

L'accompagnement transaffirmatif des jeunes transgenres ou non-binaires de moins de 18 ans

PRISE DE POSITION à destination des parents

Une association a été nouvellement créée à Genève à l'initiative de quelques parents de jeunes souffrant de dysphorie de genre. Sous l'appellation faussement rassurante « Pour une approche mesurée des questionnements de genre chez les jeunes » (AMQG), elle cherche à rallier un maximum de sympathisants dont d'autres parents surpris et désemparés par l'émergence des questionnements identitaires de leur enfant. Ce document vise à informer les parents de jeunes trans, non-binaires ou en questionnement de genre et à les mettre en garde.

Cette association et ses membres occupent l'espace médiatique, politique et juridique en circulant nombre d'affirmations fausses ou sans fondement scientifique, profitant du fait que la thématique soit peu ou mal connue du grand public.

D'abord elle émet des doutes sur les données scientifiques probantes issues de quarante ans de recherche et de pratiques cliniques constamment améliorées. Ensuite, elle cherche à faire interdire l'accompagnement communément appelé transaffirmatif, aujourd'hui reconnu internationalement comme « best practice » (meilleure pratique) sur le plan de l'efficacité clinique, de l'éthique et du respect de l'enfant et de ses droits.

Pour mieux comprendre les pratiques thérapeutiques et sociales transaffirmatives préconisées par la Fondation Agnodice et son réseau de spécialistes, nous rappelons ci-dessous certains concepts, faits et valeurs essentiels à notre travail avec les jeunes trans ou non-binaires et leurs parents.

- 1. La dysphorie de genre** : cette souffrance psychique se manifeste chez certains jeunes trans ou non-binaires. Elle est liée au fait de devoir fonctionner dans un rôle social et/ou un corps qui ne sont pas en cohérence avec leur identité de genre. C'est une détresse significative associée à cette incongruence de genre, avec une altération possible du fonctionnement dans plusieurs domaines (anxiété, dépression, irritabilité, automutilation, suicidalité notamment). Une persistance d'au minimum 6 mois est nécessaire pour poser ce diagnostic. Les professionnel·le·s expérimenté·e·s du réseau Agnodice savent la différencier et respectent les critères et les délais des standards de soins internationaux de la WPATH (World Professional Association for Transgender Health, en français Association mondiale des professionnels de la santé transgenre).

2. Un cadre scientifique solide : 40 ans de recherche et les standards de soins de la WPATH. Les standards de soins de cette association forte de 3'000 membres existent depuis 1979. Constamment revus et améliorés, leur version 8 sera publiée en décembre 2021. 165 expert-e-s de 18 pays y travaillent depuis 4 ans. Scientifiquement robuste et transparente, la méthodologie de production de ces standards fait appel aux meilleurs spécialistes mondiaux. Chaque affirmation ou recommandation n'y figurera que si elle réunit 80% de consensus parmi les expert-e-s. La qualité de chaque preuve scientifique y sera identifiée comme élevée, modérée, faible ou très faible. De même chaque recommandation sera identifiée comme forte ou faible. Enfin, d'importantes organisations externes ont l'occasion de les réviser avant publication, notamment l'OMS et l'Endocrine Society par exemple.

3. L'approche thérapeutique transaffirmative :

La pratique affirmative vise le renforcement de l'estime de soi. Il s'agit d'un aspect de l'autodétermination, et cela passe forcément par l'exploration de la question: quel est exactement le genre que la personne ressent comme sien et qu'elle veut exprimer? La thérapie affirmative travaille sur la résilience des jeunes, sur leur capacité à gérer les émotions, sur les séquelles traumatiques liées aux oppressions que beaucoup vivent. Elle est l'inverse de la pathologisation des identités trans. Certains médias et l'AMQG créent l'impression que les thérapeutes transaffirmatifs proposent des hormones aux jeunes – ce n'est pas la réalité dans la pratique. Les hormones ne sont qu'un des aspects possibles de l'accompagnement, pas pour tou-te-s et pas à n'importe quel moment.

4. Le mandat d'Agnodice : soutenir et orienter les jeunes et leurs parents

Notre approche affirme la légitimité d'autodéterminer son genre. La dimension et les dynamiques familiales nous apparaissent centrales. Notre travail avec les familles s'ancre fondamentalement dans une perspective systémique autant au cœur du cercle familial que de l'environnement. Notre volonté première est de soutenir la famille dans son intégralité à travers les questionnements de leur enfant. Il convient ainsi de s'adapter aux différents rythmes (parents - enfant) afin de construire un équilibre confortable pour chacun-e.

Notre pratique est d'accueillir, d'écouter, de répondre, d'informer, de conseiller, d'orienter et d'accompagner les jeunes et les parents qui s'adressent à nous. Nous ne sommes pas un prestataire de soins médicaux. Subventionnés par l'Etat de Vaud, nos services sont gratuits.

5. Le droit à l'autodétermination des enfants et jeunes de moins de 18 ans :

L'autodétermination est la capacité de « prendre des décisions à son propre sujet et ainsi de déterminer ses propres actes » (A. Kley, H. Zaugg, Urteilsfähigkeit, Saint-Gall 2014).

