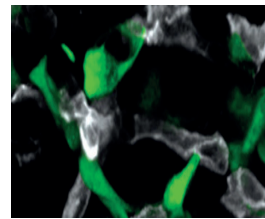


> L'âge des mineurs qui réclament un traitement pour la dysphorie du genre (anciennement et encore couramment appelée « transgénérisme » ou « transsexualité ») ne cesse de reculer [1], mais un manque de consensus sur des traitements qui soient médicalement et éthiquement acceptables pour les individus prépubères, rend difficile leur prise en charge [2, 3]. Une étude des critères sur lesquels reposent les choix de traitement de ces patients, et plus particulièrement le blocage hormonal, révèle certains obstacles intrinsèques à l'éthique médicale qui empêchent l'élaboration d'une réponse claire et décisive. Nous verrons, dans cette revue, que les experts médicaux, les psychologues et les spécialistes de sciences humaines ne s'accordent pas sur l'origine et donc sur la définition du transgénérisme. Il est ainsi difficile de prendre en charge les individus concernés, l'éthique médicale tirant souvent aujourd'hui son autorité d'un accord général entre les experts. Nous analyserons également comment les risques du traitement proposé, ou les risques de refuser de donner ce traitement, peuvent également peser dans les débats d'éthique médicale, alors qu'ils sont évalués de plusieurs manières, certaines étant plus subjectives que d'autres. Finalement, reste la question difficile du consentement chez les mineurs. L'âge en deçà duquel le mineur ne peut prendre la responsabilité pour ses propres actes apparaît se modifier arbitrairement selon le thème abordé : avortements, traitements pour maladies sexuellement transmissibles, etc. Les débats autour du traitement hormonal des mineurs transgenres doivent donc tenir compte de ces considérations éthiques afin de pouvoir mieux les aider. ◀

Les traitements hormonaux des mineurs transgenres, ou les obstacles de l'éthique médicale aujourd'hui

Ariel Bernier, Alain Leplège



Département d'histoire et de philosophie des sciences ; université Paris Diderot, ComUE Sorbonne Paris Cité, 75013 Paris, France.

ariel.bernier@etu.univ-paris-diderot.fr

Identité sexuelle et transgénérisme

Les sciences ne s'accordent pas sur les origines du transgénérisme. D'un côté, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) soutient, dès la neuvième édition de *l'international statistical classification of diseases and related health problems* (ICD-9), en 1975, que la transsexualité est une pathologie psychologique. Cette notion sera rapidement reprise, et en quelque sorte légitimée, par la troisième édition du *diagnostic and statistics manual of mental disorders* (DSM III), en 1980 [2]. L'approche purement psychiatrique est cependant très critiquée, notamment pour son implication dans des thérapies de conversion de l'homosexualité vers l'hétérosexualité, aux États-Unis [4]. Ainsi, le gouvernement de l'Ontario, au Canada, approuve le « *Affirming sexual orientation and gender act* » en 2015¹, interdisant des pratiques de « conversion » lors des consultations ou des suivis psychiatriques de mineurs transgenres.

Le modèle explicatif du genre, qui domine aujourd'hui aux États-Unis, suggère qu'une combinaison de facteurs biologiques et psychologiques détermine l'identité sexuelle, ce qui permet d'envisager des traitements bio-médicaux [5]. Cette interprétation est notamment défendue dans les publications du médecin endocrinologue Jonathan Spack, du *Boston children's hospital* ([4], p. 317), ainsi que dans celles de Simona Giordano, de l'Institut des sciences, éthique et innovation, à Manchester, selon lesquelles un blocage hormonal n'est pas une

Vignette (Photo © Inserm-Chrystel Lafont).

¹ Loi sur l'affirmation de l'orientation sexuelle et de l'identité sexuelle. Toronto, 28 mai 2015.



réponse médicale à un problème social, mais bien une réponse médicale à un problème médical [6].

