

Quand les enfants disent qu'ils sont trans

Hormones ? Chirurgie ? Les choix sont difficiles et il n'y a pas de réponses faciles.

Article de [JesseSingal Numéro de juillet/août 2018](#)

V.O. <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2018/07/when-a-child-says-shes-trans/561749/>

Trad. Deepl

Un nouveau guide pour vivre le changement climatique. Robinson Meyer vous apporte les plus grandes idées et les informations les plus essentielles pour vous aider à vous épanouir sur une planète en mutation.

Claire est une jeune fille de 14 ans aux cheveux courts et auburn et au large sourire. Elle vit près de Philadelphie avec sa mère et son père, tous deux scientifiques professionnels. Claire peut passer pour une introvertie, mais elle s'ouvre rapidement, et ce qui semblait être de la timidité se révèle être une assurance tranquille. Comme beaucoup d'enfants de son âge, elle a un emploi du temps un peu trop chargé. Au cours de la soirée que j'ai passée avec Claire et sa mère, Heather - ce ne sont pas leurs vrais noms - les essais de théâtre, de guitare et d'athlétisme ont tous été évoqués. Nous avons également discuté du fait que, jusqu'à récemment, elle n'était pas certaine d'être une fille.

La sixième année a été difficile pour elle. Elle a eu du mal à se faire des amis et a souffert d'anxiété et de dépression. "Je n'avais pas du tout confiance en moi", m'a-t-elle dit. "Je pensais que quelque chose n'allait pas chez moi". Claire, qui avait 12 ans à l'époque, se sentait également mal à l'aise dans son corps, d'une manière qu'elle ne pouvait pas vraiment décrire. Elle a reconnu que cela était en partie lié à la puberté, mais elle a senti que c'était plus que les malheurs habituels des préadolescents. "Au début, j'ai commencé à manger moins", dit-elle, "mais ça n'a pas vraiment aidé".

À cette époque, Claire a commencé à regarder des vidéos YouTube réalisées par des jeunes transgenres. Elle était particulièrement fascinée par [MilesChronicles](#), la chaîne de Miles McKenna, un jeune homme charismatique de 22 ans. Ses 1 million d'abonnés ont suivi son coming out en tant que garçon trans, son passage à la testostérone, sa double mastectomie et sa transformation en un jeune homme heureux et en bonne santé. Claire a découvert les vidéos par accident, ou plutôt par algorithme : Elles étaient apparues dans son flux "recommandé". Elles ont donné un nom au malaise de Claire. Elle a commencé à se demander si elle n'était pas transgenre, c'est-à-dire que son identité de genre interne ne correspondait pas au sexe qui lui avait été attribué à la naissance. "*Peut-être que la raison pour laquelle je suis mal à l'aise avec mon corps est que je suis censé être un garçon*", pensait-elle à l'époque.

Claire a trouvé dans MilesChronicles et dans des vidéos YouTube similaires une solution claire à son mal-être. "Je voulais juste arrêter de me sentir mal, alors je me suis dit que *je devais faire une transition*", a-t-elle déclaré. Dans le cas de Claire, la première étape serait d'avoir accès à des médicaments qui arrêteraient la puberté ; ensuite, elle commencerait à prendre de la testostérone pour développer des caractéristiques sexuelles secondaires masculines. "Je pensais que c'était ce qui permettait de se sentir mieux", m'a-t-elle dit.

Dans l'esprit de Claire, le plan était concret, mais ni Heather ni son mari, Mike, n'étaient au courant. Au début, Claire a caché ses sentiments à ses parents, en faisant des recherches sur

les mesures qu'elle pouvait prendre pour devenir une transition qui ne nécessiterait pas d'interventions médicales, ni l'approbation de ses parents. Elle s'est penchée sur les moyens de rendre sa voix plus profonde et sur les classeurs pour cacher ses seins. Mais un jour d'août 2016, Mike lui a demandé pourquoi elle semblait si triste ces derniers temps. Elle lui a expliqué qu'elle pensait être un garçon.

C'est le début de ce que Heather se rappelle être une période compliquée dans la relation qu'elle et son mari entretiennent avec leur fille. Ils disent à Claire qu'ils l'aiment et la soutiennent ; ils la remercient de leur avoir dit ce qu'elle ressent. Mais ils ne l'ont pas encouragée à faire la transition. "Nous l'avons laissée explorer tout cela par elle-même", m'a dit Heather.

Pour les parents de Claire, son angoisse semblait venir de nulle part. Son enfance avait été exempte de dysphorie de genre - terme clinique désignant un puissant sentiment de déconnexion par rapport au sexe assigné. Ils craignaient que ce que leur fille avait autodiagnostiqué comme étant une dysphorie ne soit que le travail de la puberté.

Alors que Claire entrait dans l'adolescence, elle continuait à avoir des problèmes de santé mentale. Ses parents lui ont trouvé un thérapeute, et si ce dernier s'est occupé de la dépression et de l'anxiété de Claire - elle se réveillait plusieurs fois par nuit pour s'assurer que son réveil était bien réglé - il ne s'est pas senti qualifié pour aider sa patiente souffrant de dysphorie de genre. Le thérapeute a orienté la famille vers des cliniques d'identité de genre situées à proximité et offrant des services de transition pour les jeunes.

Les parents de Claire hésitaient à entamer ce processus. Heather, qui a un doctorat en pharmacologie, avait commencé à faire des recherches sur la dysphorie de genre chez les jeunes pour elle-même. Elle espérait mieux comprendre pourquoi Claire se sentait ainsi et ce qu'elle et Mike pouvaient faire pour l'aider. Heather a conclu que Claire répondait aux critères cliniques de la dysphorie de genre du *DSM-5*, le manuel de diagnostic de l'American Psychiatric Association. Parmi d'autres indications, sa fille ne se sentait clairement pas comme une fille, voulait clairement un corps de garçon et était profondément bouleversée par ces sentiments. Mais Heather se demande si ces critères, ou la plupart des informations qu'elle a trouvées en ligne, disent tout. "Les psychologues savent que l'adolescence est marquée par l'incertitude et la recherche d'identité, et cela n'est même pas reconnu", m'a-t-elle dit.

Heather a déclaré que la plupart des ressources qu'elle a trouvées pour les parents d'un enfant dysphorique de genre lui ont dit que si sa fille disait qu'elle était trans, elle était trans. Si sa fille disait qu'elle avait besoin d'hormones, la responsabilité de Heather était de l'aider à prendre des hormones. La chose la plus importante qu'elle pouvait faire était d'*affirmer* sa fille, ce que Heather et Mike ont interprété comme signifiant qu'ils devaient être d'accord avec ses déclarations qu'elle était transgenre. Même s'ils n'en étaient pas si sûrs.

Alors qu'Heather cherchait des réponses, Claire était de plus en plus convaincue qu'elle devait changer de sexe. Pendant des mois, elle a insisté sur le fait qu'elle voulait à la fois de la testostérone et une " chirurgie du haut " - une double mastectomie. Elle a demandé à plusieurs reprises à ses parents de lui trouver des médecins qui pourraient la mettre sur la voie de la transition physique. Heather et Mike ont gagné du temps en lui disant qu'ils cherchaient mais qu'ils n'avaient encore trouvé personne. "Nous l'avons également emmenée faire du kayak, nous avons joué à davantage de jeux de société avec elle, nous avons regardé davantage la télévision avec elle et nous avons fait d'autres petits voyages en famille", se souvient Heather.

"Nous lui avons également retiré la possibilité de faire des recherches en ligne, mais nous lui avons donné Instagram en guise de consolation". Ils lui ont dit qu'ils se rendaient compte qu'elle souffrait, mais qu'ils pensaient aussi, sur la base de ce qu'ils avaient appris dans leurs recherches, qu'il était possible que ses sentiments sur son genre changent avec le temps. Ils lui ont demandé de commencer à tenir un journal, en espérant que cela l'aiderait à explorer ces sentiments.

Claire faisait plaisir à ses parents, même si sa frustration à leur égard augmentait. Mais finalement, quelque chose a changé. Dans un article de journal que Claire a écrit en novembre dernier, elle explique qu'elle a réalisé qu'elle n'était pas un garçon à un moment clé. En se regardant dans le miroir à un moment où elle essayait de se présenter sous un jour très masculin - "mes vêtements amples et inconfortables, mes cheveux courts et abîmés, et mon visage déprimé" - elle a constaté que "cela ne me faisait pas du tout du bien. J'étais toujours aussi misérable et je me détestais toujours autant". À partir de là, sa détresse s'est progressivement dissipée. "C'est un peu soudainement que j'ai pensé : *Vous savez, peut-être que ce n'est pas la bonne réponse - peut-être que c'est autre chose*", m'a dit Claire. "Mais il a fallu un certain temps pour que je réalise que oui, j'étais définitivement une fille."

Claire pense que son sentiment d'être un garçon provient de la vision rigide des rôles de genre qu'elle a intériorisée. "Je pense que j'avais vraiment gravé dans le marbre ce qu'un garçon était censé être et ce qu'une fille était censée être. Je pensais que si vous ne suiviez pas les stéréotypes d'une fille, vous étiez un garçon, et que si vous ne suiviez pas les stéréotypes d'un garçon, vous étiez une fille." Elle ne s'était pas reconnue dans les autres filles de sa classe de collège, qui formaient des cliques et étaient de plus en plus bavardes. En grandissant, elle a trouvé des filles qui partageaient ses intérêts et a commencé à se sentir bien dans son corps.

Heather pense que si elle et Mike avaient tenu compte des informations qu'ils ont trouvées en ligne, Claire aurait entamé une transition physique et l'aurait regretté plus tard. Aujourd'hui, Claire est une adolescente généralement heureuse dont les problèmes de santé mentale se sont nettement améliorés. Elle admire toujours les personnes, comme Miles McKenna, qui ont bénéficié d'une transition. Mais elle a fini par comprendre que ce n'est pas ce qu'elle est.

Le nombre de personnes qui s'identifient comme transgenres aux États-Unis est en augmentation. En juin 2016, le Williams Institute de la faculté de droit de l'UCLA a estimé que [1,4 million d'adultes aux États-Unis s'identifiaient comme transgenres](#), soit un quasi-doublement d'une estimation datant d'une dizaine d'années auparavant. En 2017, selon l'institut, environ [150 000 adolescents âgés de 13 à 17 ans s'identifiaient comme trans](#). Le nombre de jeunes qui recherchent des services cliniques semble également augmenter. Une grande clinique du Royaume-Uni a vu une [augmentation de plus de 300 % des nouveaux renvois au cours des trois dernières années](#). Aux États-Unis, où les cliniques pour jeunes transgenres sont un peu plus récentes - une quarantaine sont disséminées dans tout le pays - il est plus difficile d'obtenir des chiffres solides. Anecdotiquement, cependant, les cliniciens font état d'une forte augmentation du nombre de nouvelles demandes, et les listes d'attente peuvent atteindre cinq mois ou plus.

Comment les parents peuvent-ils apporter aux enfants le soutien dont ils peuvent avoir besoin tout en gardant à l'esprit que l'adolescence est, par définition, une période d'exploration identitaire ?

L'ère actuelle de sensibilisation à l'identité de genre a sans aucun doute facilité la vie de nombreux jeunes qui se sentent limités par la nature parfois oppressive des attentes en matière de genre. Un nouveau langage riche a pris racine, offrant aux jeunes qui se sentaient seuls ou exclus les mots dont ils ont besoin pour décrire leurs expériences. Et l'avènement de l'internet a permis aux adolescents, même dans les régions du pays où l'acceptation de la non-conformité de genre est encore trop lente, de trouver d'autres personnes comme eux.

