

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1624

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Antoine Godel

le 03 octobre 2022

VULNÉRABILITÉS PSYCHIQUES ET ADOLESCENCES
TRANSGENRES, UNE ÉTUDE D'ÉPIDÉMIOLOGIE DESCRIPTIVE

Directeur de thèse : Dr Sophie Çabal-Berthoumieu

JURY

Monsieur le Professeur Jean Philippe Raynaud	Président
Monsieur le Professeur Christophe Arbus	Assesseur
Madame la Docteur Sophie Çabal-Berthoumieu	Assesseur
Madame la Docteur Audrey Cartault	Assesseur
Madame la Docteur Stéphanie Cussot-Charpentier	Suppléant

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZJ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUDA Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BÜJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Falemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DÜLY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elle (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves Mme BOURGEOIS Odile M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Moloko M. PIPONNIER David M. POÛTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie	
P.U. Médecine générale M. MESTHÉ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maitres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
Mme PUECH Marielle

Remerciements :

Je tiens à remercier Monsieur le Professeur Jean Philippe Raynaud pour avoir rendu possible la réalisation de ce travail au sein du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Qu'il soit aussi remercié pour ses conseils éclairés sur la rédaction du protocole de l'étude, pour son soutien tout au long de cette entreprise et pour avoir accepté la présidence de ce jury de thèse.

J'adresse également tous mes remerciements à Monsieur le Professeur Christophe Arbus pour avoir accepté de faire parti des membres du jury ainsi que pour son rôle de coordonnateur du DES de Psychiatrie à Toulouse.

J'exprime toute ma gratitude à ma Directrice de thèse, le Docteur Sophie Çabal-Berthoumieu sans qui cette thèse n'aurait jamais pu voir le jour. Je lui suis particulièrement reconnaissant pour la patience et la bienveillance dont elle a fait preuve à mon égard. La qualité de son accompagnement en tant que directrice a pleinement participé au plaisir que j'ai eu à réaliser ce travail.

J'exprime ma reconnaissance aux Docteur Audrey Cartault et au Docteur Séphanie Cussot-Charpentier qui ont accepté d'être membres du jury. Je les remercie également toutes deux pour l'intérêt qu'elles ont manifesté pour ce travail.

Je tiens également à exprimer ma gratitude aux adolescents qui ont accepté de participer à l'étude ainsi qu'à leurs parents. Leur aide était indispensable et le service que nous leur demandions était important. Je les remercie donc pour la confiance dont ils m'ont honoré et pour la générosité dont tous ont fait preuve au cours des entretiens.

Merci à mes parents pour leur aide pendant toutes ces années. Maman, merci pour la correction des fautes dans le manuscrit, les années passent mais n'améliorent que très modestement ma condition orthographique.

Enfin, je souhaite témoigner de la très profonde gratitude que je ressens à l'égard de ma

compagne Lisa. Elle m'a appuyé à chaque étape de ce travail depuis le titre dont elle la co-auteurice, jusqu'à la conclusion qu'elle a eue la patience de m'écouter lire, sans doute plus de fois qu'il n'en aurait fallu.

Table des matières :

I)Introduction.....	p9
II)Méthodologie.....	p12
a) Participants.....	p13
b) Protocole.....	p13
c) Mesures.....	p14
d) Analyse des données.....	p14
III) Résultats	p15
a) Données démographiques.....	p15
b) Comorbidités psychiatriques.....	p16
c) Refus de participation.....	p18
IV) Discussion.....	p18
a) Critères d'inclusion.....	p18
b) Critères de non inclusion.....	p19
c) Regroupements diagnostic.....	p20
d) Données démographiques.....	p20
e) Troubles anxieux.....	p21
f) Troubles de l'humeur.....	p24
g) Risque suicidaire.....	p24
h) Troubles de la lignée psychotique.....	p25
i) TSA et autres troubles du neurodéveloppement.....	p26
j) Troubles du comportement alimentaire.....	p28
k) Troubles liés à une substance.....	p29
l) Le traitement hormonal.....	p30
m) Les refus d'inclusion.....	p32
n) Points forts.....	p33
o) Points faibles.....	p34
p) L'utilisation de la KSADS-PL dans un centre expert.....	p34
p.1) Applicabilité pour les professionnels.....	p35
p.2) Acceptabilité par les patients et leurs parents.....	p35
p.3) Intérêt pour les praticiens du centre expert.....	p36
q) Le rapport de janvier 2022.....	p37
r) Le recul récent de pays pionniers sur les thérapies de transition chez les mineurs..	p39
s) Le phénomène de la « détransition »	p41
V) Conclusion.....	p43
VI) Bibliographie.....	p46
VII) Annexes	p53
a) Notes d'information mineurs de 12 à 15 ans	p54
b) Notes d'information mineurs de 15 à 18 ans	p56
c) Notes d'information du/des parents	p60