Selon l'art. 19c alinéa 1 du Code civil, les personnes capables de discernement, majeures ou mineures, exercent leurs droits strictement personnels de manière autonome.

De plus la Convention du 20 novembre 1989 relative aux droits de l'enfant, à laquelle la Suisse a adhéré, prévoit à l'art. 12 alinéa 1 que « *les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.* »

Enfin la Convention du 4 avril 1997 sur les droits de l'Homme et la biomédecine précise à l'art. 6 que « *l'avis du mineur est pris en considération comme un facteur de plus en plus déterminant, en fonction de son âge et de son degré de maturité* ».

Ces dispositions légales sont encore renforcées par les lois cantonales sur la santé, par ex. LSP Vaud, art 23.

D'un point de vue juridique, les parents ne peuvent donc pas arguer du fait que leur enfant est encore mineur pour ignorer ou contrarier son identité de genre. Depuis 1988, la jurisprudence fédérale n'a cessé de renforcer le droit de l'enfant face aux professionnel·le·s et à ses parents, de manière de plus en plus déterminante en fonction de son âge et de son degré de maturité. De plus, contrarier le genre de son enfant et le mégenrer (c'est à dire en parler, ou lui parler, en ignorant son genre autodéterminé) est contraire à l'éthique et sera vécu comme une violence.

- 6. La capacité de discernement :** Essentielle à l'autodétermination, elle ne dépend pas de l'âge. Le droit suisse ne connaît pas d'âge minimal pour consentir à, ou refuser, un traitement médical. La personne mineure doit avoir la capacité de comprendre les informations et de former sur cette base sa propre opinion. Comme avant tout autre traitement, c'est le/la médecin traitant et informant le/la jeune trans ou non-binaire qui évalue sa capacité de discernement.

A partir de 2022, le Code civil prévoit une procédure simplifiée de changement de l'indication du sexe à l'état civil qui se fera sur simple autodéclaration. L'art. 30b alinéa 4, chiffre 1 précise que dès 16 ans, l'accord des parents n'est plus nécessaire.

- 7. Le consentement éclairé :** il est la condition nécessaire pour que tout acte médical, quel qu'il soit, soit légal. Pour notre Fondation et son réseau de professionnel·le·s, il est un fondement indispensable pour l'accompagnement psychologique comme pour les traitements médicamenteux ou chirurgicaux d'affirmation du genre. C'est le consentement volontaire, informé et préalable, de la personne capable de discernement, indépendamment de son âge. Il en va de même pour une chimiothérapie ou une interruption de grossesse par exemple.

Les professionnel·le·s du réseau Agnodice veillent à ce que la personne soit préalablement informée de manière complète sur le traitement, ses avantages, ses conséquences et ses risques, et sur les alternatives. C'est le devoir du ou

de la professionnel-le de santé d'informer la personne correctement et d'une manière compréhensible pour elle, donc adaptée à son âge et à ses capacités cognitives. Le but du consentement éclairé est la protection de l'intégrité et de l'autonomie. En termes légaux, cette protection fait partie intégrante du droit au respect de la vie privée (art. 8 CEDH ; art. 10 Cst.). Juridiquement, sauf incapacité de discernement avérée, le consentement ou le refus des parents ne prime pas.

En pratique l'approche thérapeutique transaffirmative est complexe et prudente, cherche un mieux-être durable et tend vers la décision médicale partagée pour chaque étape. L'information et l'accord des parents sont toujours recherchés. Plus l'enfant est jeune, plus ils sont considérés comme cruciaux.

- 8. Notre réseau de professionnel-le-s :** nous n'orientons que vers des médecins ou des psychothérapeutes que nous connaissons, qui participent régulièrement à nos supervisions et séminaires cliniques, et pratiquent la thérapie transaffirmative, respectueuse de la personnalité et des droits de l'enfant. Leur travail se coconstruit sans précipitation, de manière totalement individualisée, et tient compte des craintes, des doutes ou des désaccords, qui sont normaux et légitimes. Néanmoins, chacun-e de ces professionnel-le-s est autonome et individuellement responsable de ses méthodes et des options thérapeutiques proposées.

- 9. Ne rien faire c'est aussi faire quelque chose :** Agnodice entend les inquiétudes légitimes des parents mais rappelle que refuser ou retarder des interventions médicales nécessaires aux jeunes peut prolonger leur souffrance de genre et faire émerger ou aggraver une détresse psychiatrique. Imaginer que « ça passera » ou que « c'est la crise d'adolescence » est potentiellement dangereux. De très nombreuses études internationales récentes montrent que la suicidalité chez les jeunes trans est importante. Les recherches montrent qu'il y a de meilleures chances de la prévenir, dans un contexte social aidant, avec du soutien parental et un accès aux traitements de confirmation de genre.

