
• Syndrome d'Asperger	1 (5 %)	1 (5 %)	
• Scarification	3 (13 %)	1 (5 %)	
• TCA	3 (13 %)	1 (5 %)	
• Phobie scolaire	0	2 (10 %)	
• TS	5 (20 %)	3 (14 %)	
• Anxiété	3 (13 %)	2 (10 %)	
Niveau éducationnel			NS
• Collège	1 (2 %)	6 (33 %)	
• Lycée	13 (55 %)	4 (22 %)	
• Supérieur	9 (35 %)	8 (44 %)	
Insertion professionnelle			NS
• Cursus scolaire terminé	11 (48 %)	8 (44 %)	
○ Employé	2 (18 %)	2 (25 %)	
○ Sans emploi	9 (82 %)	6 (75 %)	
• En cours de cursus scolaire	12 (52 %)	10 (56 %)	

TCA = Trouble du comportement alimentaire

TS = Tentative de suicide

Comorbidités

Au sein de notre cohorte, 93 % des sujets ont bénéficié d'un suivi psychiatrique et psychologique au long cours.

Au total, 52 % d'entre eux souffrent de différentes comorbidités (qui concernent 56 % des filles transgenres et 48 % des garçons transgenres).

On constate que les troubles anxiodépressifs prévalent : les antécédents de tentatives de suicide (14 % des filles transgenres et 20 % des garçons transgenres), l'anxiété (10 % des filles

transgenres et 13 % des garçons transgenres), la dépression (14 % des filles transgenres et 13 % des garçons transgenres). Les troubles du comportement alimentaire surviennent chez 5 % des filles transgenres et chez 13 % des garçons transgenres. La scarification chez 5 % des filles transgenres et chez 13 % des garçons transgenres, la phobie scolaire chez 10 % des filles transgenres et est absente chez les garçons transgenres. Nous comptons également deux sujets présentant un syndrome d'Asperger (appartenant aux troubles du spectre autistique) (Tableau 2 et Figure 1).

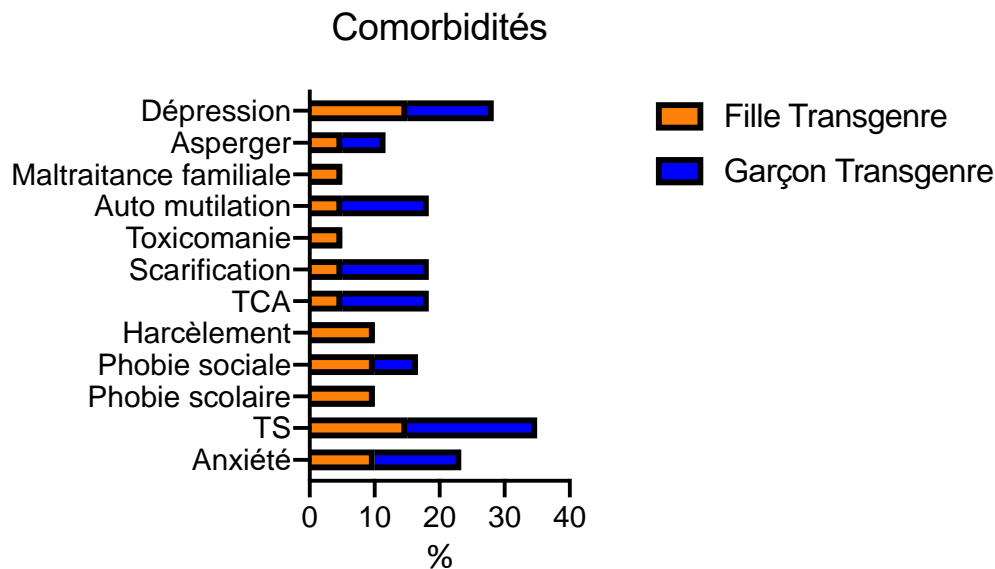


Figure 1. Comorbidités retrouvées chez les filles et les garçons transgenres (en %)

Niveau éducationnel

Dans notre cohorte (n = 41), nous nous sommes également intéressés au niveau éducationnel des jeunes sujets transgenres suivis au cours de cette étude en définissant trois différents niveaux scolaire, à savoir : - collège - lycée et - niveau supérieur. En rappelant que l'âge moyen des sujets au moment de l'étude est de 20 ± 2 ans, nous observons que 22 % d'entre eux ont un niveau collège, 39 % un niveau lycée et 39 % d'entre eux ont acquis un niveau dans le supérieur. Nous n'observons pas de différence significative concernant le niveau éducationnel entre les filles transgenres et les garçons transgenres dans chaque sous-catégorie.

Insertion professionnelle

Concernant la question de l'insertion professionnelle, il nous a paru indispensable de la déterminer dans notre cohorte. Dans l'ensemble de notre population, 53 % des sujets sont étudiants, 10 % sont travailleurs et 37 % sont sans emploi. Nous n'observons pas de différence significative entre les filles et les garçons transgenres. En effet, on note que 56 % des filles transgenres sont étudiantes contre 50 % chez les garçons transgenres. 11 % des filles transgenres ont un emploi contre 9 % des garçons transgenres. Et 33 % des filles transgenres sont sans emploi contre 41 % chez les garçons transgenres.