I) Introduction

Le terme transgenre est largement utilisé dans le domaine des modèles explicatifs du genre qui rejoignent celui des « affirmative practices » ou pratiques positives. Ce champs qui est un modèle d'approche aujourd'hui de plus en plus prévalent sur les questions de genre (1) (2) n'est pas restreint à la psychiatrie. Il découle d'une proposition d'accueillir un large spectre d'expressions et d'identités de genre comme autant de facteurs favorisant le bien être émotionnel et psychologique de l'individu l'encourageant ainsi dans l'accès au développement de ses potentialités.(3)

La WPATH(World Professional Association for Transgender Health) propose la définition suivante du terme transgenre : « adjectif désignant un groupe varié d'individus qui occultent ou transcendent les catégories culturellement définies du genre. L'identité de genre des personnes transgenres peut varier à différents degrés du sexe d'assignation à la naissance ».(4) Nous avons choisi pour notre travail de désigner par cet adjectif les adolescents porteurs d'une demande de transition auprès d'un service de soin. Le travail des associations d'usagers, de part leur soutien aux mouvements de dé-pathologisation a influé sur l'approche de la psychiatrie vis à vis des personnes transgenres avec notamment l'utilisation depuis le DSMV du diagnostic de « dysphorie de genre » où il est décrit comme le sentiment de détresse associée à la perception d'incongruence entre le genre assigné à la naissance et le genre vécu .(5) Une nouvelle avancée dans cette direction a été portée récemment depuis l'implémentation de la CIM11 en janvier 2022 qui transfère « l'incongruence de genre » du chapitre des affections psychiatriques où elle se trouvait dans la CIM10 à celui concernant la santé sexuelle.(6,7) Cette dé-pathologisation a été fortement soutenue par la WPATH .

Ce diagnostic reste peu fréquent dans la population générale, des travaux récents suggèrent cependant une augmentation de sa prévalence au cours des deux dernières décennies. Ainsi des études provenant de plusieurs pays européens et non européens rapportent qu'elle se situerait actuellement dans une fourchette de 0,5 à 1,3 % tous âges confondus.(8)

Ces chiffres de prévalence atteindraient même en 2014 au Danemark, selon Kuypers et Wijnen dans une étude basée sur la libre déclaration, 4,6 % chez les personnes assignées de sexe masculin à la naissance et 3,2 % chez les personnes assignées de sexe féminin à la naissance. (9)

Cette hypothèse d'une prévalence en progression est rejointe par le constat d'un

accroissement de la demande pour des suivis au sein de services médicaux spécialisés dans l'abord des problématiques d'identité de genre en particulier chez les enfants et les adolescents(10). Bouman et al émettent l'hypothèse d'une augmentation de la demande de consultations pour dysphorie de genre du fait de multiples facteurs dont l'augmentation de visibilité dans l'espace public et culturel de personnalités trans, de productions cinématographiques et l'influence d' internet comme moyen de diffusion de l'information sur l'existence de procédures médicales de réassignation.