- 10. Chaque parcours est unique et sur mesure :** tout comme le positionnement identitaire et l'autodéfinition de genre sont singuliers, les options sociales, scolaires et médicales utilisées pour soulager la dysphorie doivent être individualisées. Pour y parvenir, les professionnel-le-s transaffirmatif-ve-s n'utilisent que les moyens d'affirmation du genre strictement nécessaires. Il peut s'agir selon l'âge et le besoin de moyens réversibles (changement social et scolaire de genre, blocage de la puberté), partiellement réversibles (hormones de substitution) ou irréversibles (chirurgie). Nos accompagnements individualisés sont décrits dans le Guide de bonnes pratiques pour les changements de genre à l'école, [téléchargeable ici](#).

Si votre enfant manifeste une souffrance ou un questionnement persistant à propos de son genre et que vous éprouvez le besoin d'approfondir la position ci-dessus, n'hésitez pas à contacter notre équipe. Nous vous répondrons ou vous rencontrerons avec plaisir.

Lausanne le 30.08.2021

Pour la Fondation Agnodice

Le Conseil de fondation
La direction
L'équipe des psychologues

Ressources et compléments bibliographiques

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Statement Responding to Efforts to ban Evidence-Based Care for Transgender and Gender Diverse Youth. 2019.
https://www.aacap.org/AACAP/Latest_News/AACAP_Statement_Responding_to_Efforts-to_ban_Evidence-Based_Care_for_Transgender_and_Gender_Diverse.aspx
2. American Academy of Pediatrics, Human Rights Campaign Foundation, American College of Osteopathic Pediatricians (Lead Author Murchison G). Supporting & Caring for Transgender Children. 2016.
<https://assets2.hrc.org/files/documents/SupportingCaringforTransChildren.pdf>
3. Ashley F. Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanizing. Journal of Medical Ethics, 2019: 45; 480-482.
4. Bhattacharya N, Budge SL, Pantalone DW, Katz-Wise SL. Conceptualizing Relationships Among Transgender and Gender Diverse Youth and Their Caregivers. Journal of Family Psychology, 2021: 35 (5); 595-605.
5. Cornell University. What we know. What does the scholarly research say about the effect of gender transition on transgender well-being? 2018.
<https://whatweknow.inequality.cornell.edu/topics/lgbt-equality/what-does-the-scholarly-research-say-about-the-well-being-of-transgender-people/>
6. De Vries ALC, McGuire JK, Streensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment. Pediatrics, 2014: 134 (4); 696-704.
7. De Vries ALC, Richards C, Tishelman AC, Motmans J, Hannema SE, Green J, Rosenthal SM. Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents. Internal Journal of Transgender Health, 2021: 22 (3); 217-224.



Fondation Agnodice

8. Ehrensaft D. Gender non conforming youth: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2017; 8; 57-67.
9. Holt, V., Skagerberg, E., & Dunsford, M. (2016). « Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties », *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 21, p. 108-118.
10. Malpas J. *Between Pink and Blue: A Multi-Dimensional Family Approach to Gender Nonconforming Children and their Families*. *Family Process*, 2011; 50 (4); 453-470.
11. Medico D, Pullen-Sansfaçon A, Galantino GJ, Zufferey A. "J'aimerais mourir." Comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d'oppression développementale. *Frontières*, 2020 : 31 (2).
12. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics*, 2016; 137 (3); e20153223.
13. Pullen-Sansfaçon A. Parentalité et jeunes transgenres : un survol des enjeux vécus et des interventions à privilégier pour le développement de pratiques transaffirmatives. *Santé mentale au Québec, Identités et orientations sexuelles*, 2015 : 40 (3) ; 93-107.
14. Pullen-Sansfaçon A, Medico D. *Jeunes trans et non-binaires : de l'accompagnement à l'affirmation*. 1ère édition. Gatineau (Québec, Canada) Les éditions du remue-ménage ; 2021
15. Reisner, S. L., Greytak, E.A., Parsons, J.T., & Ybarra, M.L. (2015). « Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity », *The Journal of Sex Research*, vol. 52, n°3, p. 243-256.
16. Rimes, K. A., Goodship, N., Ussher, G., Baker, D., & West, E. (2019). « Non-binary and binary transgender youth: Comparison of mental health, self-harm, suicidality, substance use and victimization experiences », *International Journal of Transgenderism*, vol. 20, no 2-3, p. 230-240.
17. Singh AA, Meng SE, Hansen AW. "I Am My Own Gender": Resilience Strategies of Trans Youth. *Journal of Counseling & Development*, 2014; 92 (April 2014); 208-218.
18. Telfer MM, Tollit MA, Pace CC, Pang KC. *Australian Standard of Care and Treatment Guidelines for Trans and Gender Diverse Children and Adolescents*. Version 1.1. Melbourne: The Royal Children's Hospital, 2018.
19. Wahlen R, Brockmann C, Soroken C, Bertholet L, Yaron M, Zufferey A, Ambresin AE, Merglen A. Adolescents transgenres et non-binaires : approche et prise en charge par les médecins de premier recours. *Revue Médicale Suisse* 2020 : 16 ; 789-793.
20. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med* 2018;15:582-590.