IV. Discussion

Dans cette étude nous rapportons les caractéristiques de la population des jeunes sujets transgenres suivis au CHRU de Nancy ayant manifesté le questionnement sur le genre pendant l'enfance ou l'adolescence.

Le début du questionnement sur le genre se manifeste dans notre population majoritairement dans l'enfance (tableau 1). Cette observation concorde aujourd'hui avec les données de la littérature. En effet, c'est habituellement à un jeune âge que les enfants transgenres commencent à s'interroger sur leur identité de genre comme le suggère une récente étude américaine réalisée par Zaliznyak et *al.* ⁶ sur 210 sujets transgenres. Celle-ci révèle que la majorité des adultes transgenres souffrent de dysphorie de genre depuis la petite enfance, en moyenne à l'âge de 7 ans.

Très peu d'études scientifiques décrivent le processus de verbalisation de la dysphorie de genre chez les jeunes sujets. L'âge de verbalisation de leur questionnement sur le genre se situe dans notre cohorte au moment de l'adolescence en moyenne à l'âge de 14 ans (tableau 1). Des résultats similaires tirés d'une récente étude espagnole menée chez 64 mineurs suivis pour dysphorie de genre âgés entre 6 et 17 ans montre une verbalisation en moyenne à l'âge de 15 ans, une majorité débutant leur questionnement dans l'enfance ⁷. Dans notre cohorte, nous observons une verbalisation exclusivement au sein du cercle privé familial. Les réactions sont majoritairement positives à l'annonce et l'entourage est soutenant vis-à-vis de la démarche de transition dans 92 % des cas (tableau 1). Rodriguez et *al.* consignent des résultats plus contrastés avec un soutien familial dans 57 % des cas ⁷. En outre, Zucker insiste sur l'importance d'un travail individuel auprès de l'enfant et l'adolescent, mais également d'un travail soutenu avec les parents. Il recommande une vigilance accrue quant à l'attitude des parents pouvant influencer les choix de leurs enfants ⁸. Ceux-ci peuvent en effet se retrouver stupéfaits, décontenancés voire perdus à la suite de l'annonce. D'autres éprouvent même un sentiment de culpabilité de ne pas avoir perçu la souffrance de leur enfant ⁹. Ainsi, bien que ces données soient encourageantes face à une majorité de réactions positives à l'annonce du trouble identitaire dans notre étude, elles doivent être nuancées.

Le délai entre l'âge du questionnement sur le genre et l'âge lors de la première consultation en endocrinologie est relativement long : d'une durée d'environ trois ans, pouvant s'expliquer par plusieurs raisons. Habituellement, l'enfant ou l'adolescent est adressé en consultation d'endocrinologie à la demande du médecin psychiatre qui aura vu le sujet en premier lorsque le diagnostic de dysphorie de genre est évoqué ¹⁰. La première rencontre avec un professionnel de santé est souvent vécue avec appréhension. Elle suscite chez les jeunes sujets transgenres des attentes ainsi que de nombreuses craintes : d'être jugé ou de faire l'objet de préjugés ; d'être testé quant à sa motivation voire d'en être dissuadé ; parfois la crainte d'être infantilisé ¹¹. La présence de comorbidités psychiatriques souvent retrouvées dans cette population peuvent être également un retard à la prise en charge.

En effet, nous mettons en évidence chez plus de la moitié des sujets au sein de notre cohorte la présence de différentes comorbidités psychiatriques : tentative de suicide (17 % en moyenne), dépression (13 %), anxiété (11 %), troubles du comportement alimentaire (9 %). Cette observation corrobore également les données disponibles dans la littérature. Dhejne et *al.* ont publiés en 2016 une revue de la littérature basée sur 38 études dont les résultats déplorent d'importants taux de troubles affectifs et anxieux (18–80 %) ¹². Du reste, ils soulignent l'amélioration de ces symptômes après la prise en charge du trouble du genre ¹². Par ailleurs, Connolly et *al.* ont analysé 15 articles traitant de l'état de santé mental des jeunes enfants et adolescent présentant une dysphorie de genre. Ils mettent en avant un taux plus important de tentatives de suicide (9 à 20 % contre 4 %), de scarification (13 à 46 % contre 23 %), de dépression (12 à 64 % contre 11 à 20 %) et de troubles du comportement alimentaire (2 à 16 % contre 2 à 4 %) en comparaison avec les jeunes sujets ne présentant pas de trouble identitaire.

Ils parviennent ainsi aux mêmes conclusions que Dhejne *et al.*, soit qu'à l'adolescence les troubles psychiatriques diminuent avec la prise en charge du trouble de l'identité de genre ¹³. D'autres données plus récentes émanent d'une étude rétrospective menée en 2017 par Nahata *et al.* aux États-Unis chez 79 enfants et adolescents âgés en moyenne de 15 ans présentant une incongruence de genre. Les résultats révèlent chez 79 % des sujets des symptômes dépressifs ; dans 63 % des cas des troubles anxieux ; 23 % d'états de stress post-traumatique, 6 % de troubles du spectre autistique et 13 % de troubles du comportement alimentaire ¹⁴. Ainsi, les jeunes sujets transgenres sont vulnérables à l'émergence de troubles psychiatriques. Ces comorbidités constituent un réel problème et peuvent être à la fois le reflet de la souffrance engendrée par la dysphorie de genre chez des sujets pouvant se sentir différents des autres ou incompris, et s'additionner avec d'autres facteurs tels que le rejet familial ou le harcèlement - fortement présents chez les adolescents transgenres comme le soulignent Fuss *et al.*, 2015 ¹⁵.