Les adolescents transgenres sont une population au sein de laquelle la prévalence des troubles psychiques présente des particularités. Des études menées auprès de jeunes consultants dans des centres de soins spécialisés dans l'accueil d'enfants et adolescents transgenres ont ainsi mis en évidence au moyen d'auto-questionnaires une probable surreprésentation dans cette population de troubles dépressifs et de troubles anxieux notamment les TOC et les TSPT.(11)

D'autres études s'intéressant spécifiquement à certaines nosographies comme les TSA ont montré que les jeunes transgenres présentaient par rapport aux groupes contrôle des scores plus élevés aux tests évaluant l'intensité de l'expression clinique des différents symptômes constitutifs du trouble.(12,13)

Des résultats semblables sont mentionnés par des études utilisant elles aussi des échelles dimensionnelles centrées sur un groupe de troubles spécifiques ; ainsi les TCA sont également concernés comme un groupe nosographique étant non seulement plus prévalent mais aussi d'expression plus sévère chez les adolescents transgenres comparé aux adolescents non-transgenres souffrant des mêmes troubles.(14)

De même des résultats concernant le risque suicidaire et l'usage de substances montrent que les jeunes trans sont plus à risque sur ces deux dimensions que leurs camarades non trans(15). Grossman et d'Augelli ont recueilli auprès d'un échantillon de 53 jeunes trans âgés de 15 à 21 ans que 45 % avaient déjà eu des idées suicidaires et que 26 % avaient déjà mis en acte une

tentative de suicide.(16)

Ces résultats rejoignent les données quantitativement plus importantes des études menées auprès de personnes transgenres adultes qui montrent des taux significativement plus élevés d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide comparé aux groupes contrôle non trans. (17,18)

De Vries et al ont étudié l'impact à moyen terme des traitements de réassignation hormonaux et chirurgicaux dispensés et suivis dans des centres de soin par des équipes multidisciplinaires spécialisées dans les problématiques de genre. Ces équipes rassemblaient des professionnels de santé mentale, des chirurgiens et des médecins endocrinologues. Leur suivi longitudinal a montré l'impact positif de ces thérapies sur l'amélioration des symptômes de dysphorie de genre au cours de l'adolescence et son maintien à l'âge adulte. Les auteurs ont également pu objectiver des améliorations sur de nombreuses autres dimensions du fonctionnement psychologique et du bien-être psychique.(19)

En revanche il est également suggéré que les traitements de réassignation seuls ne seraient pas suffisants pour soulager les comorbidités psychiatriques de ces jeunes.(20) Il apparaît donc nécessaire de favoriser le dépistage des comorbidités psychiatriques dans cette population pour ensuite proposer des prises en charge adaptées, ainsi une représentation de la prévalence de ces troubles dans cette population semble nécessaire.

Cependant Fuss J, Auer MK et Briken P montrent dans leur revue de la littérature que les études d'épidémiologies descriptives s'intéressant spécifiquement à la prévalence des troubles psychiatriques chez les adolescents transgenres révèlent après comparaison une hétérogénéité significative de leurs résultats selon le pays où a été effectuée la recherche. Ainsi ces adolescents observés par le prisme de la présence ou non de troubles psychiatriques se présentent de manière différente selon qu'ils résident aux Pays bas, au Canada, en Belgique, en Norvège ou encore en Allemagne.(19).

En France, N. Mendes, C. Lagrange et A. Condat montrent à travers leur revue de la littérature que les travaux de recherche effectués sur le sujet de la dysphorie de genre chez

l'enfant et l'adolescent sont peu nombreux au regard de la littérature issue d'autres pays.(22)
De plus les travaux français explorant les comorbidités psychiatriques dans cette population sont des études rétrospectives et n'utilisent pas d'outils de recueil standardisés.(1,23)

Partant de ce constat, ce travail se propose de recueillir à l'aide d'un outil standardisé des données d'épidémiologie descriptives centrées autour des comorbidités psychiatriques chez un échantillon d'adolescents transgenres bénéficiant d'un suivi dans un service de consultation pluridisciplinaire spécialisé dans les questions de genre au sein du CHU de Toulouse.