Mais lorsqu'il s'agit de la question des interventions physiques, cette époque a également apporté de nouveaux défis difficiles à relever pour de nombreux parents. Où se situe la limite entre le fait de ne pas "se sentir" fille parce que la société rend difficile le fait d'*être* une fille et le fait d'avoir besoin d'hormones pour atténuer une dysphorie qui, autrement, ne disparaîtrait pas ? Comment les parents peuvent-ils savoir ? Comment peuvent-ils aider leurs enfants à accéder au soutien et à l'aide médicale dont ils pourraient avoir besoin, tout en gardant à l'esprit que l'adolescence est, par définition, une période d'exploration identitaire fébrile ?

Les informations disponibles pour les parents qui tentent de naviguer sur ce terrain difficile ne manquent pas. Si vous lisez la bible des soins médicaux et psychiatriques pour les personnes transgenres - les [normes de soins](#) publiées par l'Association professionnelle mondiale pour la santé des transgenres (Wpath) - vous trouverez une section de 11 pages intitulée "Évaluation et traitement des enfants et des adolescents atteints de dysphorie de genre". On y lit que si certains adolescents doivent prendre des hormones, cette décision doit être prise avec délibération : "Avant d'envisager toute intervention physique chez les adolescents, une exploration approfondie des questions psychologiques, familiales et sociales doit être entreprise." Les lignes directrices de l'American Psychological Association vont dans le même sens, expliquant les avantages des hormones mais notant également que "les adolescents peuvent devenir intensément concentrés sur leurs désirs immédiats." Il poursuit : "Cette focalisation intense sur les besoins immédiats peut créer des difficultés pour s'assurer que les adolescents sont cognitivement et émotionnellement capables de prendre des décisions qui changent la vie."

Les principales organisations professionnelles proposent ces conseils. Mais certains cliniciens s'orientent vers un processus plus rapide. D'autres ressources, y compris celles produites par les principales organisations LGBTQ, mettent l'accent sur l'acceptation plutôt que sur la recherche. La page Web de la campagne des droits de l'homme intitulée "Transgender Children & Youth : Understanding the Basics" de la Human Rights Campaign, par exemple, encourage les parents à demander l'avis d'un spécialiste du genre. Elle affirme également que "le fait d'être transgenre n'est pas une phase, et essayer de le rejeter comme tel peut être préjudiciable à un moment où votre enfant a le plus besoin de soutien et de validation". De même, les parents qui consultent les pages intitulées "jeunes transgenres" sur le site de glad trouveront de nombreux articles sur le soutien aux jeunes qui se déclarent transgenres, mais peu d'informations sur les questions complexes de diagnostic et de développement auxquelles sont confrontés les parents d'un enfant qui explore son genre.

HRC, glad et d'autres groupes de défense des mêmes idées insistent sur l'acceptation des enfants trans pour des raisons compréhensibles : Pendant trop longtemps, les parents, ainsi que les cliniciens, ont nié la possibilité que les enfants et les adolescents transgenres existent, et encore moins qu'ils soient autorisés à effectuer une transition. Nombre de ces organisations s'attachent avant tout à sensibiliser le public et à corriger les idées fausses encore courantes.

Un motif similaire semble animer une grande partie de la couverture médiatique des jeunes transgenres. Deux types de couverture ont émergé. Depuis au moins le meurtre, en 1993, de Brandon Teena, un jeune homme de 21 ans du Nebraska, qui a inspiré un documentaire et le film *Boys Don't Cry*, un flux constant d'histoires d'horreur est centré sur l'intimidation, l'agression physique et le suicide - des risques réels auxquels les jeunes transgenres et non-conformes au genre (TGNC) sont toujours confrontés.

Plus récemment, une vague d'histoires à succès est apparue. Dans nombre de ces récits, les enfants sont perdus, confus et frustrés jusqu'au moment où ils sont autorisés à laisser pousser leurs cheveux et à adopter un nouveau nom, et où ils deviennent enfin leur véritable identité. Prenez, par exemple, un [article de Parents.com](#) dans lequel une mère, écrivant sous un pseudonyme, explique qu'elle a lutté pendant des années contre les problèmes d'identité sexuelle de son enfant, jusqu'à ce qu'elle se tourne finalement vers un thérapeute qui, après une évaluation de 20 minutes, a déclaré l'enfant trans. Soudain, tout s'est mis en place. La mère écrit : "J'ai regardé l'enfant assis entre mon mari et moi, l'enfant qui souriait, qui semblait si heureux, qui avait l'air de quelqu'un qui le voyait enfin comme il ou elle se voyait." Dans un numéro spécial de *National Geographic* sur le genre, [l'écrivain Robin Marantz Henig raconte](#) l'histoire d'une mère qui a laissé son enfant de 4 ans, assigné garçon à la naissance, choisir un nom de fille, commencer à utiliser des pronoms féminins et aller à l'école maternelle comme une fille. "Presque instantanément, la morosité s'est levée", écrit Henig.

Pour de nombreux jeunes en début d'études, la transition semble avoir considérablement atténué leur dysphorie. Mais ce n'est pas la solution pour tout le monde.

Les récits de transitions réussies peuvent aider les familles à envisager une issue heureuse pour un enfant qui souffre. Et certains jeunes vivent clairement quelque chose comme ce que ces récits de chenille à papillon décrivent. Ils souffrent d'une dysphorie de genre persistante et intense dès leur plus jeune âge, et la transition les soulage. "Certains enfants ne vacillent pas" dans leur identité de genre, m'a dit Nate Sharon, un psychiatre qui a supervisé une clinique de genre au Nouveau-Mexique pendant deux ans et demi, et qui est lui-même trans, lorsque nous nous sommes entretenus en 2016. "Je vois un enfant de 11 ans qui, à l'âge de 2 ans, est allé voir sa mère pour lui dire : "Quand est-ce que je vais commencer à faire pousser mon pénis ?". Où est mon pénis ? À 2 ans."

Mais ces histoires tendent à éluder la complexité d'être un jeune TGNC, ou le parent d'un tel jeune. Certaines familles trouveront une série de chemins qui bifurquent, et ne sauront pas toujours quelle est la meilleure direction à prendre. À l'instar des parents de Claire, elles peuvent être convaincues que leur enfant souffre, mais aussi penser que la transition physique n'est pas la solution, du moins pas pour un jeune en pleine adolescence.

Nous n'en sommes encore qu'aux premiers stades de la compréhension de la façon dont la transition physique affecte les jeunes dysphoriques. Bien que les détails dépendent de l'âge de votre enfant et puissent varier d'un cas à l'autre, le processus de transition pour un enfant dysphorique persistant ressemble généralement à ce qui suit. Tout d'abord, permettez à votre enfant d'effectuer une transition sociale : d'adopter les pronoms et le style vestimentaire de son genre authentique, et de changer de nom s'il le souhaite. À l'approche de l'adolescence, fournissez-lui des médicaments bloquant la puberté, car le développement des caractéristiques sexuelles secondaires du sexe qui lui a été assigné pourrait exacerber sa dysphorie de genre. Lorsqu'il atteint l'adolescence, aidez-le à avoir accès aux hormones transsexuelles qui lui

permettront de développer les caractéristiques sexuelles secondaires correspondant à son identité de genre. (Jusqu'à récemment, les hormones n'étaient généralement pas prescrites avant l'âge de 16 ans ; il est désormais plus fréquent que les jeunes de 15 et 14 ans, et parfois même les plus jeunes, commencent l'hormonothérapie).

Aux États-Unis, éviter la puberté n'est devenu une option qu'il y a un peu plus d'une décennie. Les chercheurs viennent donc de commencer à suivre les enfants engagés dans ce processus, et nous ne disposons pas encore de données complètes sur leurs résultats à long terme. La plupart des données dont nous disposons concernent des enfants qui ont subi une transition sociale à un âge précoce, mais qui n'ont pas encore subi de transition physique. Ces informations proviennent d'une chercheuse de l'université de Washington, Kristina Olson. Olson est la fondatrice du TransYouth Project, qui suit une cohorte d'environ 300 enfants pendant 20 ans - la plus longue étude longitudinale de ce type aux États-Unis. Les enfants qu'elle suit semblent bien se porter - ils ne semblent pas si différents, en termes de santé mentale et de bonheur général, d'un groupe témoin d'enfants cisgenres (c'est-à-dire des enfants qui s'identifient au sexe qui leur a été assigné à la naissance).

Au prestigieux Centre d'expertise sur la dysphorie de genre, au centre médical universitaire de la Vrije Universiteit, à Amsterdam - souvent appelé simplement "la clinique néerlandaise" -, une cohorte plus ancienne d'enfants ayant suivi le protocole de blocage de la puberté et d'hormones intersexes s'est également avérée aller bien : "La dysphorie de genre s'était résolue", selon une étude du groupe publiée en 2014 dans *Pediatrics*. "Le fonctionnement psychologique s'était régulièrement amélioré, et le bien-être était comparable à celui des pairs du même âge."

Ces premiers résultats, bien que prometteurs, ne nous apprennent pas grand-chose. Les conclusions d'Olson proviennent d'un groupe d'enfants transgenres dont les parents sont relativement riches et actifs dans les communautés de soutien aux transgenres ; ils ont proposé leurs enfants pour l'étude. Il y a également des limites à ce que nous pouvons extrapoler de l'étude néerlandaise : Ce groupe a suivi un processus de diagnostic complet avant la transition, qui comprenait un accès continu à des soins de santé mentale dans une clinique de haut niveau spécialisée dans le genre - un processus qui n'est malheureusement pas accessible à tous les jeunes en transition.

Parmi les questions qui doivent encore être abordées par des études à long terme figurent les effets des médicaments sur les jeunes. Comme me l'a expliqué Thomas Steensma, psychologue et chercheur à la clinique néerlandaise et co-auteur de cette étude, les données sur les risques potentiels de la mise sous inhibiteurs de la puberté chez les jeunes sont rares. Il aimerait que des recherches plus approfondies soient menées sur les effets possibles des bloqueurs sur le développement des os et du cerveau. (Les risques potentiels à long terme des hormones transsexuelles ne sont pas bien connus, mais sont probablement modestes, selon Joshua Safer, l'un des auteurs du "Clinical Practice Guideline" de l'Endocrine Society pour le traitement de la dysphorie de genre).

Pendant ce temps, des questions fondamentales sur la dysphorie de genre restent sans réponse. Les chercheurs ne savent toujours pas ce qui la cause - l'identité sexuelle est généralement considérée comme une trame complexe de facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels. Dans certains cas, la dysphorie de genre peut interagir avec des troubles mentaux tels que la dépression et l'anxiété, mais on ne s'accorde guère sur le comment et le pourquoi. Les traumatismes, en particulier les traumatismes sexuels, peuvent contribuer à la

dysphorie ou l'exacerber chez certains patients, mais là encore, personne ne sait encore exactement pourquoi.

Je le répète : Pour de nombreux jeunes ayant participé aux premières études, la transition - sociale pour les enfants, physique pour les adolescents et les jeunes adultes - semble avoir considérablement atténué leur dysphorie. Mais ce n'est pas la solution pour tout le monde. Certains enfants sont dysphoriques dès leur plus jeune âge, mais deviennent avec le temps à l'aise avec leur corps. D'autres développent une dysphorie à peu près au moment où ils entrent dans la puberté, mais leur souffrance est temporaire. D'autres finissent par s'identifier comme non binaire, c'est-à-dire ni homme ni femme.