À ces interprétations de la sexualité s'ajoute un mouvement de plus en plus répandu : la « dé-pathologisation » du transgénérisme. Certains chercheurs soutiennent en effet que le harcèlement et la discrimination des transgenres proviennent de sa pathologisation. Des ouvrages comme le DSM IV qualifient cette condition de *gender identity disorder* (ou trouble de l'identité sexuelle), ce qui implique l'existence d'un dysfonctionnement au niveau de l'identité sexuelle. Des associations LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels et transsexuels) aux États-Unis, comme la *National coalition for LGBT health* (NCLGBTH), ont soutenu le mouvement de dé-pathologisation, avec pour conséquence, en 2013, que le DSM V ne parle plus de *disorder* mais plutôt de « dysphorie du genre ». Des organisations internationales, comme l'OMS, envisagent également de retirer la transsexualité de la classification des pathologies psychiatriques [7]. De même, le *Danish health data authority*, au Danemark, a « dé-pathologisé » officiellement le transgénérisme en 2017. Paradoxalement, le mouvement de dé-pathologisation s'applique uniquement à la psychiatrie. Elle ne s'applique pas à la biomédicalisation, comme on peut le voir dans les déclarations de l'*International lesbian, gay, bisexual, trans and intersex association* (ILGA)², ou dans les écrits de plusieurs experts, comme ceux de Spack ([4], p. 317). Une littérature plus récente (quoique minoritaire) accuse les traitements biomédicaux visant la transsexualité, comme sa pathologisation psychiatrique, d'être enracinés dans la pensée eugéniste des XIX^e et XX^e siècles [8].

Dès la fin du XIX^e siècle, aux États-Unis, la transgression des normes sexuelles chez les enfants a été perçue comme l'indication d'une criminalité latente nécessitant une correction. Un premier test censé mesurer la masculinité et la féminité sera élaboré, dans les années 1930, par Lewis Terman et Catherine Miles, en collaboration avec des centres pénitentiaires, comme *Alcatraz* et le *Ventura home for girls*, qui espéraient ainsi empêcher les relations homosexuelles entre prisonniers [9]. Même aujourd'hui, la caractérisation de la dysphorie du genre dans le dernier DSM s'appuie sur ce qui est perçu comme un comportement transgressif (*cross-gender behavior*).

Étant donné que la majorité des enfants qui renoncent à l'identité transgenre à la puberté s'identifient le plus souvent comme homosexuels ou bisexuels, on peut dire que la transition sexuelle médicalement assistée reste aujourd'hui une forme de renforcement médical de l'hétéro-normativité, à l'image des pratiques que l'on pouvait trouver au cours du XX^e siècle ([8], p. 390). On voit ainsi comment les débats d'éthique médicale doivent prendre en compte l'impact social de leurs conclusions et *vice-versa*, surtout parce que les chercheurs et les professionnels qui accompagnent des mineurs transgenres peuvent

avoir des difficultés à s'accorder, de façon consensuelle, entre références sociétales et individus qui sont différents [10].

Ces désaccords sont parmi les principales raisons pour lesquelles la prise en charge des mineurs transgenres est si difficile. L'éthique médicale tire souvent son autorité d'un consensus entre experts, d'où l'existence de comités d'éthique, mais ce critère est en partie fondé sur la croyance qu'un tel consensus peut révéler une vérité scientifique [11]. L'autorité du consensus est ainsi contestable. Dans ce cas, la question qui se pose est de savoir si d'autres méthodes d'évaluation éthique que celles qui suivent un modèle « vertical » dans lequel une hiérarchie décide des arguments éthiques valables (comme le principlisme), ou un modèle plus « horizontal » (ou transversal), qui s'appuie sur des décisions éthiques antécédentes, sont nécessaires et acceptables.

Un autre obstacle intrinsèque à l'éthique médicale concerne l'évaluation des risques associés aux traitements proposés. Il s'agit, ici, du retardement de la puberté chez les mineurs par l'utilisation d'agonistes de l'hormone de libération de gonadotrophines hypophysaires (GnRH), qui stimule la sécrétion des hormones responsables du déclenchement de la puberté, l'hormone lutéinisante (LH) et l'hormone folliculo-stimulante (FSH) [12]. La société d'endocrinologie, aux États-Unis, suggère de commencer le blocage hormonal dès le stade 2 de l'échelle de Tanner³, c'est-à-dire à l'aube de la puberté, qui peut commencer entre 9 et 13 ans, bien que cet âge ait tendance à reculer actuellement, particulièrement chez les filles [10]. Les conséquences à long terme du blocage hormonal sont encore loin d'être documentées. Il est possible que l'interruption de la puberté intervienne dans le processus de myélinisation des axones ([4], p. 317), notamment au niveau des cellules du système nerveux central, dans lequel les hormones sexuelles sont essentielles [13]. Ce processus permettrait aux adolescents de mieux développer leurs capacités de pensée abstraite, et donc de mieux comprendre les risques associés au traitement ([3], p. 506). L'interrompre risquerait donc d'avoir un impact négatif sur le développement de leurs capacités d'évaluer les enjeux de leurs décisions. Les répercussions médicales et psychologiques potentiellement néfastes du blocage hormonal risqueraient, de plus, d'avoir des conséquences plus graves sur les personnes qui sont physiologiquement nées filles, puisqu'elles ont

