

6 Débats



LYNN BERTHOLET

Lynn Bertholet a été, en 2015, la première femme transgenre reconvenue à Genève sans obligation d'opération. Elle a été membre de la direction de plusieurs banques, a enseigné le management à la HES de gestion de Genève et la conformité bancaire à l'Université de Genève. Passionnée par les questions touchant aux personnes trans*, elle préside ÉPICÈNE, association qu'elle a cofondée en 2018 dans le but de soutenir partout la diversité de genre et de favoriser l'amélioration de la médecine destinée aux transgenres. Pour *Le Temps*, elle a animé toute cette semaine de débats sur les questions de genre.

Genre ressenti et sexe assigné

Dans nos sociétés, l'ensemble des règles de comportement qui vont s'appliquer à un individu sont basées sur le sexe biologique constaté à la naissance et dépendent des lieux et des époques. Le rôle auquel la personne devra se conformer sa vie durant, ce qu'on appelle le rôle de genre, est basé uniquement sur la présence d'un pénis ou d'une vulve. Depuis toujours, et en tout lieu, des personnes ont été mal à l'aise avec le rôle de genre qu'elles devaient tenir en fonction de leur sexe. Ce sont les personnes transgenres. Il ne s'agit pas d'un inconfort passager, mais d'une douleur persistante.

La médecine ne sait pas d'où provient cette douleur. Mais elle sait qu'elle existe et que pour beaucoup d'individus, elle peut devenir insupportable.

Depuis les années 1950 et les travaux de l'endocrinologue et sexologue Harry Benjamin, la médecine cherche à atténuer les souffrances des personnes trans* (j'utilise l'étoile afin de visibilité les personnes trans* non-binaires – qui ne se ressentent ni homme ni femme) et à en comprendre les causes. La psychanalyse et les électrochocs ont échoué à «ramener les trans* dans le droit chemin». Actuellement, le meilleur traitement consiste à laisser la personne vivre et expérimenter le rôle de genre qu'elle ressent.

Un des premiers patients d'Harry Benjamin fut un jeune garçon présenté par sa mère. C'était en 1948. Depuis toujours, la transidentité s'est beaucoup manifestée chez les jeunes et les adolescent-es. Mais elles-ils étaient invisibles.

Aujourd'hui, je donne la parole à quelques parents qui s'opposent avec force à la transition de leur enfant en essayant, par avocats interposés, de bloquer le processus de prise en charge des personnes trans*. Et je réponds à leurs arguments. ■

Les débats du Temps Durant tout l'été, nos invités invitent les leurs

C'est pas leur genre: quel espace de questionnement pour les ados non conformes?

OPINION



ISABELLE FERRARI
MEMBRE FONDATRICE DE L'ASSOCIATION POUR
UNE APPROCHE MESURÉE DES QUESTIONNEMENTS
DE GENRE CHEZ LES JEUNES (AMQG)



STÉPHANIE MITCHELL
MEMBRE FONDATRICE DE L'AMQG

Depuis une dizaine d'années, on observe une explosion du nombre d'adolescents et de jeunes adultes qui s'identifient au sexe opposé, sans antécédents dans l'enfance, et 70% de ces nouveaux cas sont des filles. Il n'existe à l'heure actuelle que peu de recherches et aucun consensus sur les causes de ce phénomène.

Celui-ci intervient dans un contexte où le modèle d'accompagnement dit «trans-affirmatif» est activement promu par les transactivistes auprès des professionnels de la santé, des décideurs et des écoles. Cette approche se fonde sur les recommandations de l'Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre (WPATH) qui préconise d'accepter le genre souhaité par le jeune sans diagnostic étendu et de l'aider à se mettre en adéquation avec le sexe désiré dans un processus par étapes: transition sociale (changement de prénom et de pronom), bloqueurs de puberté, hormonothérapie, chirurgie. Elle s'appuie sur le postulat d'un risque de suicide particulièrement élevé chez les jeunes exprimant une dysphorie de genre (soit la souffrance de se sentir en inadéquation avec son sexe biologique). Dans cette perspective, l'introspection n'est pas encouragée et la psychothérapie exploratoire est susceptible d'être assimilée à une thérapie de conversion.