Ignorer la diversité de ces expériences et se concentrer uniquement sur ceux qui sont effectivement "nés dans le mauvais corps" pourrait causer du tort. C'est l'argument d'un petit groupe d'hommes et de femmes qui ont effectué une transition et sont retournés à leur sexe d'origine. Nombre de ces personnes dites "en transition" affirment que leur dysphorie n'est pas due à une inadéquation profonde entre leur identité de genre et leur corps, mais plutôt à des problèmes de santé mentale, à un traumatisme, à la misogynie de la société ou à une combinaison de ces facteurs et d'autres encore. Ils disent avoir été poussés à recourir à des interventions physiques telles que les hormones ou la chirurgie par la pression de leurs pairs ou par des cliniciens qui ont négligé d'autres explications possibles de leur détresse.

Certaines de ces interventions sont irréversibles. Les gens réagissent différemment aux hormones transsexuelles, mais les modifications de la voix, de la pilosité et d'autres caractéristiques physiques, comme le développement des tissus mammaires, peuvent devenir permanentes. Les enfants qui prennent des inhibiteurs de la puberté, puis des hormones transsexuelles, risquent de ne pas pouvoir avoir d'enfants biologiques. Les interventions chirurgicales peuvent parfois être inversées par d'autres opérations, mais les résultats sont souvent décevants.

Les préoccupations des transitions sont relayées par un certain nombre de cliniciens qui travaillent dans ce domaine, la plupart étant des psychologues et des psychiatres. Ils sont très favorables aux soins dits d'affirmation, qui impliquent d'accepter et d'explorer avec compassion les déclarations d'un enfant sur son identité de genre. Mais ils s'inquiètent du fait que, dans le cadre d'un effort louable pour fournir aux jeunes TGNC les soins dont ils ont besoin, certains membres de leur domaine ignorent la complexité et la fluidité du développement de l'identité de genre chez les jeunes. Ces collègues autorisent les adolescents à suivre un traitement hormonal, voire à subir une intervention chirurgicale, sans examiner pleinement leur santé mentale ou les influences sociales et familiales qui pourraient façonner leur sentiment naissant d'identité sexuelle.

C'est une définition trop étroite des soins d'affirmation, selon de nombreux cliniciens de renom. "Les soins d'affirmation ne privilégient aucun résultat en matière d'identité de genre, mais visent plutôt à permettre l'exploration du genre sans jugement et avec une compréhension claire des risques, des avantages et des alternatives de tout choix en cours de route", m'a dit Aron Janssen, directeur clinique du service de genre et de sexualité de l'hôpital pour enfants Hassenfeld, à New York. "Beaucoup de gens interprètent à tort les soins d'affirmation comme le fait de procéder à une transition sociale et médicale dans tous les cas sans délai, mais la réalité est beaucoup plus complexe."

Pour donner un sens à cette réalité complexe - et assurer le meilleur résultat possible pour tous les enfants qui explorent leur genre - les parents ont besoin d'informations précises et nuancées sur ce qu'est la dysphorie de genre et sur les nombreuses lacunes de nos connaissances actuelles. Ils ne l'obtiennent pas toujours.

Pour les personnes dysphoriques, la transition physique peut améliorer leur vie, voire leur sauver la vie. Bien qu'il n'existe pas encore de données représentatives à long terme sur le bien-être des adultes transgenres, les preuves qui existent - ainsi que le nombre considérable de témoignages de personnes transgenres et de cliniciens qui les aident dans leur transition - sont écrasantes. Pour un grand nombre de personnes, sinon la plupart, qui sont inébranlablement dysphoriques, les hormones *fonctionnent*. La chirurgie *fonctionne*. Cela se reflète dans les études qui montrent systématiquement de faibles taux de regret pour les procédures physiques les moins réversibles visant à traiter la dysphorie de genre. Un [examen de 2012 des études antérieures](#), par exemple, a révélé que la chirurgie de réassignation sexuelle "est un traitement efficace de la [dysphorie de genre] et le seul traitement qui a été évalué de manière empirique avec de grandes séries de cas cliniques." [Une étude sur la "chirurgie du bas"](#), ou chirurgie visant à construire un pénis ou un vagin, a révélé qu'entre 1972 et 2015, "seulement 0,6 % des transwomen et 0,3 % des transmen qui ont subi [ces procédures] ont été identifiés comme éprouvant des regrets."

Ceux d'entre nous qui n'ont jamais souffert de dysphorie de genre peuvent avoir du mal à apprécier ce qui est en jeu. Rebecca Kling, éducatrice au National Center for Transgender Equality, à Washington, m'a raconté qu'avant sa transition, elle avait l'impression de porter en permanence un sac à dos rempli de pierres. "Cela va rendre tout dans ma vie plus difficile, et dans de nombreux cas, cela va rendre les choses impossibles", a-t-elle dit. "Bien sûr, le fait d'être capable d'enlever ce lourd fardeau a ajouté du confort et de la stabilité dans mon sens de moi-même et de mon corps." D'autres personnes transgenres ont offert des descriptions similaires de la dysphorie de genre - un poids, un bourdonnement, une source inévitable de rumination et d'inquiétude. Les hormones et la chirurgie apportent un profond soulagement aux personnes transgenres.

Historiquement, l'accès à cette aide leur a été refusé. Christine Jorgensen, la première Américaine à s'être fait connaître pour sa transition par les hormones et la chirurgie, dans les années 1950, a dû se rendre au Danemark pour se faire soigner. L'historienne transgenre Genny Beemyn note que le médecin de Jorgensen "a reçu plus de 1 100 lettres de personnes transsexuelles, dont beaucoup cherchaient à devenir ses patients", dans les mois qui ont suivi le traitement de Jorgensen. À la suite de ces demandes, "le gouvernement danois a interdit ces procédures pour les non-citoyens". Aux États-Unis, de nombreux médecins ont tout simplement rejeté le nombre rapidement croissant d'individus demandant des chirurgies d'affirmation du genre comme étant des malades mentaux".

Aujourd'hui, la situation s'est améliorée aux États-Unis, mais le manque d'accès aux services de transition reste un problème. La possibilité pour les personnes transgenres de ce pays d'accéder à des traitements tels que les hormones et la chirurgie dépend de divers facteurs, allant de l'endroit où elles vivent à ce que leur assurance maladie couvre (si elles en ont une), en passant par leur capacité à s'y retrouver dans des piles de documents administratifs. Erica Anderson, une femme transgenre et psychologue clinique qui travaille au Child and Adolescent Gender Center de l'hôpital Benioff pour enfants de l'UC San Francisco, n'a pas eu de chance lorsqu'elle a essayé d'obtenir des hormones auprès d'un endocrinologue de Philadelphie il y a tout juste dix ans. "Même moi, avec mon éducation et mes ressources, on

m'a refusé les soins et l'accès", m'a-t-elle dit. L'endocrinologue a simplement dit : "Je ne fais pas ça". J'ai proposé de lui fournir les directives de sa propre Société d'endocrinologie", a déclaré Mme Anderson. "Elle a refusé et n'a même pas voulu me regarder dans les yeux. Aucune référence ou offre d'aide. Elle m'a renvoyé sans rien, avec l'impression d'être un indésirable."

De nombreuses personnes trans ont des histoires comme celle d'Anderson. Pour cette raison, entre autres, les communautés trans peuvent être sceptiques à l'égard de ceux qui se concentrent sur les résultats négatifs de la transition. Elles ont longtemps eu affaire à des "professionnels qui semblent mal à l'aise à l'idée de donner le feu vert aux personnes transgenres pour une transition", m'a dit par courriel Zinnia Jones, une femme transgenre qui dirige le site GenderAnalysis. Ils ont également dû faire face à "des délais inutilement longs pour accéder aux soins, un manque de compréhension ou un scepticisme excessif des cliniciens à l'égard de nos identités, et ainsi de suite".

Des groupes tels que Wpath, la principale organisation de psychologues, psychiatres, endocrinologues, chirurgiens et autres qui travaillent avec des clients TGNC, ont tenté d'inverser cette négligence ces dernières années. Un nombre croissant de cliniques pour adultes suivent des protocoles de "consentement éclairé", fondés sur la philosophie selon laquelle les adultes trans, une fois informés des avantages et des risques potentiels des procédures médicales, ont le droit de prendre leurs propres décisions concernant leur corps et ne devraient pas voir leur besoin de services remis en question par des professionnels de la santé mentale et de la médecine.

Ce changement est considéré par de nombreuses personnes transgenres et défenseurs des droits des personnes transgenres comme une importante correction de trajectoire après des décennies de contrôle - des professionnels distants disant aux personnes transgenres qu'elles ne pouvaient pas recevoir d'hormones ou subir une intervention chirurgicale, parce qu'elles n'étaient pas *vraiment* transgenres, qu'elles ne vivaient pas comme une personne transgenre depuis assez longtemps ou qu'elles étaient trop malades mentalement.

Pour les enfants et les adolescents qui se posent des questions sur leur sexe, le paysage est différent. Le tuteur légal d'un mineur doit presque toujours donner son consentement avant une procédure médicale, qu'il s'agisse d'une amygdalectomie ou d'une chirurgie du haut du corps. Wpath et d'autres organisations qui fournissent des conseils aux jeunes en transition préconisent une évaluation approfondie des patients avant qu'ils ne commencent à prendre des bloqueurs ou des hormones.

Cette prudence découle des préoccupations inhérentes au travail avec les jeunes. Les adolescents changent de manière significative et rapide ; ils peuvent se voir et voir leur place dans le monde différemment à 15 ans qu'à 12 ans. "Vous avez le début de la puberté juste à l'âge où ils développent le concept de pensée abstraite", a déclaré Nate Sharon, le psychiatre du Nouveau-Mexique. "Ils peuvent donc commencer à conceptualiser les notions de genre d'une manière beaucoup plus riche et plus large qu'auparavant - et alors peut-être que les bloqueurs de puberté ou les hormones transsexuelles ne sont pas pour eux." C'était vrai pour Claire : Un changement dans sa compréhension de la nature du genre l'a amenée à réaliser que la transition n'était pas la solution pour elle.

Pour les plus jeunes enfants, l'identité sexuelle est un concept encore plus délicat. Dans une expérience, par exemple, de nombreux enfants de 3 à 5 ans pensaient que si un garçon mettait

une robe, il devenait une fille. Les cliniciens spécialisés dans les questions de genre rencontrent parfois de jeunes enfants qui croient être, ou veulent être, d'un autre genre en raison de leurs préférences vestimentaires ou ludiques - *j'aime les jeux de type "rough-and-tumble", je dois donc être un garçon - mais* qui ne répondent pas aux critères de la dysphorie de genre.

Dans le passé, les thérapeutes et les médecins interprétaient la fluidité de l'identité de genre chez les enfants comme une autorisation à faire entrer les enfants qui changent de sexe dans la "bonne" boîte en les encourageant - ou en les forçant - à jouer avec les "bons" jouets et à s'habiller avec les "bons" vêtements. Jusqu'à il y a environ cinq ans, selon l'estimation d'un clinicien, la transition sociale était souvent mal vue. Pendant des décennies, la transidentité a parfois été tolérée chez les adultes en tant que solution de dernier recours, mais chez les jeunes, elle était plus souvent considérée comme quelque chose qui devait être éliminé plutôt qu'exploré ou accepté. La thérapie dite réparatrice a fait du mal et a humilié les enfants trans et non-conformes au genre. Dans son livre *Gender Born, Gender Made*, Diane Ehrensaft, directrice de la santé mentale au Child and Adolescent Gender Center de l'UC San Francisco, écrit que les victimes de ces pratiques "deviennent apathiques ou agitées, se languissent de leurs jouets et vêtements préférés qui leur ont été retirés, et vont même littéralement se cacher dans des placards pour continuer à jouer avec les jouets interdits ou à porter les vêtements interdits". Une telle thérapie est aujourd'hui considérée comme contraire à l'éthique.