La dysphorie de genre et les comorbidités psychiatriques ou somatiques pouvant y être associées gênent les jeunes sujets dans leur scolarité et dans leur future insertion professionnelle. Dans notre cohorte peu d'entre eux atteignent l'université (tableau 2). La première enquête nationale s'intéressant à l'état de santé mental des élèves transgenres a été dirigé en 2014 en Nouvelle Zélande. Elle fait ressortir chez les adolescents concernés des intimidations à l'école, des symptômes dépressifs ainsi que des antécédents de tentative de suicide plus nombreux en comparaison aux élèves n'ayant de trouble de l'identité de genre ¹⁶. En effet, les élèves transgenres sont particulièrement exposés aux risques de harcèlement scolaire voire de cyberharcèlement et font fréquemment l'objet de violence verbale ou physique pouvant émaner d'élèves comme d'adultes. Ainsi, ils sont plus susceptibles d'être victimes d'intimidation voire de violence à l'école et de ne pas s'y sentir en sécurité, source supplémentaire d'absentéisme important ¹⁷. Une enquête française réalisée par A. Alessandrin et J. Dagorn, dont les résultats ont été publiés en 2020 fait ressortir que plus de 82 % des jeunes sujets transgenres et/ou non binaires (217 transgenres et 40 d'identité de genre non binaire) font face à des obstacles dans leur scolarité qu'ils définissent comme « pas très bonne » ¹⁸. Afin de sensibiliser notre système éducatif à cette problématique le Ministère français de l'Éducation Nationale a récemment mis à disposition un ensemble de mesures, figurant au bulletin officiel, destinées à l'ensemble des personnels de l'éducation nationale concernant l'accueil des enfants et adolescents transgenres (ou en questionnaire sur leur identité de genre) en milieu scolaire et leur accompagnement. L'accent est mis sur la transition en milieu scolaire et les mesures contre le harcèlement dans l'enceinte des établissements ¹⁹.

Les jeunes sujets transgenres apparaissent comme peinant également dans leur vie professionnelle. Les données concernant l'insertion professionnelle sont peu nombreuses et méritent d'être enrichies. Dans notre étude, nous retrouvons une proportion non négligeable de jeunes sujets sans emploi (Tableau 2). Une grande enquête réalisée aux États-Unis, la *National Transgender Discrimination Survey (NTDS)* rapporte que la discrimination à l'embauche et les mauvais traitements sur le lieu de travail sont rapportés par plus de 90 % des personnes transgenres ayant participé à l'enquête (Grant *et al.*, 2011) ²⁰. Des licenciements abusifs en raison de préjugés sont également dépeints ²⁰. Une récente méta-analyse réalisée par une équipe belge aboutit aux mêmes conclusions mettant en lumière un accès précaire à l'emploi et des ressources financières insuffisantes comparativement à la population générale ²¹. En raison des difficultés rencontrées et des préjugés auxquels les personnes transgenres font face, nous pouvons imaginer qu'une proportion non négligeable d'entre eux attendent la fin de la transformation physique afin d'entamer des démarches pour trouver un emploi, retardant leur entrée dans le monde du travail et accentuer leur précarité.

L'âge d'initiation du traitement hormonal se situe autour de 18 ans dans notre cohorte, soit environ un an après la première rencontre avec l'endocrinologue. Chez les enfants et adolescents cet âge d'initiation est débattu et ne fait pas encore l'objet de recommandations nationales. Certains centres se basent sur les recommandations internationales et adoptent la « *Dutch Approach* » élaborée par l'équipe de Cohen-Kettenis et *al.* aux Pays-Bas depuis les années 2000. Il consiste en un blocage pubertaire transitoire suivi d'un traitement hormonal du sexe désiré (« *cross-sex hormones* ») chez les enfants prépubères (moins de 12 ans) et adolescents (de plus de 12 ans) ²², (38). Cette attitude thérapeutique est proposée et réalisée par plusieurs équipes françaises et s'appuie sur les recommandations internationales de *L'Endocrine Society* publiées en 2017 ³. Les principaux arguments avancés sont les bénéfices rapportés concernant la santé mentale ²³. Toutefois, l'étude menée par De Vries et *al.*, est critiquée car réalisée en l'absence de groupe témoin. Ainsi, il est difficile d'affirmer si les améliorations psychologiques rapportées sont liées à la prise en charge médicale ou psychologique ²⁴. D'autres équipes médicales réfutent cette prise en charge en l'absence de données sur le long terme quant à son impact et aux effets possibles de l'interruption de la puberté sur la santé. Il semblerait que la suppression pubertaire soit réversible mais interromprait la maturation des cellules germinales, pouvant affecter le potentiel de fertilité ^{25,26}. La suppression pubertaire au cours d'une étude menée par E Schagen et *al.* réalisée chez 49 filles transgenres entraîne chez 43 d'entre elles une diminution du volume testiculaire et de la masse maigre, et une augmentation de la masse grasse de manière significative ²⁷. En outre, aucune méthode officielle n'établit la préservation de fertilité chez les enfants et adolescents transgenres avant le blocage pubertaire - où les gonades sont immatures - en dehors de protocoles expérimentaux proposant par exemple une cryoconservation du tissu testiculaire immature chez les filles transgenres ²⁸.