² La déclaration de l'*International lesbian, gay, bisexual, trans and intersex association*, sur la page <https://www.ilga.org/international-day-of-action-for-trans-depathologization-2017-joint-statement> : « the intrinsic connection between trans depathologization and the right of taking autonomous decisions about our own bodies [...] denied by the persistence of pathologization as a requirement for accessing hormones, surgeries and other gender affirming procedures », semble suggérer que de telles interventions médicales ne devraient pas résulter de l'identification d'une pathologie « psycho-médicale ».

³ Les différents stades du développement pubertaire sont cotés de 1 (stade pré-pubère, qui débute à la naissance) à 5 (stade adulte) selon l'échelle de Tanner qui s'appuie sur le développement mammaire, la pilosité pubienne et le développement des organes génitaux externes du garçon.

tendance à être pubère plus jeune (entraînant donc des interventions comparativement plus précoces).

La majorité des mineurs ayant consulté des professionnels pour des problèmes de dysphorie du genre avant la puberté se désistent. Ils cessent en effet de s'identifier comme transgenre. La proportion des mineurs qui se désistent peut ainsi varier entre 77 % et 90 % ; il n'est pas encore possible de faire la différence entre les mineurs qui se désisteront de ceux qui persisteront avec cette identité à l'âge adulte [14]. Les risques associés au traitement ne sont donc pas uniquement de nature physiologique, mais aussi de nature sociale. Mais quels sont les risques associés au refus d'offrir le blocage hormonal ?

La transition sexuelle médicalement assistée

La transition sexuelle médicalement assistée a pour objectif d'obtenir une apparence physique la plus conforme possible à celle du sexe opposé, telle que la personne se la représente ([10], p. 2). Il est évident, à la lecture des recherches sur l'efficacité de ces traitements, que leur succès est conditionné par la capacité de faire passer le sujet pour un membre du sexe opposé, souvent appelé *passing* [15].

Cette transition a aussi pour objectif d'éviter une puberté traumatisante. En effet, les enfants qui persistent avec leurs sentiments de dysphorie du genre au cours de la puberté risquent de développer des problèmes psychologiques ou émotionnels ([3], p. 504). Pour certains auteurs, ces traitements peuvent ainsi aider à réduire le taux de suicide qui est particulièrement élevé dans cette population [10]. Un autre argument soutenant le caractère bienfaisant psychologiquement de ces traitements est que cette méthode permet au mineur d'avoir plus de temps pour réfléchir à son identité sexuelle, sans faire l'expérience de vivre dans un corps perçu comme « étranger » ([6], p. 580). Le troisième objectif de la transition sexuelle médicalement assistée est de réduire le harcèlement du patient par autrui : le *passing* permet au patient de cacher son sexe physiologique d'origine et donc d'éviter des situations où la dissonance (subjectivement perçue) entre le comportement genré et l'apparence physique provoquerait du harcèlement ([1], p. 340). Il est évident que le but social est de retrouver un sentiment de normalité, comme le souligne Norman Spack à travers ses affirmations de l'efficacité de la « *dutch method* » (un protocole impliquant le blocage hormonal) : « *les adolescents hollandais paraissent normaux en termes de taille, d'apparence du visage, de voix, de pilosité et de développement ou non de la poitrine, pour leur genre revendiqué* » ([4], p. 317).