La prise en charge affirmative est beaucoup plus humaine que les anciennes philosophies. Mais elle entre en conflit, au moins un peu, avec ce que nous savons de la fluidité de l'identité sexuelle chez les jeunes.

De nos jours, les cliniciens spécialisés dans le traitement du genre chez les jeunes pratiquent plutôt des soins affirmatifs. Ils écoutent leurs jeunes patients, prennent au sérieux leurs déclarations sur leur genre et contribuent souvent à faciliter la transition sociale et physique. L'affirmation des soins est rapidement devenue un impératif professionnel : Ne remettez pas en question l'identité de vos clients - laissez-les vous dire qui ils sont, et acceptez leur identité d'une manière chaleureuse et encourageante.

L'approche affirmative est beaucoup plus humaine que les approches plus anciennes, mais elle entre en conflit, du moins un peu, avec ce que nous savons de la fluidité de l'identité de genre chez les jeunes. Que signifie être affirmatif tout en reconnaissant que les enfants et les adolescents peuvent avoir une compréhension du genre qui change sur une courte période ? Que signifie être affirmatif tout en reconnaissant que les sentiments de dysphorie de genre peuvent être exacerbés par des problèmes de santé mentale, des traumatismes ou une combinaison des deux ?

Les cliniciens s'interrogent encore sur la manière de définir les soins d'affirmation et sur l'équilibre à trouver entre affirmation et prudence dans le traitement des adolescents. "Je ne veux pas être une gardienne", m'a dit Dianne Berg, codirectrice du National Center for Gender Spectrum Health, à l'Université du Minnesota. "Mais je crains aussi qu'en ouvrant les portes, nous ayons plus d'adolescents qui ne s'engagent pas dans le travail de réflexion nécessaire pour prendre des décisions judicieuses, et il pourrait y avoir plus de gens, quand ils seront plus âgés, qui se diront : *"Oh, hmm-maintenant, je ne suis pas sûr de cela"*".

Quand Max Robinson avait 17 ans, subir une double mastectomie était tout à fait logique pour elle. En fait, elle avait l'impression que c'était sa seule option, comme une procédure

miraculeuse pour lui sauver la vie. Bien qu'elle ait un corps de femme, elle est en réalité un homme. La chirurgie lui offrirait enfin une chance d'être elle-même.

J'ai rencontré Max, qui a maintenant 22 ans, dans un café aéré de la ville tranquille du sud de l'Oregon où elle vit. Elle portait un tee-shirt -avec une chemise en flanelle par-dessus. Sur sa tête, une casquette d'hiver grise ; à ses pieds, un chien d'assistance blanc et hirsute. Au moment où nous nous sommes rencontrés, nous avons parlé au téléphone et échangé un certain nombre d'e-mails, et elle m'avait raconté son histoire - une histoire qui suggère la complexité du développement de l'identité sexuelle.

Max se souvient que dès l'âge de 5 ans, elle n'appréciait pas d'être traitée comme une fille. "J'ai demandé à mes professeurs pourquoi je devais faire un ange au lieu d'un père Noël pour un bricolage de Noël, ou pourquoi la carte d'accès aux toilettes des filles avait des rubans au lieu de ballons de football, alors que je jouais au football et que je connaissais beaucoup d'autres filles dans notre classe qui aimaient le football", a-t-elle déclaré.

Elle a grandi comme un garçon manqué heureux - jusqu'à la puberté. "Les gens s'attendent à ce que vous grandissiez à cet âge-là, explique-t-elle, et les gens commencent à être mal à l'aise si vous ne le faites pas. Pire, "la façon dont les gens me traitaient commençait à être de plus en plus sexualisée". Elle se souvient d'un garçon qui, à l'âge de 12 ans, lui demandait sans cesse de ramasser son crayon pour pouvoir regarder sous sa chemise.

"J'ai commencé à me dissocier beaucoup plus de mon corps quand j'ai commencé à traverser la puberté", dit Max. Son malaise s'est intériorisé : il s'agissait moins d'une frustration liée à la façon dont le monde traitait les femmes que du sentiment que le problème se trouvait dans son propre corps. Elle en est venue à croire qu'être une femme était "quelque chose que je devais contrôler et réparer". Elle a essayé plusieurs façons d'atténuer son malaise - en septième année, elle hésitait entre "s'habiller comme un garçon de 12 ans" et porter des tenues révélatrices et décolletées, tentant ainsi de défier et d'accéder aux exigences que le monde faisait peser sur son corps. Mais rien ne pouvait chasser son sentiment que la féminité n'était pas pour elle. Elle a également eu d'autres mauvaises expériences avec les hommes : À 13 ans, elle a eu des rapports sexuels avec un homme plus âgé qu'elle fréquentait ; à l'époque, cela semblait consensuel, mais elle a depuis réalisé qu'une personne de 13 ans ne peut pas consentir à des rapports sexuels avec une personne de 18 ans. À 14 ans, elle a assisté à l'agression d'une amie par un homme adulte lors d'une soirée pyjama à l'église. À cette époque, on a diagnostiqué chez Max une dépression et un trouble anxieux généralisé.

En troisième, Max a découvert le concept de transsexualité en regardant un épisode du *Tyra Banks Show* dans lequel Buck Angel, une star du porno trans, parlait de sa transition. Cela lui a ouvert un nouveau monde d'exploration en ligne de son identité sexuelle. Elle a peu à peu décidé qu'elle avait besoin d'une transition.

Au début, les parents de Max étaient sceptiques, mais ils ont fini par se raviser et l'ont inscrite à des séances avec un thérapeute spécialisé dans les questions d'identité sexuelle. Elle se souvient que le spécialiste était très ouvert à l'idée de la mettre sur la voie de la transition, bien qu'il ait suggéré que son malaise pouvait également avoir d'autres origines. Max, cependant, était certaine que la transition était la solution. Elle m'a dit qu'elle "refusait de parler d'autre chose que de transition".

Lorsque Max avait 16 ans, son thérapeute lui a recommandé de consulter un endocrinologue qui pourrait l'aider à entamer le processus de transition physique en lui prescrivant des hormones masculines. L'endocrinologue était sceptique, dit Max. "Je pense qu'elle voyait une adolescente lesbienne, pas une trans. À l'époque, cependant, Max a interprété la réticence du médecin comme "de l'ignorance, comme une tentative de me faire du mal". Armée de la recommandation de son thérapeute, Max a obtenu que l'endocrinologue lui prescrive le traitement qu'elle souhaitait.

Max a commencé à prendre de la testostérone. Elle a ressenti quelques effets secondaires - bouffées de chaleur, problèmes de mémoire - mais les hormones ont également apporté un réel soulagement. Son plan avait toujours été de se faire opérer du haut, et les effets prometteurs des hormones l'ont persuadée de poursuivre dans cette voie. À 17 ans, Max, qui souffrait encore de graves problèmes de santé mentale, a été programmé pour une opération.

Comme Max avait l'accord de ses parents, le chirurgien qu'elle a consulté a accepté de l'opérer malgré le fait qu'elle était encore mineure. (Il est de plus en plus courant pour les chirurgiens de pratiquer des chirurgies du haut sur des adolescents de 16 ans seulement s'ils ont l'accord de leurs parents. Les normes médicales sont plus conservatrices lorsqu'il s'agit de chirurgies du bas ; selon Wpath, elles ne devraient être pratiquées que sur des adultes qui vivent dans leur rôle de genre depuis au moins un an). Max a abordé l'opération avec optimisme. "J'étais convaincue que cela résoudrait beaucoup de mes problèmes", dit-elle, "et je n'avais pas encore nommé précisément beaucoup de ces problèmes."

Erreur ! Nom du fichier non spécifié. Max Robinson a pris des hormones transsexuelles à 16 ans et a subi une double mastectomie à 17 ans. Aujourd'hui, elle a 22 ans et s'identifie comme une femme. (Chloé Aftel)

Max était initialement heureuse des résultats de sa transformation physique. Avant l'opération, elle n'était pas en mesure de passer pour un homme. Après l'opération, entre sa poitrine nouvellement masculinisée et la pilosité faciale qu'elle a pu faire pousser grâce aux hormones, elle avait l'impression d'avoir laissé derrière elle le sexe qui lui avait été assigné à la naissance. "J'ai ressenti comme un accomplissement le fait d'être vue de la façon dont je voulais être vue", m'a-t-elle dit.

Mais ce sentiment n'a pas duré. Après son opération, Max a quitté sa Californie natale pour Portland et s'est lancée dans la scène transgenre. Ce n'était pas un foyer heureux. La clarté d'identité qu'elle recherchait - et qu'elle avait ressentie, temporairement, après avoir commencé à prendre des hormones et subi une opération - ne s'est jamais complètement installée. Son malaise n'a pas disparu.

Aujourd'hui, Max s'identifie comme une femme. Elle pense qu'elle a mal interprété son orientation sexuelle, ainsi que les effets de la misogynie et des traumatismes qu'elle a subis dans sa jeunesse, comme étant liés à l'identité sexuelle. En raison de l'hormonothérapie, elle a toujours une pilosité faciale et est souvent prise pour un homme, mais elle a appris à vivre avec cela : "Mon sentiment d'identité ne dépend pas entièrement de la façon dont les autres me voient".

Max fait partie de ce qui semble être un nombre croissant de personnes qui estiment avoir été déçues par les thérapeutes et les médecins auxquels elles ont demandé de l'aide pour leur dysphorie de genre. Bien que leurs histoires individuelles diffèrent, elles ont tendance à

aborder des thèmes similaires. La plupart ont commencé leur transition à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Beaucoup ont pris des hormones pendant de longues périodes, ce qui a entraîné des changements permanents dans leur voix, leur apparence, ou les deux. Certains, comme Max, ont également eu recours à la chirurgie.

De nombreuses personnes en transition estiment qu'au cours du processus menant à leur transition, des cliniciens bien intentionnés n'ont pas exploré leurs problèmes de santé mentale ou leurs traumatismes passés. Bien que le thérapeute de Max ait essayé de travailler sur d'autres problèmes avec elle, Max pense aujourd'hui qu'elle a été encouragée à se précipiter dans la transition physique par des cliniciens opérant dans un cadre qui considérait que c'était la seule façon pour quelqu'un comme elle d'être soulagée. Malgré le fait qu'elle était mineure pendant une grande partie du processus, dit-elle, ses médecins ont plus ou moins fait ce qu'elle leur disait.

"Je suis une vraie femme de 22 ans, avec une cicatrice sur la poitrine, une voix cassée et une ombre de 5 heures, parce que je ne pouvais pas faire face à l'idée de grandir pour devenir une femme", a déclaré Cari Stella, une détransitionnaire.

Au cours des deux dernières années, le mouvement des transitions est devenu plus visible. L'automne dernier, [Max a raconté son histoire à 1843](#), le magazine de la culture et des idées de *The Economist*. Les transfuges qui, auparavant, tenaient des blogs pseudonymes, principalement sur Tumblr, ont commencé à écrire sous leur vrai nom et à s'exprimer devant une caméra dans des vidéos YouTube.