Avec l'arrivée de la puberté, il n'y a que 30 % de persistance de la dysphorie de genre à l'adolescence ²⁹. Ainsi, il existe un risque de surdiagnostic précoce avec initiation de traitements possiblement irréversibles lors de l'induction pubertaire dans le sexe opposé ^{30,31}. Par ailleurs, un phénomène plus récemment décrit complexifie la prise en charge des jeunes sujets : celui de la détransition qui concerne les sujets transgenres réaffirmant leur sexe de naissance. Plusieurs situations de détransition sont rapportées dans la littérature actuelle au travers de cas individuels ^{32,33}. Ce phénomène interroge une nouvelle fois le traitement précoce de la dysphorie de genre par des bloqueurs de puberté. En effet, la transition des mineurs continue de faire débat et pose la question du consentement éclairé à cet âge. Récemment, une jeune britannique présentant une dysphorie de genre, revenue à s'affirmer en tant que femme après plusieurs années sous testostérone, a attaqué la clinique qui lui avait prescrit un traitement freinateur de puberté lorsqu'elle était mineure ³⁴. A la suite de cette affaire, le Royaume-Uni a restreint les conditions d'accès aux soins de transitions des mineurs de moins de 16 ans ne les estimant pas capable de formuler un consentement « libre et éclairé » à propos leur identité de genre ³⁴. Ces données soulignent la nécessité d'une évaluation psychiatrique rigoureuse avant de discuter l'initiation des traitements hormonaux.

De surcroît, notre étude présente plusieurs limites. Comme dans toute étude rétrospective, des données sont manquantes. Nous n'avons par exemple pas de données concernant le contexte socio-économique des sujets, celui-ci pouvant être un biais concernant la scolarité ainsi que l'insertion socio-professionnelle. Nous n'avons pas non plus d'informations dans les dossiers médicaux concernant l'évolution des comorbidités psychiatriques sous traitement hormonal. Les résultats obtenus sont non significatifs, pouvant s'expliquer par un faible échantillon de sujets analysés. Une plus grande cohorte permettrait d'augmenter la puissance de nos tests statistiques.

V. Conclusion

La dysphorie de genre émerge le plus souvent durant l'enfance. Sa verbalisation permet d'exprimer un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique.

Du fait que le trouble de l'identité de genre reste un sujet tabou dans de nombreux pays, y compris en France, sa révélation à l'entourage s'avère difficile et peut retarder l'entrée dans le parcours médical.

Plusieurs autres mécanismes peuvent s'intriquer pour expliquer le long délai à l'initiation de la prise en charge : une mauvaise expérience avec un précédent professionnel de santé, des difficultés d'orientation du jeune sujet, un éloignement géographique. En effet, les consultations spécialisées de dysphorie de genre sont réalisées le plus souvent dans des centres hospitaliers universitaires. Les endocrinologues les prenant en charge sont peu nombreux avec des délais de consultation pouvant être relativement longs.

Devant les difficultés diagnostiques de la dysphorie de genre, il y a nécessité d'une évaluation psychiatrique rigoureuse avant l'initiation des traitements hormonaux et d'établir des recommandations nationales.

La présence de comorbidités notamment psychiatriques peut retarder voire être un frein à la prise en charge. L'évaluation de la souffrance engendrée est primordiale en raison de l'importance de ces comorbidités : les signes anxiodépressifs, les idéations suicidaires pouvant retentir sur la scolarité et la future insertion professionnelle. Du fait que plusieurs études appuient l'idée que la prise en charge du trouble de l'identité de genre en améliore les symptômes, il nous semble nécessaire sur ce sujet que les ressources disponibles puissent être communiquées auprès des professionnels de premier recours en particulier le médecin traitant et de l'équipe éducative scolaire devant bénéficier d'un rôle clé afin de délivrer des informations et d'orienter correctement les jeunes sujets transgenres. De plus, en raison la vulnérabilité de cette population un suivi conjoint médical et psychiatrique étroit est primordial.

De surcroit, la nécessité d'études prospectives sur de plus grandes cohortes est requise.