L'image véhiculée par les défenseurs de l'approche affirmative est qu'il s'agit d'un modèle pleinement accepté dans la communauté scientifique et thérapeutique. Or, ce n'est pas le cas. Depuis deux ans environ, les voix discordantes sont devenues de plus en plus audibles, dans le monde médical, parmi les parents et certains jeunes concernés et dans les associations LGBT elles-mêmes. On reproche à ce modèle d'accompagnement de ne pas investiguer suffisamment les causes qui pourraient amener aux souffrances psychologiques des jeunes. Il tendrait à considérer le problème sous un seul angle, comme si une facette de la personnalité d'un individu pouvait être isolée des autres, ignorant ainsi la relation complexe entre les traumatismes, l'anxiété ou même les turbulences normales inhérentes à l'adolescence. Plus inquiétant, il favoriserait une médicalisation précoce, invasive et irréversible.

L'Association pour une approche mesurée des questionnements de genre chez les jeunes (AMQG) s'est constituée début 2021 autour de parents inquiets de l'accompagnement hâtif de leur enfant vers une transition sociale et médicale. Elle soutient un modèle de prise en charge qui n'oriente pas les jeunes vers un résultat prédéterminé, mais reconnaît la nature fluide et changeante des identités comme une partie intrinsèque de l'adolescence. Elle a d'ailleurs lancé un appel dans ce sens, à signer sur son site internet.

«Soyez patient à l'égard de tout ce qui dans votre cœur est encore irrésolu, et tentez d'aimer les questions elles-mêmes comme des pièces closes et comme des livres écrits dans une langue fort étrangère. Ne cherchez pas pour l'instant des réponses, qui ne sauraient vous être données; car vous ne seriez pas en mesure de les vivre. Or, il s'agit précisément de tout vivre. Vivez maintenant les questions. Peut-être en viendrez-vous à vivre peu à peu, sans vous en rendre compte, un jour lointain, l'entrée dans la réponse.» Rainer Maria Rilke, *Lettres à un jeune poète*

L'AMQG est aujourd'hui contactée par un nombre croissant de parents désespérés devant la déclaration soudaine de leur fille ou, plus rarement, de leur fils, d'être «nés dans le mauvais corps». Témoignages:

«Ma fille de 17 ans s'est vu remettre une prescription pour l'ablation de deux seins et un traitement non autorisé en Suisse de testostérone après uni-

quement deux séances, par un pédopsychiatre. Elle n'a jamais éprouvé d'incongruence de genre et était toujours très féminine. Cette auto-identification a débuté à l'adolescence à la suite d'une rupture. Il y a quatre filles dans sa classe qui proclament être des garçons.»

«Ma fille de 16 ans, fragilisée par le décès de son père, m'a annoncé subitement en février 2020 ne pas être une fille mais un garçon. Elle a été d'accord de commencer une psychothérapie. En septembre, elle a changé d'école et a rencontré un médiateur scolaire qui l'a guidée pour faire un coming out à l'école. Elle m'a demandé l'autorisation de prendre de la testostérone, ce que j'ai refusé. Quelques mois plus tard, elle est allée se plaindre de moi au médiateur de mon refus. Sans m'avoir consultée, celui-ci a fait un rapport au proviseur de l'école, qui a écrit au juge de paix. Ce rapport au juge de paix déclare: «X s'identifie comme un garçon trans. Selon lui, sa mère minimise, voire nie ce sentiment profond qu'il a d'appartenir au genre masculin, ce qui provoque chez lui un fort mal-être. Cette situation empêche la mise en place d'un suivi qui répondrait aux besoins formulés (traitement hormonal, binder, etc.)» [...] Ma fille a été placée en foyer le soir même de mon entrevue avec le juge de paix, celui-ci ne remettant pas en cause les accusations du proviseur et demandant à la curatelle de «mettre en place un suivi psychologique adapté à sa situation», alors même qu'un suivi adéquat était en place avec une pédopsychiatre.»

«Nous sommes les parents d'une adolescente qui, trois ans après sa puberté et encore mineure, a dit s'identifier comme un garçon et suit, depuis, une thérapie hormonale de réassignation de genre. Nous avons été atterrés par le décalage entre la promesse d'un traitement sur mesure et le constat que notre enfant a été propulsée dans une machine qui avance à grande vitesse et qui applique une méthode uniforme: l'affirmation de la transsexualité de l'enfant et sa médicalisation la plus rapide possible. Notre enfant a, par exemple, vu un spécialiste pour discuter de la congélation de ses ovocytes. Comment une adolescente peut-elle prendre la mesure d'une telle décision en moins d'un quart d'heure de consultation? Nous nous sommes vu diaboliser parce que nous osions poser des questions sur un traitement lourd, aux conséquences irréversibles. Les médecins et psychiatres ont balayé nos inquiétudes sur le malaise adolescent de notre enfant qui, comme beaucoup de jeunes dans sa situation, a de lourds antécédents dont il n'a pas été tenu compte.»