Le risque qui est principalement associé au refus du traitement par blocage hormonal, est de ne pas apparaître comme appartenant au sexe opposé (au sexe biologique d'origine), ce qui est susceptible d'entraîner des troubles psychologiques et émotionnels chez les sujets, ou des comportements agressifs de la part de leurs camarades. Comme le *passing* dépend de critères subjectifs, comme l'apparence du visage, et d'une adhésion à des normes physiques, l'évaluation de ce risque peut être considérée intrinsèquement problématique et complexe. En effet, cela entraîne des implications éthiques pour les enfants cisgenres (qui s'identifient à leur sexe physiologique de naissance)

« anormaux » ou qui ne ressemblent pas à l'idéal physique associé à leur sexe, soulevant des questions sur le rôle de la pression sociale dans l'intervention médicale. Bernadette Wren dans l'article « *Take these children seriously: NHS clinic in the eye of trans rights storm* » paru le 19 novembre 2017 dans le journal *The Guardian*, déclare par ailleurs que les adultes sont parfois plus insistants sur des traitements médicaux que leurs enfants. Comme les risques biologiques associés au traitement ne sont pas encore connus, et comme les risques psychologiques ou sociaux liés au traitement (ou au refus de traitement) ne sont pas facilement mesurables, et même parfois problématiques, ceci rend plus difficile la prise en charge de ces patients.

Finalement, ces traitements médicamenteux destinés à permettre éventuellement une chirurgie corrective, sont acceptés pour les adultes, notamment pour respecter leur droit à l'auto-détermination, et donc leur autonomie, ceci en référence aux analyses kantienne selon lesquelles un être doté de raison est libre de faire ses propres choix [16]. Ce raisonnement ne s'applique pas facilement aux mineurs pour lesquels plusieurs facteurs déterminent leur capacité de consentir. Aux États-Unis, comme en France, ce sont les parents, ou tuteurs légaux, qui décident des procédures médicales auxquelles leurs enfants auront accès jusqu'à la majorité. Au Canada, selon la province, le mineur peut en décider à partir de 16 ans, et au Royaume-Uni, à partir de 17 ans. En revanche, comme l'inhibition hormonale nécessite une intervention précoce pour atteindre ses objectifs de *passing*, le débat autour des traitements d'une population encore plus jeune remet en question ces limites de la capacité de consentir ou non, de façon autonome, à ces traitements médicaux.

Diverses organisations militant en faveur de l'inclusion et la santé des personnes transsexuelles, suggèrent que l'âge d'intervention médicale devrait dépendre du niveau de réversibilité du traitement. Le blocage hormonal, considéré par la *World professional association of transgender health* comme « réversible », serait ainsi admissible dès 9 ans, alors que des procédures considérées comme irréversibles, comme la chirurgie génitale, seraient limitées aux adultes [17]. Un argument en faveur de l'abaissement de l'âge de consentement s'appuie sur le fait qu'en Californie, les mineurs peuvent consentir à l'avortement ou à des traitements pour des maladies sexuellement transmissibles, dès l'âge de 12 ans [1]. À l'inverse, certains professionnels soulignent la contradiction inhérente à considérer comme légitime la volonté des mineurs dans le cas des traitements pour la dysphorie du genre, mais pas pour la consommation de psycho-

tropes, imposée par des adultes, qui n'est jamais remise en cause ([10], p. 5).

Enfin, pour en revenir au manque de consensus scientifique concernant la nature de la dysphorie du genre, il doit être noté que les enfants ne participent pas à l'élaboration de ces différentes théories ; ils ne sont pas sollicités pour définir les cadres de la recherche scientifique, et n'interviennent pas de manière active à leur mise en œuvre. Leur rôle est donc, au mieux, d'accepter ou de refuser les idées et les théories les concernant – imposées sous la forme d'un ensemble de traitements qui leur seront proposés. On peut donc s'interroger sur la valeur de ce consentement. D'ailleurs, même les adultes ne sont pas considérés capables de donner un véritable consentement à des traitements dont les répercussions ne sont pas définies, considérés comme médecine expérimentale. Au Royaume-Uni, depuis 2011, le blocage hormonal est de ce fait exclusivement administré dans le cadre d'expérimentations [8].