RÉFÉRENCES DE L'ARTICLE

1. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed.* xlv, 947 (American Psychiatric Publishing, Inc., 2013). doi:10.1176/appi.books.9780890425596.
2. Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline | The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism | Oxford Academic. <https://academic.oup.com/jcem/article/94/9/3132/2596324>.
3. Hembree, W. C. *et al.* Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* **102**, 3869–3903 (2017).
4. Dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : place de l'endocrinologue pédiatre et des traitements hormonaux - EM consulte. <https://www.em-consulte.com/article/1104602/dysphorie-de-genre-chez-l-enfant-et-l-adolescent%C2%A0>
5. Feldman, J. *et al.* Priorities for transgender medical and healthcare research. *Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes.* **23**, 180–187 (2016).
6. Zaliznyak, M., Bresee, C. & Garcia, M. M. Age at First Experience of Gender Dysphoria Among Transgender Adults Seeking Gender-Affirming Surgery. *JAMA Netw. Open* **3**, e201236 (2020).
7. Fernández Rodríguez, M., Guerra Mora, P., Revuelta Fernández, A. I., Villaverde González, A. & Concha González, V. [Gender dysphoria in trans minors: Ecological niche]. *Rev. Int. Androl.* **20**, 41–48 (2022).
8. Zucker, K. J. Enfants avec troubles de l'identité sexuée : y-a-t-il une pratique la meilleure ? *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* **56**, 350–357 (2008).
9. Menvielle, E. & Gomez-Lobo, V. Management of Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* **24**, 183–188 (2011).
10. Martinerie, L. Treatment for gender dysphoria from an endocrinological point of view in the child and adolescent. *Enfances Psy* **69**, 58–65 (2016).
11. rapport_transsexualisme.pdf.
12. Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G. & Arcelus, J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int. Rev. Psychiatry Abingdon Engl.* **28**, 44–57 (2016).
13. Connolly, M. D., Zervos, M. J., Barone, C. J., Johnson, C. C. & Joseph, C. L. M. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *J. Adolesc. Health* **59**, 489–495 (2016).
14. Nahata, L., Quinn, G. P., Caltabellotta, N. M. & Tishelman, A. C. Mental Health Concerns and Insurance Denials Among Transgender Adolescents. *LGBT Health* **4**, 188–193 (2017).
15. Fuss, J., Auer, M. K. & Briken, P. Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. *Curr. Opin. Psychiatry* **28**, 430–434 (2015).
16. Clark, T. C. *et al.* The Health and Well-Being of Transgender High School Students: Results From the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). *J. Adolesc. Health* **55**, 93–99 (2014).
17. Pampati, S. *et al.* School Climate Among Transgender High School Students: An Exploration of School Connectedness, Perceived Safety, Bullying, and Absenteeism. *J. Sch. Nurs. Off. Publ. Natl. Assoc. Sch. Nurses* **36**, 293–303 (2020).

18. Alessandrin, A. & Dagorn, J. Harcelement scolaire : les eleves LGBTI en premiere ligne. *Chron. Féministes* (2020).
19. Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire. *Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports* <https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo36/MENE2128373C.htm>.
20. NTDS_Exec_Summary.pdf.
21. Van de Cauter, J., Van Schoorisse, H., Van de Velde, D., Motmans, J. & Braeckman, L. Return to work of transgender people: A systematic review through the blender of occupational health. *PloS One* **16**, e0259206 (2021).
22. Kreukels, B. P. C. & Cohen-Kettenis, P. T. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat. Rev. Endocrinol.* **7**, 466–472 (2011).
23. de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H. & Cohen-Kettenis, P. T. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J. Sex. Med.* **8**, 2276–2283 (2011).
24. Malone, W., D'Angelo, R., Beck, S., Mason, J. & Evans, M. Puberty blockers for gender dysphoria: the science is far from settled. *Lancet Child Adolesc. Health* **5**, e33–e34 (2021).
25. Finlayson, C. *et al.* Proceedings of the Working Group Session on Fertility Preservation for Individuals with Gender and Sex Diversity. *Transgender Health* **1**, 99–107 (2016).
26. Hagen, C. P., Sørensen, K., Anderson, R. A. & Juul, A. Serum levels of antimüllerian hormone in early maturing girls before, during, and after suppression with GnRH agonist. *Fertil. Steril.* **98**, 1326–1330 (2012).
27. Schagen, S. E. E., Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A. & Hannema, S. E. Efficacy and Safety of Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist Treatment to Suppress Puberty in Gender Dysphoric Adolescents. *J. Sex. Med.* **13**, 1125–1132 (2016).
28. Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A. & Hotaling, J. M. Fertility concerns of the transgender patient. *Transl. Androl. Urol.* **8**, 209–218 (2019).
29. Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F. & Cohen-Kettenis, P. T. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin. Child Psychol. Psychiatry* **16**, 499–516 (2011).
30. Lancet, T. Gender-affirming care needed for transgender children. *The Lancet* **391**, 2576 (2018).
31. [australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf](#).
32. Turban, J. L. & Keuroghlian, A. S. Dynamic Gender Presentations: Understanding Transition and 'De-Transition' Among Transgender Youth. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **57**, 451–453 (2018).
33. Marchiano, L. Gender detransition: a case study. *J. Anal. Psychol.* **66**, 813–832 (2021).
34. [Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf](#).

CONCLUSION

Les jeunes sujets présentant une DG nécessitent une prise en charge par une équipe pluridisciplinaire constituée d'un médecin psychiatre et d'un endocrinologue. Elle doit également permettre la formation d'autres intervenants tels que le médecin traitant, le psychologue, le médecin et l'infirmière scolaire.