«Je considère ma fille comme une rescapée. A 16 ans, elle a déclaré qu'elle se sentait être un garçon. Sa transition sociale a été initiée dans le cadre du collège sans que nous, parents, en ayons été informés. Elle a ensuite été rapidement accompagnée sur le chemin vers la transition médicale tant par le service de pédiatrie de l'hôpital que par une association militante, et enfin par le psychiatre qui lui a décerné en quelques séances un certificat médical déclarant qu'elle avait la capacité de discernement pour suivre une hormonothérapie et subir une mastectomie, cela à l'âge de 16 ans. Aujourd'hui, X, qui, il y a encore une année exprimait sans aucun doute la volonté de prendre des hormones, a décidé de temporiser. Si elle/il préfère être genré-e au masculin, elle/il semble s'être libéré-e de l'obsession de conformer son corps à son genre ressenti, et a compris que son mal-être avait peut-être des causes plus larges que la seule dysphorie de genre.»

La reconnaissance croissante des risques des traitements médicaux (ostéoporose, perte de la fertilité et de la pleine fonction sexuelle, risque accru de cancers, de thromboses et d'AVC, entre autres) pratiqués sur des adolescents – dont beaucoup présentent par ailleurs des comorbidités et souvent une homophobie internalisée – a récemment conduit à une reconsidération du protocole d'accompagnement dans des pays pourtant très libéraux en matière de droits des personnes LGBT (Finlande, Angleterre, Suède). Un large consensus d'experts admet aujourd'hui que des questions essentielles comme les raisons de l'afflux de jeunes se réclamant de l'autre sexe, la corrélation entre dysphorie de genre et suicidalité (qui conduit à mettre au second plan le principe de précaution), ainsi que le rapport risque/bénéfice des traitements médicaux doivent faire l'objet d'études plus étayées et sur le long terme avant toute poursuite des pratiques actuelles.

La Suisse – où l'OFSP, les médecins «spécialistes» et la plupart des décideurs continuent à ignorer les controverses et à se référer à des études qui datent et dont la validité est mise en cause – ferait bien de revoir sa copie sous peine d'être rattrapé par ce qui, selon certains, constituera l'un des grands scandales médicaux de ce début du XXIe siècle. ■



Pour une ap

OPINION

LYNN BERTHOLET
PRÉSIDENTE DU COMITÉ DE
L'ASSOCIATION ÉPICÈNE. ELLE A ANIMÉ
CETTE SEMAINE DE DÉBATS SUR LES
QUESTIONS DE GENRE DANS LES PAGES
DU «TEMPS»

Le nombre de personnes questionnant leur identité de genre est en augmentation, selon les statistiques des pays occidentaux. En Suisse, la tendance est sans doute similaire. C'est en tout cas l'impression que nous avons dans le monde associatif. Mais il n'y a pas de chiffres officiels. Cette croissance concerne les jeunes comme les adultes. Elle est peut-être plus marquée chez les jeunes.

En août 2018, Lisa Littman, professeure assistante à la Brown University School of Public Health, publie dans la revue en ligne PLOS One un article qui relate la réaction de 256 parents ayant répondu à 90 questions concernant la transition de leur adolescent-e. Le questionnaire n'avait pas été mis en ligne sur le site de l'université, mais dans trois forums où s'exprimaient principalement des parents opposés à la transition de leur enfant. L'autrice tire de cette étude un nouveau concept qu'elle nomme «Rapid-onset gender dysphoria» (ROGD) que l'on peut traduire par «dysphorie de genre à apparition rapide». La dysphorie de genre, ou «incongruence de genre» dans la Classification internationale des maladies No 11 de l'OMS, est caractérisée par une



SUR LE WEB

Avec cette double page qui présente deux opinions très différentes sur la question de la fluidité de genre, prend fin la série de débats d'été du *Temps*. Elle a vu, durant six semaines, six invités animer six thématiques très actuelles avec leurs propres auteurs.