Cari Stella est l'auteur d'[un blog intitulé Guide on Raging Stars](#). Stella, aujourd'hui âgée de 24 ans, a connu une transition sociale à 15 ans, a commencé à prendre des hormones à 17 ans, a subi une double mastectomie à 20 ans et s'est détransitionnée à 22 ans. "Je suis une femme de 22 ans en chair et en os avec une poitrine cicatrisée, une voix cassée et une ombre de 5 heures parce que je ne pouvais pas faire face à l'idée de grandir pour devenir une femme", a-t-elle déclaré dans une vidéo postée en août 2016. "Je n'étais pas une adolescente très stable émotionnellement", m'a-t-elle dit lors de notre entretien. La transition a offert un "niveau de contrôle sur la façon dont j'étais perçue".

Carey Callahan est une femme de 36 ans vivant dans l'Ohio qui s'est détransitionnée après s'être identifiée comme trans pendant quatre ans et avoir passé neuf mois sous hormones masculines. Elle a auparavant blogué sous le pseudonyme de Maria Catt, mais a fait son "coming out" dans une vidéo YouTube en juillet 2016. Elle sert aujourd'hui de grande sœur à un réseau de transsexuels féminins, pour la plupart plus jeunes, dont elle a rencontré environ 70 personnes en personne ; elle m'a dit avoir correspondu en ligne avec 300 autres. (Les transsexuels qui se sont exprimés jusqu'à présent sont pour la plupart des personnes auxquelles on a assigné une fille à la naissance. Traditionnellement, la plupart des nouveaux arrivants dans les cliniques d'orientation sexuelle pour jeunes étaient assignés à un sexe masculin ; aujourd'hui, de nombreuses cliniques signalent que les nouveaux patients sont principalement assignés à un sexe féminin. Il n'y a pas d'explication consensuelle à ce changement).

J'ai rencontré Carey à Columbus en mars. Elle m'a dit que sa décision de se détransitionner était née de son expérience de travail dans une clinique trans à San Francisco en 2014 et 2015. "Les gens m'avaient souvent dit que lorsque vous êtes en transition, votre dysphorie de genre s'aggrave avant de s'améliorer", m'a-t-elle dit. "Mais j'ai vu et connu tellement de personnes

qui se coupaient, s'affamaient, ne sortaient jamais de leur appartement. Cela m'a fait douter du récit selon lequel si vous vous rendez jusqu'à la transition médicale, alors cela va probablement bien se passer pour vous."

Erreur ! Nom du fichier non spécifié. Carey Callahan est en quelque sorte la grande sœur d'un groupe de femmes qui, comme elle, ont transité. (Matt Eich)

Carey dit avoir rencontré des personnes qui semblaient être aux prises avec de graves traumatismes et des maladies mentales, mais qui étaient fixées sur leur prochaine étape de transition, convaincues que *c'était le moment où* elles iraient mieux. "J'ai connu beaucoup de personnes engagées dans ce récit qui ne semblaient pas aller bien", se souvient-elle. Le séjour de Carey à la clinique lui a fait réaliser que la testostérone ne *lui avait pas permis de se sentir* mieux de façon durable non plus. Elle s'est retirée de la circulation, a déménagé dans l'Ohio et réclame aujourd'hui une approche plus prudente du traitement de la dysphorie de genre que ce que beaucoup de personnes qui se sont retirées de la circulation disent avoir vécu elles-mêmes.

Cela signifierait en partie que les cliniciens adhèrent à des directives telles que les *normes de soins* de Wpath, qui ne sont pas contraignantes. "Quand je regarde ce que les *SOC* décrivent, et que je regarde ensuite ma propre expérience et celle de mes amies qui ont eu recours aux hormones et à la chirurgie, il n'y a pratiquement aucun chevauchement entre les directives des *SOC* et la réalité des soins que les patients reçoivent", m'a dit Carey. "Nous n'avons pas discuté de toutes les implications de l'intervention médicale - psychologiques, sociales, physiques, sexuelles, professionnelles, financières et juridiques - dont le *SOC* demande au professionnel de la santé mentale de discuter. Ce que le *SOC* décrit et les soins que les gens reçoivent avant d'être autorisés à prendre des hormones et à subir des interventions chirurgicales sont très éloignés."

Les transsexuels suscitent, à juste titre, la méfiance de la communauté trans. Imaginez que vous êtes une personne transgenre qui a enduré un combat épuisant pour prouver à votre psychiatre et à votre endocrinologue que vous êtes transgenre, afin d'avoir accès à des hormones qui améliorent grandement votre qualité de vie, qui soulagent votre souffrance. Vous pourriez considérer avec scepticisme - à tout le moins - un groupe qui demande plus de contrôle. Les médias conservateurs, pour leur part, s'emparent souvent des récits de transitions pour faire passer l'idée qu'être trans est une sorte d'invention libérale. Le site Web conservateur LifeSiteNews a présenté l'histoire de Carey sous un jour fallacieux : "Comment Carey a été libéré du transgendérisme".

Vidéo : Inverser une transition de genre

Personne ne sait à quel point la détransition est courante. Une statistique fréquemment citée, selon laquelle seuls 2,2 % des personnes qui changent physiquement de sexe le regrettent par la suite, ne donne pas une image complète de la situation. Elle provient d'[une étude](#) menée en Suède, qui n'a porté que sur les personnes ayant subi une chirurgie de changement de sexe et ayant légalement changé de genre, puis ayant demandé à changer de nouveau de genre - une norme qui, comme l'a souligné Carey, l'aurait exclue, elle et la plupart des personnes en transition qu'elle connaît.

Il va de soi que si *une* procédure médicale devient plus facilement accessible, un plus grand nombre de personnes regretteront de l'avoir subie. Pourquoi se concentrer sur les transsexuels,

alors que personne ne sait si leurs expériences sont si courantes que cela ? L'une des réponses est que les cliniciens qui ont passé des milliers d'heures à travailler avec des jeunes transgenres et non-conformes au genre soulèvent les mêmes préoccupations.

Lorsqu'il s'agit d'aider les jeunes TGNC à avoir accès à des interventions physiques, peu de cliniciens américains ont la réputation de la psychologue Laura Edwards-Leeper. Il y a dix ans, alors qu'elle travaillait à l'hôpital pour enfants de Boston, elle a visité la clinique néerlandaise pour apprendre le protocole de blocage de la puberté mis au point là-bas. Elle a aidé à ramener ce protocole à Boston, où elle a travaillé avec le tout premier groupe d'enfants américains à suivre ce processus.

Aujourd'hui, Mme Edwards-Leeper supervise une collaboration entre l'université du Pacifique et la clinique transgenre de l'Oregon, au sein du système de santé à but non lucratif Legacy Health. À l'université du Pacifique, elle forme des étudiants en doctorat de psychologie clinique à la réalisation d'évaluations de l'état de préparation des jeunes qui recherchent des services de transition physique.

En février, j'ai visité l'un de ses cours à Pacific, juste à côté de Portland. Pendant une heure, elle m'a laissé bombarder ses étudiants de questions sur leurs expériences en tant que cliniciens en formation dans ce qui est essentiellement un tout nouveau domaine. Lorsque le sujet des transitions a été abordé, Mme Edwards-Leeper est intervenue. "Je le prédis depuis, je ne sais pas, les cinq dernières années ou plus", a-t-elle déclaré. "Je m'attends à ce qu'il y en ait de plus en plus, parce qu'il y a tellement de jeunes qui reçoivent maintenant des services avec une évaluation de santé mentale très limitée et parfois même sans évaluation de santé mentale. C'est inévitable, je pense."

Erreur ! Nom du fichier non spécifié. Laura Edwards-Leeper, clinicienne à l'Université du Pacifique et à la clinique transgenre de l'Oregon. Elle a introduit aux États-Unis le protocole de transition avec blocage de la puberté mis au point par les Hollandais. (Matt Eich)

Mme Edwards-Leeper estime que des évaluations complètes sont essentielles pour obtenir de bons résultats pour les jeunes TGNC, en particulier ceux qui demandent des interventions physiques, en partie parce que certains enfants qui pensent être trans à un moment donné ne le penseront plus par la suite. Il s'agit d'un sujet controversé dans certains milieux de la communauté trans. Un petit groupe d'études a été interprété comme montrant que la majorité des enfants qui souffrent de dysphorie de genre finissent par ne plus en souffrir et par s'identifier comme des adultes cisgenres. (Dans ces études, les enfants qui souffrent d'une dysphorie intense pendant une période prolongée, notamment à l'adolescence, sont plus susceptibles de s'identifier comme trans à long terme).

Cette recherche dite de désistance a été attaquée pour diverses raisons méthodologiques. Les critiques les plus crédibles sont centrées sur l'affirmation selon laquelle certains enfants qui étaient simplement *non conformes au genre* - c'est-à-dire qui préféraient les activités ou les styles vestimentaires stéréotypés de sexe opposé - mais qui n'étaient pas *dysphoriques* ont pu être comptés comme des désistants parce que les études reposaient sur des critères de diagnostic obsolètes, ce qui a fait augmenter artificiellement le pourcentage. (Les termes *detransition* et *désistement* sont utilisés de différentes manières par différentes personnes. Dans cet article, je fais cette distinction : Les détransitionneurs sont des personnes qui subissent des transitions sociales ou physiques et les inversent par la suite ; les désistants sont

des personnes qui cessent de ressentir la dysphorie de genre sans avoir effectué une transition sociale ou physique complète).

Le taux de désistance des enfants dysphoriques diagnostiqués avec précision est probablement plus faible que ne le suggèrent certaines des études contestées ; un petit nombre d'enfants simplement non conformes au genre peuvent en effet avoir été intégrés à tort dans certaines des études les plus récentes, qui n'utilisaient pas les critères les plus récents du *DSM-5*. Et il y a toujours une pénurie de grandes études rigoureuses qui pourraient fournir un chiffre plus fiable.

Dans un sous-ensemble de défenseurs des droits des trans, cependant, la désistance n'est pas considérée comme un phénomène qu'il nous reste à comprendre et à quantifier pleinement, mais plutôt comme un mythe à détruire. Ceux qui soulèvent le sujet de la désistance sont souvent soupçonnés d'avoir des motivations néfastes - le média libéral ThinkProgress, par exemple, a qualifié la recherche sur la désistance de " science de pacotille pernicieuse qui traque les enfants trans ", et un sous-genre d'articles et de billets de blog tente de déboulonner le " mythe de la désistance ". Mais les preuves que la désistance existe sont accablantes. L'[American Psychological Association](#), la [Substance Abuse and Mental Health Services Administration](#), l'[Endocrine Society](#) et Wpath reconnaissent tous que la désistance existe. Je n'ai pas parlé avec un seul clinicien qui pense le contraire. "Je l'ai vu cliniquement se produire", a déclaré Nate Sharon. "Ce n'est pas un mythe."

Malgré cet accord général, Mme Edwards-Leeper craint que les pratiques de traitement ne tendent vers une interprétation de l'affirmation des soins qui implique d'acquiescer aux enfants et aux adolescents qui disent vouloir des interventions physiques plutôt que d'évaluer s'ils sont susceptibles d'en bénéficier.

Il y a dix ans, c'était le contraire. "Je devais constamment justifier pourquoi nous devons proposer des médicaments bloquant la puberté, pourquoi nous devons aider ces jeunes transgenres à obtenir les services dont ils avaient besoin", se souvient Mme Edwards-Leeper. "Les gens pensaient que c'était de la folie et que les évaluations de quatre heures que je faisais l'étaient aussi - comment cela pouvait-il suffire pour décider d'aller de l'avant avec l'intervention médicale ? C'était en 2007. Aujourd'hui, les questions que l'on me pose sont les suivantes : "Pourquoi faites-vous passer les gens par une évaluation ? Et "Pourquoi la santé mentale doit-elle être impliquée dans tout ça ?". Et "Nous devrions simplement écouter ce que les enfants disent et écouter ce que les adolescents disent et, en gros, les traiter comme des adultes'."