Son dépistage doit permettre d'orienter les sujets vers les structures aptes à les prendre en charge. L'évaluation de la souffrance engendrée est fondamentale devant l'importance des comorbidités retrouvées au sein de cette population, en particulier chez les adolescents. L'importance de signes tels que l'anxiété, la dépression, les idéations suicidaires impliquent de les repérer précocement afin d'y répondre en accompagnant les sujets tout au long de leur parcours de transition.

Ces affections peuvent retentir sur la scolarité et l'insertion professionnelle. Le soutien sociétal et l'affirmation de l'identité de genre jouent ici un rôle essentiel. Nous pouvons nous poser la question de la formation et de la sensibilisation de notre système éducatif à cette problématique. En effet, le personnel éducatif doit être soucieux de l'accompagnement de l'élève, lui garantir un sentiment de sécurité au sein de l'établissement afin de prévenir l'apparition d'une phobie scolaire. A ce titre, en France, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé cherche à développer les connaissances sur la problématique de la prise en charge des personnes transgenres pour mieux cibler la prévention et le dépistage dans cette population. Le Ministère de l'Education Nationale a récemment développé des pratiques destinées au corps enseignant, aux parents d'élèves ainsi qu'aux infirmières et médecins scolaires. Ces mesures sont établies afin de favoriser l'intégration des élèves transgenres, de contribuer à leur permettre un épanouissement personnel et professionnel mais également de lutter contre toutes les formes de harcèlement.

La littérature actuelle met en évidence un nombre croissant de demandes de traitement. Ceci peut être le reflet d'une diminution de la stigmatisation sociale et d'une meilleure accessibilité des soins aux sujets présentant une DG. Toutefois, les difficultés diagnostiques rendent la prise en charge délicate notamment chez les enfants et adolescents. Le début de la puberté serait un tournant évolutif vers la persistance voire l'aggravation de la DG ou au contraire un âge où ses symptômes diminuent. L'influence des réseaux sociaux sur l'augmentation des parcours de transition dans cette tranche d'âges complique cette tâche. L'évaluation rigoureuse et l'expertise du médecin psychiatre formé à ces situations est requise afin de s'assurer du bon diagnostic. En outre, il serait judicieux de proposer des entretiens répétés avec les enfants ou adolescents et leurs parents avant de discuter l'initiation des traitements médicaux.

En effet, de nombreuses incertitudes médicales subsistent quant aux effets à long terme des traitements médicaux et plus particulièrement de l'interruption de la puberté sur la santé. De plus, ces décisions médicales sont légalement dévolues aux parents. Dans ce domaine, la nécessité d'études à long terme sur de grands effectifs est nécessaire afin d'améliorer nos connaissances et de mesurer l'impact socio-psychologique et médical d'une transition précoce notamment concernant les enjeux sur la fertilité. De ce fait, il serait souhaitable de suivre l'avancée des recherches afin d'établir des recommandations nationales.

Cet accompagnement médical n'étant pas bien codifié, nous avons mis en place au sein de notre CHRU de Nancy un programme d'éducation thérapeutique (ETP) de l'adolescent et de sa famille. Le programme d'ETP de l'adolescent et du jeune adulte transgenre et de son entourage

« EduTrans'Est » s'adresse aux sujets transgenres suivis au CHRU de Nancy. Les objectifs sont de permettre aux patients de vivre au mieux leur transidentité, de maintenir une bonne insertion socio-professionnelle ou scolaire, une bonne qualité de vie et réduire le risque de complications à long terme. Le bilan éducatif partagé (BEP) proposera un programme personnalisé au patient pouvant comporter des séances individuelles ainsi que des ateliers collectifs. Le rôle de l'équipe d'ETP pluridisciplinaire sera, avec des outils pédagogiques adaptés à l'âge du sujet et à un niveau de compréhension de l'individu et de sa famille : - améliorer la compréhension, exprimer ses croyances ou représentations et savoir comment agir sur les complications possibles, - pouvoir gérer son traitement et améliorer ses savoir-faire pratiques, - gérer son alimentation. Dans un deuxième temps, nous souhaiterions étendre ce programme aux patients suivis par les praticiens libéraux et les centres hospitaliers lorrains (et métropolitains).