L'avocat **Alain Werner** a questionné l'avenir de la justice internationale, la professeure de l'EPFL **Gisou van der Goot** a fait vivre les questions de sciences et de société, le journaliste du *Temps* et sinologue **Frédéric Koller** s'est demandé avec ses auteurs ce que la Chine avait à nous apprendre, **Serge Michel**, rédacteur en chef adjoint du *Temps*, a fait pareil avec l'Afrique. Le philosophe **Martin Morend** a montré à quel point les grandes questions philosophiques restent actuelles et **Lynn Bertholet** a conclu la série avec un ensemble de contributions sur les questions brûlantes du genre et de l'égalité.

Retrouvez tous ces textes sur notre site internet où chaque thématique est regroupée dans un dossier.

www.letemps.ch/dossier

proche rigoureuse de la transidentité chez les adolescent·es

identification forte et permanente à l'autre genre, associée à une anxiété, une dépression, une irritabilité et, souvent, à un désir de vivre en tant que genre différent du sexe attribué à la naissance.

Cet article et son curieux concept suscitent de nombreuses réactions dans la communauté scientifique. Au point que le comité éditorial du journal et quatre experts indépendants révisent la publication et demandent à l'auteur de publier des corrections en mars 2019. La nouvelle version souligne ainsi que l'article n'est basé que sur le ressenti des parents, et non de la personne concernée, qu'il existe un fort biais de sélection en raison du choix des forums et que le concept de ROGD est, en l'état des connaissances, une hypothèse et en aucun cas un fait établi.

De fait, dès la publication de l'article original, le concept de ROGD a été repris sans discernement par des personnes qui l'associent à la croissance du nombre de jeunes en questionnement. Le buzz avait démarré. En France, la psychanalyste et historienne Elisabeth Roudinesco ira jusqu'à parler d'une «épidémie de transgenres» sur un plateau de télévision, en mars 2021, provoquant une vague d'indignation.

La World Professional Association for Transgender Health (WPATH) succède en 1979 à la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. Elle est l'association mondiale des professionnels de la santé qui étu-

dient la transidentité et prennent en charge les personnes, jeunes ou moins jeunes, qui souffrent durablement de leur questionnement de genre. Elle publiera en décembre 2021 la 8e révision de ses recommandations (standards de soins) qui sera, comme la 7e version en vigueur depuis 2011, le résultat d'un large consensus de spécialistes internationaux de tous les domaines médicaux concernés, basé sur l'état actuel des connaissances scientifiques. Le financement, le code d'éthique et les résultats des travaux de la WPATH sont publics; les standards de soins sont disponibles en 19 langues. Ils ne préconisent nullement d'aller vers une transition sans un diagnostic clairement établi, dont l'introspection fait partie intégrante. Ils suggèrent une approche factuelle et scientifique en dehors des préjugés et stéréotypes. Comme le reste de la médecine moderne, ces standards de soins se basent sur la capacité de discernement de la personne concernée, sur le respect de son identité et de ses choix concernant les options thérapeutiques à retenir pour déterminer le parcours individualisé le plus pertinent.

Les travaux de la WPATH ont permis d'améliorer depuis quarante ans la prise en charge des jeunes et moins jeunes trans* et de soulager leur souffrance par un accompagnement, et parfois des soins, appropriés. Ils ont ouvert la voie à des notions comme la non-binarité, la fluidité de genre

et la claire séparation entre orientation sexuelle et identité de genre. Au début, ces travaux préconisaient le *gatekeeping* par un·e psychiatre qui, au mieux, contraignait les transsexuel·les à vivre six mois dans le genre ressenti avant tout traitement pour prouver leur dysphorie, ou, au pire, entreprenait de les «guérir» de leur transidentité. Ce sont les multiples évaluations scientifiques de cette approche psychanalytique, et des importants dégâts humains qu'elle a causés, qui ont ouvert la voie à l'approche transaffirmative qui se base en premier lieu sur ce que vit la personne concernée.