Conclusion

Le traitement hormonal des mineurs transgenres ne fait donc pas l'objet de consensus. Proposer un protocole de traitement universel aux mineurs transgenres, pour simplifier leur prise en charge médicale, serait, à ce stade, pour le moins discutable éthiquement, et risquerait de servir des finalités autant sociales que médicales, comme nous le voyons en Australie, où la normalité ou non du comportement « genré » de l'enfant peut finalement être décidée par des juristes ([8], p. 387). Le transgénérisme chez les mineurs, et les traitements comme le blocage hormonal, nous obligent donc à en repenser les enjeux éthiques dans leur dimension politique, au carrefour de la médecine, de la psychologie et des sciences sociales. ♦

Treating transgender minors with hormones: obstacles in medical ethics today

LIENS D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

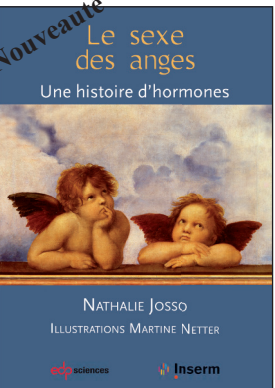
RÉFÉRENCES

- Milrod C. How young is too young : ethical concerns in genital surgery of the transgender MTF adolescent. *J Sex Med* 2014 ; 338 : 338-46.
- Drescher J, Pula J. Ethical issues raised by the treatment of gender-variant prepubescent children. Special report. *LGBT Bioethics Visibility, Disparities and Dialogue* 2014 ; S17 : S17-22.
- Drescher J, Byne W. Gender Dysphoric/Gender Variant (GD/GV) children and adolescents: Summarizing what we know and what we have yet to learn. *J Homosex* 2012 ; 502 : 501-10.
- Spack N. An endocrine perspective on the treatment of adolescents. *Journal Gay Lesbian Mental Health* 2009 ; 310 : 309-17.
- Castaneda C. Developing gender: The medical treatment of transgender young people. *Soc Sci Med* 2014 ; 3 : 1-9.
- Giordano S. Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder ? *J Med Ethics* 2008 ; 583 : 580-4.
- Belluck P. *New York Times* juillet 2016. <https://www.nytimes.com/2016/07/27/health/who-transgender-medical-disorder.html>
- Jeffreys S. The transgenering of children: gender eugenics. *Women's Studies International Forum* 2012 ; 384 : 384-93.
- Honkasalo J. When boys will not be boys: American eugenics and the formation of gender non-conformity as psychopathology. *Int J Masculinity Studies* 2016 ; 6 : 1-17
- Vrouenraets IJ, Fredriks AM, Hannema SE, et al. Early medical treatment of children and adolescents with gender dysphoria: an empirical ethical study. *J Adolesc Health* 2015 ; 6 : 1-7.
- Moreno JD. Ethics by committee: the moral authority of consensus. *J Med Philos* 1988 ; 418 : 411-32.
- Lambrese J. Journal discussion: suppression of puberty in transgender children. *AMA J Ethics* 2010 ; 646 : 645-9.
- Vigil P, Orellana RF, Cortés ME, et al. Endocrine modulation of the adolescent brain, a review. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011 ; 333 : 330-7.
- Stroumsa D. The state of transgender health care: policy, law, and medical frameworks. *Am J Public Health* 2014 ; E31 : E31-8.
- Davis SA, Meier SC. Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-male transgender people. *Int J Sex Health* 2014 ; 114 : 113-28.
- Hume MC. Sex, lies, and surgery: ethics of gender reassignment surgery. *Res Cogitans* 2011 ; 40 : 37-48.
- World Professional Association for Transgender Health. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Non-conforming People: 7th Version* 2011 ; 18-19 : 112 p.

TIRÉS À PART

A. Bernier

**Bon de commande à retourner à EDP Sciences, 17, avenue du Hoggar, 91944 Les Ulis Cedex A
Tél. : 01 41 17 74 05 - Fax : 01 49 85 03 45 - E-mail : francois.flori@edpsciences.org**



Nouveauté
Le sexe des anges
Une histoire d'hormones

NATHALIE JOSSO
ILLUSTRATIONS MARTINE NETTER

EDP sciences Inserm

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

Fonction :

Je souhaite recevoir l'ouvrage

Le sexe des anges : 20 € + 3 € de port = **23 € TTC**

en exemplaire, soit un total de €

Par chèque, à l'ordre de **EDP Sciences**

Par carte bancaire : Visa Eurocard/Mastercard

Carte n° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Signature :

Date d'expiration : |_|_|_|_|

N° de contrôle au dos de la carte : |_|_|_|_|