BIBLIOGRAPHIE DE LA THÈSE

1. Benjamin H. The Transsexual Phenomenon*. Trans N Y Acad Sci. 1967;29(4 Series II):428-30.
2. cim_10.pdf [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: https://www.ordvi.com/documentation/cim_10.pdf
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xliv, 947 p. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed).
4. ICD-11 - ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f90875286>
5. Quinn PC, Yahr J, Kuhn A, Slater AM, Pascalils O. Representation of the gender of human faces by infants: a preference for female. Perception. 2002;31(9):1109-21.
6. Serbin L, Poulin-Dubois D, Colburne K, Sen M, Eichstedt J. Gender stereotyping in infancy: Visual preferences for and knowledge of gender-stereotyped toys in the second year. Int J Behav Dev - INT J BEHAV DEV. 1 janv 2001;25:7-15.
7. Adams null, Marshall null. A developmental social psychology of identity: understanding the person-in-context. J Adolesc. oct 1996;19(5):429-42.
8. Zaliznyak M, Bresee C, Garcia MM. Age at First Experience of Gender Dysphoria Among Transgender Adults Seeking Gender-Affirming Surgery. JAMA Netw Open. 16 mars 2020;3(3):e201236.
9. ICD-11 - ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/344733949>
10. Chew D, Tollit MA, Poulakis Z, Zwickl S, Cheung AS, Pang KC. Youths with a non-binary gender identity: a review of their sociodemographic and clinical profile. Lancet Child Adolesc Health. avr 2020;4(4):322-30.
11. Rimes KA, Goodship N, Ussher G, Baker D, West E. Non-binary and binary transgender youth: Comparison of mental health, self-harm, suicidality, substance use and victimization experiences. Int J Transgenderism. 18 sept 2017;20(2-3):230-40.
12. Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, Buysse A, Dewaele A, Van Nieuwerburgh F, et al. Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. Arch Sex Behav. juill 2015;44(5):1281-7.
13. Zucker K. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. Sex Health. 25 août 2017;14.

14. Di Grazia M, Sammartano F, Taverna C, Knowles A, Trombetta C, Barbone F. Epidemiologic considerations on gender incongruence in adults, adolescents and children and mental health issues: A review of the literature. *Sexologies*. 1 janv 2021;30(1):e61-75.
15. Becker I, Ravens-Sieberer U, Ottová-Jordan V, Schulte-Markwort M. Prevalence of Adolescent Gender Experiences and Gender Expression in Germany. *J Adolesc Health*. 1 juill 2017;61(1):83-90.
16. Kaltiala-Heino R, Lindberg N. Gender identities in adolescent population: Methodological issues and prevalence across age groups. *Eur Psychiatry*. 1 janv 2019;55:61-6.
17. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE*. 16 août 2018;13(8):e0202330.
18. International S. « No Idea Why This Is Happening »: Norway Sees Spike in Young Girls Up for Sex Change [Internet]. Sputnik International. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://sputniknews.com/20200114/no-idea-why-this-is-happening-norway-sees-spike-in-young-girls-up-for-sex-change-1078030150.html>
19. Zucker KJ. Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues. *Arch Sex Behav*. 1 oct 2019;48(7):1983-92.
20. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, Goodman M. Prevalence of Transgender Depends on the « Case » Definition: A Systematic Review. *J Sex Med*. avr 2016;13(4):613-26.
21. Pascal V, Fejgerlova E, Ganne-Devonec MO, Klein M, Guerci B. Évolution de la population transgenre référée en endocrinologie : expérience du centre TransEst au CHRU de Nancy. *Ann Endocrinol*. 1 sept 2018;79(4):252.
22. iBooks | medecine.univ-lorraine.fr [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <http://medecine.univ-lorraine.fr/fr/etudiants/ibooks/fr>
23. Health WPA for T. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-nonconforming People. World Professional Association for Transgender Health; 2012. 112 p.
24. rapport_transsexualisme.pdf [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf
25. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ III, Spack NP, et al. Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 1 sept 2009;94(9):3132-54.

26. Weiselberg EC, Shadianloo S, Fisher M. Overview of care for transgender children and youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. sept 2019;49(9):100682.
27. Martinerie L. Dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : place de l'endocrinologue pédiatre et des traitements hormonaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. févr 2017;65(1):54-60.
28. [australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf](https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf) [Internet]. [cité 20 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf>
29. Changement de prénom [Internet]. [cité 3 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F885>
30. Article 60 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 3 févr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033460997
31. Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline | The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism | Oxford Academic [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/jcem/article/94/9/3132/2596324>
32. Kreukels BPC, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol*. 17 mai 2011;7(8):466-72.
33. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 1 nov 2017;102(11):3869-903.
34. Carel J-C, Eugster EA, Rogol A, Ghizzoni L, Palmert MR, ESPE-LWPES GnRH Analogs Consensus Conference Group, et al. Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*. avr 2009;123(4):e752-762.
35. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. oct 2011;16(4):499-516.
36. Turban JL, King D, Carswell JM, Keuroghlian AS. Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. *Pediatrics*. févr 2020;145(2):e20191725.
37. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, Cuypere G, Feldman J, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgenderism*. 1 août 2012;13:165-232.

38. Lancet T. Gender-affirming care needed for transgender children. *The Lancet*. 30 juin 2018;391(10140):2576.
39. Finlayson C, Johnson EK, Chen D, Dabrowski E, Gosiengfiao Y, Campo-Engelstein L, et al. Proceedings of the Working Group Session on Fertility Preservation for Individuals with Gender and Sex Diversity. *Transgender Health*. 2016;1(1):99-107.
40. Cheng PJ, Pastuszak AW, Myers JB, Goodwin IA, Hotaling JM. Fertility concerns of the transgender patient. *Transl Androl Urol*. juin 2019;8(3):209-18.
41. Dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : place de l'endocrinologue pédiatre et des traitements hormonaux - EM consulte [Internet]. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1104602/dysphorie-de-genre-chez-l-enfant-et-l-adolescent%C2%A0->
42. Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>
43. Butler C, Hutchinson A. Debate: The pressing need for research and services for gender desisters/detransitioners. *Child Adolesc Ment Health*. févr 2020;25(1):45-7.
44. Marchiano L. Gender detransition: a case study. *J Anal Psychol*. sept 2021;66(4):813-32.
45. Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors Leading to "Detransition" Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis. *LGBT Health*. 1 juin 2021;8(4):273-80.
46. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med*. avr 2018;15(4):582-90.
47. Bauer GR, Scheim AI, Deutsch MB, Massarella C. Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: results from a respondent-driven sampling survey. *Ann Emerg Med*. juin 2014;63(6):713-720.e1.
48. Olson J, Forbes C, Belzer M. Management of the transgender adolescent. *Arch Pediatr Adolesc Med*. févr 2011;165(2):171-6.
49. Diemer EW, Grant JD, Munn-Chernoff MA, Patterson DA, Duncan AE. Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-related Pathology in a National Sample of College Students. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. août 2015;57(2):144-9.
50. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. 2016;28(1):44-57.

51. Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, Johnson CC, Joseph CLM. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *J Adolesc Health*. 1 nov 2016;59(5):489-95.
52. Glidden D, Bouman WP, Jones BA, Arcelus J. Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sex Med Rev*. janv 2016;4(1):3-14.
53. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2018;257.
54. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet Lond Engl*. 23 juill 2016;388(10042):412-36.
55. Pampati S, Andrzejewski J, Sheremenko G, Johns M, Lesesne CA, Rasberry CN. School Climate Among Transgender High School Students: An Exploration of School Connectedness, Perceived Safety, Bullying, and Absenteeism. *J Sch Nurs Off Publ Natl Assoc Sch Nurses*. août 2020;36(4):293-303.
56. Rider GN, McMorris BJ, Gower AL, Coleman E, Eisenberg ME. Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: A population-based study. *Pediatrics*. 2018;141(3):1-8.
57. Alessandrin A, Dagorn J. Harcelement scolaire : les élèves LGBTI en première ligne. *Chron Féministes* [Internet]. sept 2020 [cité 11 mars 2022]; Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02950104>
58. Simons JD, Beck MJ, Asplund NR, Chan CD, Byrd R. Advocacy for gender minority students: recommendations for school counsellors. *Sex Educ*. 4 juill 2018;18(4):464-78.
59. Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo36/MENE2128373C.htm>
60. NTDS_Exec_Summary.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Exec_Summary.pdf
61. Van de Cauter J, Van Schoorisse H, Van de Velde D, Motmans J, Braeckman L. Return to work of transgender people: A systematic review through the blender of occupational health. *PLoS One*. 2021;16(11):e0259206.

AUTORISATION D'IMPRESSION

VU

NANCY, le **17 mars 2022**
Le Président de Thèse

NANCY, le **18 mars 2022**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc KLEIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **12406C**

NANCY, le **22 mars 2022**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUIZENHARDT

RESUMÉ DE LA THESE

Objectif : Décrire le parcours de transition en lien avec les données psychosociales et professionnelles chez la jeune population transgenre.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective, descriptive, unicentrique, concernant les caractéristiques démographiques et la santé psycho-sociale de la population des jeunes personnes transgenres suivies au CHRU de Nancy entre 2004 et 2020. Les critères d'inclusion concernaient les sujets majeurs au moment de l'étude et un âge inférieur à 18 ans lors de la première consultation en l'absence d'opposition du sujet à participer à la recherche.

Résultats : Quarante et un sujets ont été recensés, dont 18 sujets assignés garçons à la naissance et 23 sujets assignés filles à la naissance. L'âge moyen des sujets au moment de l'étude est de 20 ± 2 ans. Le début du questionnement sur le genre commence durant l'enfance dans 70 % des cas. L'âge de verbalisation du questionnement sur le genre apparaît durant l'enfance ou l'adolescence en moyenne à l'âge de $14,2 \pm 2,97$ ans de façon comparable pour les deux groupes. L'âge moyen lors de la première consultation d'endocrinologie ($17,1 \pm 0,7$ ans) et d'initiation du traitement hormonal ($17,9 \pm 0,8$ ans) est comparable dans les deux groupes. Nous mettons en évidence chez plus de la moitié des sujets au sein de notre cohorte la présence de différentes comorbidités psychiatriques : tentative de suicide (17 %), dépression (13 %), anxiété (11 %), troubles du comportement alimentaire (9 %).

Conclusion : La dysphorie de genre émerge le plus souvent durant l'enfance. Les comorbidités psychiatriques sont fortement représentées dans cette population entraînant d'importantes difficultés dans les parcours scolaires et dans l'insertion professionnelle. Nécessité d'un suivi étroit chez cette population en raison de sa vulnérabilité. Des études prospectives sur des effectifs plus importants méritent d'être réalisées.

TITRE EN ANGLAIS :

Demographic characteristics and psychosocial health of the young transgender population followed at the Regional University Hospital of Nancy. A retrospective study from 2004 to 2020.

THÈSE DE : Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition – ANNÉE : 2022

MOTS-CLÉS :

Dysphoria – Gender – Incongruence – Adolescents – Children – Transgender psychosocial health

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX

Caractéristiques démographiques et santé psychosociale des jeunes personnes transgenres suivies au CHRU de Nancy