Comme toute discipline médicale, la médecine trans* n'est pas une science exacte. Elle progresse continuellement et intègre de l'incertitude. Elle se questionne, établit certains faits alors qu'elle découvre simultanément de nouveaux champs à explorer. La problématique de la croissance du nombre de personnes questionnant leur identité de genre en fait partie. Dans sa prise de position de septembre 2018 à la suite de la publication de la Dre Littman, la WPATH ne dit rien d'autre que cela. Ces questions méritent en tout cas mieux qu'une seule étude, biaisée, qui ne saurait justifier la mise en place d'un moratoire de la prise en charge des jeunes trans* selon l'état le plus avancé des connaissances actuelles. Imagine-t-on imposer un moratoire en oncologie, et donc stopper l'accès aux traitements, parce que certains de ces traitements com-

portent des risques spécifiques qui surviennent parfois?

Face à une personne trans*, adolescente ou adulte, qui prépare son coming out, je souligne toujours le décalage temporel entre elle-même et les personnes à qui elle va s'adresser. La personne en questionnement souffre depuis longtemps, essentiellement de manière introvertie. Elle cherche en solitaire la cause de cette douleur. Lorsqu'elle en comprend davantage, elle a souvent honte et se tait. Quand enfin elle parle de son questionnement identitaire, elle a des mois, voire des années d'avance sur ses proches qui le découvrent soudainement.

Ce fossé existe autant entre les jeunes en questionnement et leurs parents qu'entre les adultes trans* et leurs proches.

Par son coming out, la personne concernée veut dépasser sa douleur et pouvoir faire évoluer son expression et son rôle de genre, tester ce qu'elle va ressentir, essayer et se trouver. Comme elle a pris son courage à deux mains pour parler de sa souffrance, elle souhaite que les choses avancent alors que ses proches désirent souvent, au contraire, du temps pour accepter l'information qu'ils viennent de recevoir.

Quel que soit l'âge, ce chemin vers soi-même est difficile et purement individuel. Il est pavé de doutes, de questions, de certitudes qui viennent et repartent, d'expérimentations. Durant cette période, le·la jeune, plus que quiconque, a besoin du soutien de

ses proches. Alors que ces derniers ont parfois eux-mêmes besoin d'aide face à la soudaineté des exigences de leur enfant et à la vitesse perçue des changements potentiels à venir. Je les invite à ne pas rester seuls et à rejoindre un groupe de parents ayant déjà vécu cela (voir encadré).

Ce chemin nécessite parfois la prescription d'hormones selon un protocole encadré appelé «off label use». Les prescriptions «off label» sont très courantes en médecine, notamment en pédiatrie, ou en ce qui concerne les maladies rares par exemple. Cela vient du fait que toutes les situations dans lesquelles un médicament sera utilisé ne peuvent être testées avant sa mise sur le marché. Les médecins suivent alors les recommandations établies par des comités d'experts indépendants des sociétés pharmaceutiques, sur la base de preuves d'efficacité et d'économie de traitement. En ce qui concerne l'incongruence de genre et les hormones pour le sexe opposé, cela fait longtemps que ces preuves existent.

La prescription d'hormones résulte toujours de la demande de la personne concernée, suivie de discussions et d'une analyse des risques/bénéfices du traitement. Pour les plus jeunes, les parents sont décideurs; ils participent à la décision chez les grands adolescent·es, alors que les majeur·es décident eux-mêmes. La demande et l'accord de la personne concernée sont centraux et

obligatoires lorsqu'elle a sa capacité de discernement.

Tout cela nécessite une bonne compréhension, une réelle communication au sein de la famille et avec les équipes médicales. Dans une majorité des familles concernées en Suisse romande, les parents accompagnent leur enfant dans leur transition, l'écoutent, l'entendent, le conseillent, l'aident à forger sa capacité de discernement et peuvent en témoigner. A l'inverse, quelques parents disposant d'importants moyens et de bons réseaux à Genève ont récemment envoyé des menaces à des médecins par avocats interposés, et arrosé les médias d'informations biaisées, voire mensongères, signant la difficulté de cet accompagnement.

Les associations qui accueillent des jeunes en questionnement et leurs parents sont convaincues que la médecine de genre fera encore d'importants progrès, notamment en Suisse où il n'existe pour l'instant aucune contrainte de formation dans ce domaine pour les médecins et psychiatres, et appellent de leurs vœux la mise en place concertée d'un réseau de compétences universitaires, lequel doit avoir les mêmes exigences et rigueur scientifiques que dans les autres disciplines de la médecine. ■

Soutiens pour les parents avec enfants en questionnement de genre: Association EPICENE: www.epicene.ch Fondation Agnodice: www.agnodice.ch Le Refuge: www.refuge-geneve.ch