Les six stagiaires de l'équipe d'évaluation des jeunes transgenres d'Edwards-Leeper ont évoqué les multiples façons dont les problèmes de santé mentale et les influences sociales et culturelles peuvent compliquer la conception du genre chez un enfant. Je dirais que "affirmer" n'est pas toujours faire exactement ce que l'enfant dit vouloir sur le moment", a déclaré l'un d'eux. Un autre a ajouté : "Notre rôle en tant que cliniciens n'est pas de confirmer ou d'infirmier l'identité sexuelle d'une personne, mais de l'aider à l'explorer avec un peu plus de nuances." J'ai demandé aux étudiants s'ils avaient rencontré l'idée que la réalisation d'évaluations approfondies était insultante ou stigmatisante. Ils ont tous acquiescé. "Eh bien, ils savent quelle réputation j'ai", a déclaré Edwards-Leeper en riant. "Je leur ai parlé de choses qui ont failli m'être lancées lors de conférences".

"Je pense que le pendule est allé si loin que nous n'examinons peut-être plus les problèmes de manière aussi critique que nous le devrions", déclare la psychologue Dianne Berg.

Ces problèmes de conférence ont signalé à Mme Edwards-Leeper que son domaine avait évolué dans un sens qu'elle trouvait déconcertant. Lors d'une conférence il y a quelques années, se souvient-elle, un co-panéliste, qui était un clinicien très respecté dans son domaine, a déclaré que les évaluations complètes d'Edwards-Leeper exigeaient que les enfants "sautent à travers des cerceaux plus ardents" et étaient "retraumatisantes". Cette déclaration a suscité une ovation de la part du public, composé essentiellement de familles de jeunes TGNC. Au cours d'un autre débat, à la même conférence, avec le même clinicien, mais cette fois-ci destiné à des collègues cliniciens, la même chose s'est produite : plus d'affirmations selon lesquelles les évaluations étaient traumatisantes, plus d'applaudissements.

Mme Edwards-Leeper n'est pas la seule à s'inquiéter du fait que le secteur s'écarte de ses propres bonnes pratiques. "Sous la motivation de soutenir, d'affirmer et de ne pas stigmatiser, je pense que le pendule est allé si loin que maintenant nous ne regardons peut-être pas les problèmes d'un œil aussi critique que nous devrions le faire", m'a dit Dianne Berg, du National Center for Gender Spectrum Health. Erica Anderson, clinicienne de l'UCSF, a exprimé des préoccupations similaires : "Certaines des histoires que nous avons entendues au sujet de la détransition, je le crains, sont liées à des personnes qui se sont lancées à la hâte dans des interventions médicales et ont décidé qu'elles n'étaient pas pour elles, et n'ont pas examiné en profondeur leur décision, soit par elles-mêmes, soit avec des professionnels qui pouvaient les aider."

Même certains des cliniciens qui ont insisté sur la nécessité de faire preuve de déférence envers les jeunes reconnaissent la complexité de la situation. Psychologue ayant des dizaines d'années d'expérience dans le travail avec les jeunes transgenres, Diane Ehrensaft est peut-être la clinicienne la plus fréquemment citée dans le pays. Elle défend sans relâche la cause des enfants trans. "Ce sont les enfants qui nous dirigent maintenant", [a-t-elle récemment déclaré au Washington Post](#). Elle y voit une évolution positive : "Si vous écoutez les enfants, vous découvrirez leur genre", a-t-elle [écrit dans un article](#). "Ce n'est pas à nous de le dire, mais à eux de le dire".

Mais lorsque j'ai parlé avec Ehrensaft à son domicile d'Oakland, elle a décrit de nombreuses situations impliquant des interventions physiques dans lesquelles son travail était bien plus compliqué que la simple confirmation de l'auto-diagnostic d'un client. "C'est ce que je dis tout le temps aux enfants, en particulier aux adolescents", a-t-elle dit. "Souvent, ils poussent pour aller vite. Je leur dis : "Écoute, je suis vieux, tu es jeune. Je vais lentement, tu vas vite. Il va falloir qu'on s'arrange pour ça." Parfois, dit-elle, elle soupçonne qu'un enfant qui veut des hormones *tout de suite* ne fait que réciter quelque chose qu'il a trouvé sur Internet. "Ça fait bois, c'est la seule chose que je puisse dire", m'a-t-elle dit.

À la fin de notre entretien, Ehrensaft m'a montré une diapositive d'une conférence qu'elle préparait sur ce que signifie être un clinicien affirmatif : "RÉALITÉ : NOUS NE SOMMES NI DES TAMPONNEURS NI DES POUSSEURS ; NOUS SOMMES DES FACILITATEURS." Cette définition n'est pas si éloignée de celle du rôle du clinicien exprimée par les étudiants d'Edwards-Leeper.

Les cliniciens compétents remettent parfois en question la conception que leurs clients ont de leur identité de genre afin de s'assurer qu'ils abordent le sujet de manière suffisamment

sophistiquée. Ils veulent s'assurer qu'un patient donné souffre de dysphorie de genre, telle que définie dans le *DSM5*, et que son identité de genre actuelle est une partie cohérente de son identité. Si un adolescent constate que sa dysphorie s'atténue considérablement lorsqu'il se présente de manière plus féminine ou lorsque ses problèmes de santé mentale superposés ont été traités, il peut adopter un point de vue différent sur la nécessité des hormones ou de la chirurgie.

Cela ne veut pas dire que la thérapie par la parole peut guérir une dysphorie de genre grave. Mme Edwards-Leeper a travaillé à l'introduction du protocole néerlandais de bloqueurs et d'hormones aux États-Unis, précisément parce qu'elle croit qu'il atténue la dysphorie dans des cas où, autrement, la souffrance serait prolongée. Mais les cliniciens comme elle veillent également, compte tenu des bouleversements de l'adolescence et de la conception fluide de l'identité de genre chez les jeunes, à ne pas supposer que parce qu'un jeune souffre de dysphorie de genre, il doit automatiquement prendre des hormones.

Mme Edwards-Leeper espère promouvoir un concept d'affirmation des soins qui tienne compte des nuances de développement qui apparaissent si souvent dans son travail clinique. Dans cet effort, elle est rejointe par Scott Leibowitz, un psychiatre qui traite les enfants et les adolescents. Il est le directeur médical de la santé comportementale pour le programme Thrive de l'hôpital pour enfants Nationwide, à Columbus. Leibowitz a une longue histoire de travail avec et de soutien aux jeunes TGNC - il a servi de témoin expert pour le ministère de la Justice en 2016, lorsque l'administration du président Barack Obama a contesté les "projets de loi sur les salles de bain" au niveau des États qui visaient à empêcher les personnes trans d'utiliser les toilettes publiques associées à leur identité de genre. Edwards-Leeper et Leibowitz se sont rencontrés à l'hôpital pour enfants de Boston, où Leibowitz a fait son stage de psychiatrie, et les deux sont des amis proches et des collaborateurs depuis lors.

S'il est compréhensible, pour des raisons historiques, que certaines personnes associent les évaluations psychologiques complètes au refus d'accès aux soins, ce n'est pas ainsi que Leibowitz et Edwards-Leeper conçoivent leur approche. Oui, ils veulent discerner si un patient souffre réellement de dysphorie de genre. Mais les évaluations complètes et le travail continu en matière de santé mentale sont également des moyens de s'assurer que la transition - qui peut être un processus physiquement et émotionnellement éprouvant pour les adolescents, même dans les meilleures circonstances - se déroule sans heurts.

Scott Padberg, l'un des patients de Mme Edwards-Leeper, est un bon exemple de la façon dont son processus d'évaluation complète s'applique à des adolescents présentant des antécédents relativement simples de dysphorie de genre persistante et une absence d'autres facteurs susceptibles de compliquer leur diagnostic et leur parcours de transition. J'ai rencontré Scott et sa grand-mère et tutrice légale, Nancy, dans un lieu d'accueil à Welches, dans l'Oregon, non loin de leur lieu de résidence. C'était une douce journée de février, nous nous sommes donc assis dans l'une des cabines en pin à l'extérieur du restaurant. L'énorme pic enneigé du Mont Hood se profilait à proximité.

Scott, un adolescent de 16 ans qui respire le calme, a expliqué que, bien qu'on lui ait assigné une fille à la naissance, il ne s'est tout simplement jamais senti comme une fille. "Je suppose que je me sentais différent car j'étais conscient d'être en vie", dit-il. Pendant une partie de son enfance, tout le monde autour de lui était d'accord. On lui a accordé toute la liberté dont il avait besoin pour s'exprimer de manière non conforme au genre, qu'il s'agisse de se faire couper les cheveux courts ou de jouer avec des jouets stéréotypés pour hommes comme les

dinosaures et les Transformers. Mais cette liberté n'a pas duré. Lorsqu'il avait 7 ans, sa mère a épousé un "super chrétien" qui a essayé de lui imposer la féminité. "C'est vraiment dégradant", dit Scott, d'être obligé de porter une robe quand on est un garçon trans. (La mère de Scott a divorcé de son mari dévot deux ans plus tard, et Nancy a fini par obtenir la garde de Scott).

La puberté a apporté de plus gros problèmes. Scott a commencé à développer des seins et a eu ses règles. "Tout était pourri, en gros", dit-il. "J'étais assez malheureux avec ça". En 2015, lorsque Scott avait 13 ans, Nancy l'a emmené à un rendez-vous d'évaluation avec Edwards-Leeper. "Elle m'a demandé comment je me sentais quand j'étais plus jeune - étais-je à l'aise avec mon corps ? Qu'est-ce que j'avais tendance à aimer ou à m'intéresser ?", se souvient Scott. Il a dit que la mise sous testostérone a pris beaucoup de temps. (Il a pris des inhibiteurs de la puberté pendant environ un an.) Mais il a dit comprendre que M. Edwards-Leeper voulait s'assurer qu'il avait réfléchi à toute une série de questions, allant de ce qu'il ressentirait s'il ne pouvait pas avoir d'enfants biologiques à la question de savoir s'il était à l'aise avec certains effets hormonaux, comme une voix plus grave. Scott a dit à Edwards-Leeper qu'il était assez certain de ce qu'il voulait.

Scott m'a dit que dans l'ensemble, être sur la testostérone a fait se sentir mieux, mais aussi un peu plus dans "adrénaline-junkie trucs" qu'avant. (Il y a eu un incident récent où Scott a fait un tour avec la voiture de Nancy alors qu'il n'avait pas encore son permis d'apprenti). Lorsque je l'ai interrogé sur la chirurgie du haut de la tête, qu'il espérait subir au début du printemps, il est devenu aussi animé que je l'ai vu pendant notre déjeuner. "Oh, ça va être tellement libérateur", a-t-il dit. "Je pourrai me changer dans les vestiaires !" En avril, j'ai pris des nouvelles de Nancy, et elle m'a dit dans un courriel que l'opération s'était bien passée : "Il est TELLEMENT heureux de ne plus avoir à porter de cartable !"

Le processus d'évaluation de Scott était principalement axé sur les questions de base qu'Edwards-Leeper et Leibowitz sont convaincus qu'il faut poser à tout jeune qui envisage de prendre des hormones. Mais son cas était relativement clair : Il souffrait d'une dysphorie de genre inébranlable depuis sa petite enfance, n'avait pas de problèmes de santé mentale graves et avait une famille qui le soutenait généralement. Pour d'autres jeunes dysphoriques de genre, les problèmes de santé mentale et la dynamique familiale peuvent compliquer le processus de transition, mais ils ne sont en aucun cas, à eux seuls, une indication qu'une personne ne devrait pas effectuer de transition.

J'ai rencontré Orion Foss dans un café végétarien du quartier de Dennison Place à Columbus. Orion est un jeune homme expressif de 18 ans aux grands yeux qui est à la place de Scott Padberg dans quelques années. La trajectoire d'Orion en matière de genre est cependant un peu différente. À l'adolescence, il s'est identifié comme une lesbienne et s'est impliqué dans la scène LGBTQ locale. Il dit qu'en 2014, alors qu'il avait 14 ans et que les récits trans commençaient à apparaître plus fréquemment sur les médias sociaux, il a réalisé qu'il était trans. Il souffrait également d'une dépression et d'une anxiété sévères à l'époque, ce qui avait conduit à des problèmes d'automutilation, ainsi qu'à ce qui aurait pu être un trouble alimentaire non diagnostiqué. Orion pensait que le poids supplémentaire allait directement vers ses hanches et sa poitrine, accentuant ses traits féminins. À un moment donné, il est descendu à 30 kg.

Environ un an après avoir réalisé qu'il était transgenre, il en a parlé à sa mère, une gynécologue-obstétricienne, qui l'a emmené au programme Thrive de Nationwide, qui venait

d'ouvrir. (Leibowitz n'y travaillait pas encore.) Orion a rencontré deux cliniciens pour une évaluation de huit heures. Il m'a dit qu'il était "vraiment intimidé", mais que si "vous voulez faire quelque chose de permanent à votre corps, vous devez être absolument certain qu'il n'y a pas d'autre moyen de le faire".

À l'époque, Orion était d'abord contrarié par le fait que, parce qu'il était mineur, Thrive ne pouvait pas le mettre sous hormones sans le consentement des deux parents (son père avait signé, mais pas sa mère). Il s'est mis à sangloter lorsqu'il l'a appris. Mais l'équipe de Thrive lui a clairement fait comprendre qu'elle allait l'aider à arriver là où il voulait être. Entre-temps, une thérapeute de Thrive, Lourdes Hill, a travaillé avec Orion pour traiter son anxiété et sa dépression.

Avec le recul, Orion voit la valeur de ce processus. "Si j'avais été mise sous hormonothérapie alors que je n'avais pas encore défini mon identité, mon identité et mes émotions, ça aurait été de la folie. Parce que lorsque j'ai commencé l'hormonothérapie, les hormones bouleversent l'humeur et il n'est pas vraiment sûr d'injecter des hormones à quelqu'un qui n'est pas stable." Il a fini par voir Hill pour des rendez-vous hebdomadaires, parlant non seulement de son identité de genre et de ses problèmes de santé mentale, mais aussi d'une foule d'autres sujets. "Elle a passé en revue tous les problèmes qu'elle a pu aborder avec moi", dit-il. "Je suis content qu'elle m'ait fait attendre. Et je suis heureux que la structure ait été là pour que je ne puisse pas me jeter dans quelque chose qui m'aurait probablement rendu encore plus mal en point."

Finalement, sa mère, qui était "très hésitante" et refusait de signer les papiers pour qu'il commence à prendre des hormones, s'est ravisée. L'équipe d'intervention l'a aidée à accepter le fait que l'enfant qu'elle avait toujours considéré comme sa fille allait devenir son fils. "Lourdes a été la force motrice de ce processus", m'a dit Orion dans un courriel de suivi. "Elle a passé beaucoup de temps avec moi et ma mère en thérapie".

Lorsqu'il a enfin pu commencer les traitements hormonaux, Orion a dit qu'il a "immédiatement senti ce poids enlevé de mes épaules." Son dosage a été progressivement augmenté, puis, en mai 2017, il a subi une double mastectomie. La transition d'Orion a clairement eu un effet profondément bénéfique. Elle a changé la façon dont il se porte dans le monde. Avant, "je m'asseyais comme ça" - il s'est affaissé - "et je cachais tous les aspects féminins possibles de ma personne." Maintenant, dit-il, il peut s'asseoir droit. Il se sent lui-même.

Certains parents ont du mal à relever les défis que représente l'éducation d'un enfant TGNC, et ils peuvent rendre encore plus compliquée la tâche des cliniciens spécialisés dans les questions de genre. Beaucoup, comme la mère d'Orion Foss, ont du mal à accepter l'idée que leur enfant soit en transition. Elle, au moins, a fini par s'y faire. Dans d'autres cas, non seulement les parents refusent d'aider leur enfant à recevoir un traitement, mais ils le maltraitent physiquement ou le mettent à la porte (il est difficile d'obtenir des chiffres fiables concernant spécifiquement les jeunes trans, mais les jeunes LGBTQ sont 120 % plus susceptibles que leurs homologues hétérosexuels ou cisgenres de connaître une période d'itinérance, selon [une étude de Chapin Hall](#), un centre de recherche de l'université de Chicago).

Mais les parents à l'esprit progressiste peuvent parfois être un problème pour leurs enfants également. Plusieurs des cliniciens avec lesquels j'ai parlé, dont Nate Sharon, Laura Edwards-

Leeper et Scott Leibowitz, ont raconté que de nouveaux patients arrivaient dans leurs cliniques, leurs parents ayant déjà élaboré des plans détaillés pour leur transition. "Il m'est arrivé que des parents fassent pression sur moi pour que je recommande à leurs enfants de commencer à prendre des hormones", a déclaré Nate Sharon.

Dans ces cas, l'enfant peut être en train de naviguer de façon compétente dans une période liminale d'exploration du genre ; ce sont les parents qui ont du mal à savoir si leur enfant est un garçon ou une fille. Comme le dit Sharon : Tout se passe bien, mais maman me dit : "Mon enfant transgenre va se suicider dès qu'il commencera à être pubère, et nous devons commencer les hormones maintenant". Je lui réponds : "En fait, votre enfant va très bien pour l'instant. Et on veut lui laisser le choix, pour qu'il puisse décider de ça. Ne gravez pas ça dans le marbre pour cet enfant, vous savez ?"

Le suicide est le sombre fil conducteur de nombreuses discussions entre parents de jeunes TGNC. Le suicide et les idées suicidaires sont tragiquement courants dans la communauté transgenre. Une analyse [menée par la Fondation américaine pour la prévention du suicide et l'Institut Williams](#), publiée en 2014, a révélé que 41 pour cent des répondants transgenres avaient tenté de se suicider ; 4,6 pour cent de l'ensemble de la population américaine déclare avoir tenté de se suicider au moins une fois. Bien que les auteurs notent que, pour des raisons méthodologiques, 41 % est probablement une surestimation, cela indique tout de même un chiffre effroyablement élevé, et d'autres recherches ont constamment montré que les personnes trans ont des taux élevés d'idées suicidaires et de suicide par rapport aux personnes cisgenres.

Mais l'existence d'un taux de suicide élevé chez les personnes transgenres - une population confrontée à de nombreux cas de sans-abrisme, d'agressions sexuelles et de discrimination - ne signifie pas qu'il est courant que des jeunes deviennent suicidaires s'ils n'ont pas accès immédiatement à des bloqueurs de puberté ou à des hormones. Dans certaines situations, les parents et les cliniciens doivent prendre assez rapidement des décisions délicates. Lorsque des enfants gravement dysphoriques approchent de la puberté, par exemple, les bloqueurs peuvent être un outil crucial pour gagner du temps, et il y a parfois une véritable ruée pour y avoir accès, en particulier au vu des listes d'attente dans de nombreuses cliniques spécialisées dans le genre. Mais les cliniciens que j'ai interrogés ont dit qu'ils rencontraient rarement des situations dans lesquelles l'accès immédiat aux hormones est la différence entre le suicide et la survie. Leibowitz a fait remarquer qu'une relation avec un thérapeute attentionné peut elle-même constituer un important moyen de prévention des idées suicidaires pour les jeunes TGNC : "Souvent, pour la première fois, le fait qu'un professionnel de la médecine ou de la santé mentale leur dise qu'il va les prendre au sérieux, les écouter vraiment et entendre leur histoire les aide à se sentir mieux qu'ils ne l'ont jamais été."

Les conversations que les parents ont en ligne au sujet des enfants dysphoriques de genre ne sont cependant pas toujours aussi nuancées. Dans nombre de ces conversations, les parents qui disent avoir des questions sur le rythme de la transition de leur enfant, ou sur le caractère permanent de la dysphorie de genre, se voient répondre qu'ils jouent avec la vie de leur enfant. "Préférez-vous avoir une fille vivante ou un fils mort ?" est une réponse courante à ces questions. "Ce type d'argument prend un parent déjà craintif et le rend encore plus craintif, ce qui n'est guère le type d'état d'esprit dans lequel on voudrait qu'un parent soit au moment de prendre une décision complexe pour la vie de son adolescent", a déclaré M. Leibowitz.

Lorsque les parents discutent des raisons pour lesquelles ils remettent en question le désir de transition de leurs enfants, que ce soit sur des forums en ligne ou en réponse aux questions d'un journaliste, beaucoup mentionnent la "contagion sociale". Ces parents craignent que leurs enfants soient influencés par l'exploration de l'identité de genre qu'ils voient en ligne et peut-être à l'école ou dans d'autres contextes sociaux, plutôt que d'éprouver une dysphorie de genre.

Dans certains cas, un enfant peut être capable de naviguer dans une période liminale d'exploration du genre ; ce sont les parents qui ont du mal à savoir si leur enfant est un garçon ou une fille.

De nombreux défenseurs des transgenres trouvent l'idée de contagion sociale idiote, voire choquante, étant donné les brimades, la violence et les autres abus auxquels cette population est confrontée. Ils soulignent également que certains parents pourraient tout simplement ne pas *vouloir* d'un enfant trans - encore une fois, le scepticisme ou le rejet des parents est une expérience douloureusement courante pour les jeunes trans. Michelle Forcier, pédiatre spécialisée dans les questions de genre chez les jeunes à Rhode Island, a déclaré que les adolescents transgenres avec lesquels elle travaille lui disent souvent des choses comme *Personne ne me prend au sérieux - mes parents pensent que c'est une phase ou une mode*.

Mais certaines preuves anecdotiques suggèrent que les forces sociales *peuvent jouer un rôle* dans le questionnement sur le genre d'un jeune. "Je vois cela de plus en plus fréquemment", écrit Laura Edwards-Leeper dans un courriel. Ses jeunes clients parlent ouvertement de l'influence de leurs pairs, en disant des choses comme *Oh, Steve est vraiment trans, mais Rachel le fait juste pour attirer l'attention*. Scott Padberg a fait exactement cela lorsque nous nous sommes rencontrés pour le déjeuner : Il a dit qu'il y a des enfants dans son école qui prétendent être trans mais qui, selon lui, ne le sont pas. "Ils l'affichent tous, du genre : "Je suis trans, je suis trans, je suis trans", a-t-il dit. "Ils l'affichent sur les médias sociaux".

J'ai entendu une histoire similaire de la part d'une jeune fille de 16 ans, excentrique et passionnée de théâtre, qui portait le surnom de Delta lorsque nous avons discuté. Elle vit près de Portland, dans l'Oregon, avec sa mère et son père. Une vague d'expérimentation de l'identité de genre a frappé son cercle social en 2013. Tout à coup, il semblait que plus personne n'était cisgenre. Delta, qui avait 13 ans et faisait l'école à la maison, a rapidement annoncé à ses parents qu'elle était genderqueer, puis nonbinaire, et enfin trans. Puis elle leur a dit qu'elle voulait prendre de la testostérone. Ses parents étaient sceptiques, à la fois à cause de l'influence sociale qu'ils voyaient au travail et parce que Delta souffrait d'anxiété et de dépression, ce qui, selon eux, pouvait contribuer à sa détresse. Mais lorsque sa mère, Jenny, a cherché à s'informer, elle s'est retrouvée dans des groupes de parents en ligne où on lui a dit que si elle traînait les pieds au sujet de la transition de Delta, elle mettait potentiellement sa fille en danger. "La moindre question vous mettait le marteau sur la tête", m'a-t-elle dit.

Les parents de Delta l'ont emmenée voir Edwards-Leeper. La psychologue ne l'a pas interrogée sur le fait qu'elle était transgenre et ne lui a pas interdit de prendre des hormones. Elle a plutôt posé à Delta une foule de questions détaillées sur sa vie, sa santé mentale et sa famille. Mme Edwards-Leeper lui a conseillé d'attendre d'être un peu plus âgée pour prendre des mesures en vue d'une transition physique - comme Delta s'en souvient, elle a dit quelque chose comme "Je reconnais que tu te sens d'une certaine façon, mais je pense que nous devrions d'abord travailler sur d'autres choses, et si tu te sens toujours comme ça plus tard dans ta vie, alors je t'aiderai à le faire".

Par "autres choses", on entendait surtout ses problèmes d'anxiété et de dépression. Mme Edwards-Leeper a expliqué à Jenny et à Delta que, même si Delta répondait au seuil clinique de la dysphorie de genre, une approche délibérée était la plus logique compte tenu de ses problèmes de santé mentale.

"À l'époque, je n'étais pas contente qu'elle me dise que je devais d'abord m'occuper de mes problèmes mentaux, mais je suis contente qu'elle l'ait dit, parce que trop de gens sont tellement enthousiastes qu'ils se disent : "Tu es trans, vas-y", même s'ils ne le sont pas, et ils finissent par faire des erreurs qu'ils ne peuvent plus refaire." La dysphorie de genre de Delta s'est ensuite dissipée, bien que l'on ne sache pas exactement pourquoi. Elle a commencé à prendre des antidépresseurs en décembre, qui semblent fonctionner. J'ai demandé à Delta si elle pensait que ses problèmes de santé mentale et son questionnement identitaire étaient liés. "Ils l'étaient sans aucun doute", a-t-elle répondu. "Parce qu'une fois que j'ai commencé à travailler sur les choses, je suis allée mieux et je ne voulais rien avoir à faire avec les étiquettes de genre - j'étais bien d'être simplement moi et de ne pas être une chose spécifique."

Il est impératif de se rappeler que l'histoire de Delta ne peut se dérouler que dans un endroit où les transgenres sont acceptés - et où les parents, même sceptiques comme Jenny, sont suffisamment ouverts d'esprit pour emmener leur enfant chez un clinicien comme Edwards-Leeper. Dans de vastes régions des États-Unis, les enfants qui s'avouent transgenres sont beaucoup plus susceptibles d'être confrontés à l'hostilité qu'à une amélioration de leur statut social ou de leur reconnaissance, et leurs parents sont plus susceptibles de ne pas avoir la volonté - ou les ressources - de leur trouver des soins. Mais pour nier la possibilité d'un lien entre les influences sociales et l'exploration de l'identité sexuelle chez les adolescents, il faudrait ignorer une grande partie de ce que nous savons sur le cerveau en développement des adolescents - qui est plus sensible à l'influence des pairs, plus impulsif et moins apte à évaluer les résultats et les conséquences à long terme que le cerveau adulte pleinement développé - ainsi que des histoires individuelles comme celle de Delta.

Tout le monde n'est pas d'accord sur l'importance des évaluations complètes pour les jeunes transgenres et non-conformes au genre. Au sein de la petite communauté de cliniciens qui travaillent avec les jeunes TGNC, certains ont la réputation d'être sceptiques quant à la valeur des évaluations. Johanna Olson-Kennedy, médecin spécialisée en médecine pédiatrique et adolescente à l'hôpital pour enfants de Los Angeles et directrice médicale du Center for Transyouth Health and Development, est l'une des voix les plus sollicitées sur ces questions, et présente des différences significatives avec Edwards-Leeper et Leibowitz. Dans ["Mental Health Disparities Among Transgender Youth : Rethinking the Role of Professionals"](#), un article de 2016 de *JAMA Pediatrics*, elle écrit que "l'établissement d'une relation thérapeutique suppose une honnêteté et un sentiment de sécurité qui peuvent être compromis si les jeunes croient que ce dont ils ont besoin et qu'ils méritent (potentiellement des bloqueurs, des hormones ou une chirurgie) peut leur être refusé en fonction des informations qu'ils fournissent au thérapeute."

Un clinicien a déclaré que ses clients trans parlent ouvertement de l'influence des pairs, en disant des choses comme "Oh, Steve est vraiment trans, mais Rachel le fait juste pour attirer l'attention".

Ce point de vue est éclairé par le fait que Mme Olson-Kennedy n'est pas convaincue que les évaluations de santé mentale conduisent à de meilleurs résultats. "Nous n'avons pas vraiment de données permettant de savoir si les évaluations psychologiques réduisent les taux de

regret", m'a-t-elle dit. Elle pense que la thérapie peut être utile pour de nombreux jeunes TGNC, mais elle s'oppose à l'obligation d'effectuer des évaluations de santé mentale pour tous les enfants qui cherchent à faire une transition. Comme elle l'a dit lors de notre entretien, "je n'envoie pas quelqu'un chez un thérapeute alors que je vais le mettre sous insuline". Bien sûr, la dysphorie de genre est répertoriée dans le *DSM-5* ; le diabète juvénile ne l'est pas.

Une étude récente co-écrite par Olson-Kennedy, [publiée dans le *Journal of Adolescent Health*](#), a montré que sa clinique donne des hormones sexuelles à des enfants de 12 ans seulement. Cette pratique va à l'encontre des lignes directrices de l'Endocrine Society, qui stipulent que, bien qu'il puisse y avoir des raisons impérieuses d'initier un traitement aux hormones sexuelles avant l'âge de 16 ans... il n'y a que peu d'expériences publiées concernant le traitement avant l'âge de 13,5 à 14 ans".

Si vous considérez les jeunes de 13 et 14 ans souffrant de dysphorie de genre non pas comme des jeunes atteints d'une maladie qui peut indiquer ou non une identité permanente, mais comme des *enfants trans*, il est logique de vouloir leur donner accès à des ressources de transition aussi rapidement que possible. Mme Olson-Kennedy a déclaré que la majorité des patients qu'elle voit ont besoin de cet accès. Elle a ajouté qu'elle voyait un petit nombre de patients qui renonçaient à leur transition ou qui la regrettaient par la suite ; ces patients, selon elle, ne devraient pas dicter les soins des autres. Elle aimerait voir un remodelage radical des soins pour les jeunes TGNC. "La manière dont les soins ont été organisés consiste à assurer la certitude et à réduire l'inconfort des professionnels (généralement cisgenres) qui déterminent si les jeunes sont prêts ou non", m'a-t-elle dit. "Et c'est un modèle cassé".

La meilleure façon de soutenir les enfants TGNC est un sujet qui donne le tournis. Pour comprendre ne serait-ce que le petit nombre d'histoires que j'ai rencontrées dans mon reportage - des histoires d'enfants blancs relativement privilégiés avec des familles attentives et impliquées, ce qui n'est pas nécessairement le cas de tous les jeunes TGNC aux États-Unis - il faut garder à l'esprit plusieurs affirmations apparemment contradictoires. Certains adolescents, dans les années à venir, vont se précipiter pour effectuer une transition physique et risquent de le regretter. D'autres adolescents seront empêchés d'avoir accès aux hormones et souffriront d'une grande angoisse en conséquence. En cours de route, un nombre déchirant d'adolescents trans et non conformes au genre seront victimes d'intimidation et d'ostracisme et mettront même fin à leurs jours.

Articles connexes

- [Les conseils d'Adam Grant pour élever des enfants résilients](#)
- [Le scientifique transgenre qui a changé la façon dont nous voyons le cerveau](#)
- [Qu'est-ce que les parents d'enfants transgenres ont à dire ?](#)
- [Abandonner le rôle de parent, et être simplement un parent](#)

Certains défenseurs de la cause LGBTQ ont demandé que la dysphorie de genre soit retirée du *DSM-5*, arguant que son inclusion pathologise le fait d'être trans. Mais la dysphorie de genre, telle que la science la conçoit actuellement, est un état douloureux qui nécessite un traitement pour être soulagé. Étant donné la diversité des résultats obtenus par les enfants qui souffrent de dysphorie à un moment ou à un autre, il est difficile d'imaginer un système dépourvu d'un protocole de diagnostic standardisé et complet, conçu pour maximiser les bons résultats.

La dysphorie de genre n'est pas la même chose que l'anxiété, la dépression ou les troubles psychologiques, bien sûr. Mais à certains égards, elle est similaire : Comme pour d'autres troubles psychiatriques, certaines personnes ressentent la dysphorie de manière plus aiguë que d'autres ; sa gravité peut varier d'un individu à l'autre en fonction de divers facteurs ; dans de nombreux cas, elle est intimement liée à la vie sociale et familiale d'une personne. Pour certaines personnes, elle passera ; pour d'autres, elle peut être résolue sans intervention médicale ; pour d'autres encore, seul le traitement le plus complet disponible pourra soulager une immense souffrance. Nous reconnaissons qu'il n'existe pas d'approche unique pour le traitement de l'anxiété ou de la dépression, et l'on peut affirmer que la même logique devrait prévaloir pour la dysphorie de genre.

Une première étape consisterait peut-être à reconnaître que les transitions et les désistements sont du même "côté" que les personnes trans heureuses. Les membres de chacun de ces groupes ont fait l'expérience de la dysphorie de genre à un moment donné, et tous ont droit à des soins complets et compatissants, qu'ils incluent ou non des hormones ou une chirurgie. "Le transsexuel est probablement tout aussi marqué par le système que le transsexuel qui n'a pas eu accès à la transition ", m'a dit Leibowitz. La meilleure façon de construire un système qui laisse tomber moins de personnes est de reconnaître la complexité stupéfiante de la dysphorie de genre - et de reconnaître à quel point nous en sommes au début du processus de compréhension.

Cet article est paru dans l'édition imprimée de juillet/août 2018 avec le titre "Votre enfant dit qu'elle est trans. Elle veut des hormones et de la chirurgie. Elle a 13 ans."

[Jesse Singal](#) est un collaborateur du magazine New York.

Connect [w:hyperlink w:tgtFrame="_blank" w:tooltip="Profil Twitter de Jesse Singal" w:history="1" r:id="rId33"](#)

xmlns:r="http://schemas.openxmlformats.org/officeDocument/2006/relationships"

xmlns:w="http://schemas.openxmlformats.org/wordprocessingml/2006/main"><w:r

xmlns:w="http://schemas.openxmlformats.org/wordprocessingml/2006/main" deeplid="1"

xml:space="preserve"> Twitter </w:r></w:hyperlink>

Profitez d'un accès illimité à The Atlantic pour moins d'un dollar par semaine.