Au moment de la rédaction du protocole de notre étude, il n'existait pas à notre connaissance de travaux menés en France ayant entrepris une évaluation prospective au moyen d'outils standardisés des comorbidités psychiatriques chez des adolescents transgenres.

II) Méthodologie

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (protocole N° ID-RCB : 2021-A02116-35). Le promoteur est le CHU de Toulouse (Ref interne RC31/21/0385)

Des notices explicatives concernant les objectifs de l'étude, son déroulement ainsi que le cadre légal dans lequel elle a été effectuée ont été élaborées spécialement pour ce travail. Trois notices ont été produites, une à destination des responsables légaux, une pour les adolescents âgés de 12 à 15 ans et une pour ceux âgés de 15 à 18 ans. Les adolescents ayant participé ainsi que leurs responsables légaux ont tous reçu la notice qui leur était destinée en amont et ont pu donner leur consentement éclairé à leur participation à l'étude.

a) Participants

Un total de 15 adolescents âgés de 12 à 17 ans ont participé à cette étude. Les critères d'inclusion étaient d'être situé dans une fourchette d'âge entre 12 ans révolus et 18 ans non révolus et de bénéficier d'un suivi en cours à la consultation autour du questionnement de genre au CHU de Toulouse. Les critères de non inclusion étaient de n'avoir pas encore bénéficié d'un premier rendez-vous à la consultation autour du questionnement de genre ou de n'avoir plus qu'un dernier rendez-vous avant la fin de la prise en charge au moment de la sélection.

Les patients pouvant être inclus étaient d'abord identifiés sur le planning de rendez-vous de la consultation de questionnement autour du genre, leurs parents étaient ensuite contactés par téléphone selon l'ordre des rendez-vous. Ce premier contact avait pour objet de présenter le travail de recherche en cours, il était alors proposé de transmettre les notices explicatives ainsi que de programmer un deuxième appel téléphonique le lendemain ou le surlendemain. Ce deuxième appel auquel était convié l'adolescent avait pour but de répondre aux questions éventuelles qui seraient survenues à la lecture des notices puis de programmer avec les familles intéressées un rendez-vous en présentiel pour réaliser l'entretien de recueil des données.

b) Protocole :

L'objectif principal de l'étude est une description de la prévalence des comorbidités psychiatriques présentes chez des adolescents bénéficiant d'un suivi auprès d'un service de consultation spécialisée sur la dysphorie de genre. Le critère de jugement principal était la liste des diagnostics selon le DSM V des troubles mentaux présents au moment de l'entretien de recueil des données.

Les autres informations collectées auprès du patient étaient son âge, le sens de la transition MtF (Male to Female) ou FtM (Female to Male) et si un traitement hormonal à visée de transition était en cours. Les refus d'inclusion étaient également comptabilisés, en cas de refus de participation à l'entretien de recueil des données, les circonstances du refus étaient les seules données consignées.

Le recueil des données a eu lieu au cours d'un unique entretien centré autour de la passation par le patient d'un questionnaire semi-structuré: la KSADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia). L'adolescent était interrogé seul puis avec un parent accompagnateur. L'entretien était conduit par un interne en cours de spécialisation en psychiatrie qui synthétisait ensuite les réponses recueillies sous forme de diagnostics du DSM V. Il les communiquait ensuite au médecin référent de la prise en charge du patient au sein de la consultation de questionnement autour du genre, ainsi si un diagnostic était retenu une prise en charge adaptée pouvait être proposée au patient. Les patients et leur familles étaient informés de leur possibilité de demander à ce que le médecin leur fasse un retour sur les résultats de cet examen.

c) Mesures :

Le critère de jugement principal a été mesuré au moyen de la K-SADS-PL DSM-5 Version Française 2018. Cet outil est un entretien semi-structuré validé pour conduire des évaluations diagnostiques standardisées auprès d'une population âgée de 6 à 18 ans.(24) Il a été utilisé pour notre travail comme un instrument transversal permettant d'objectiver la présence ou non de troubles diagnostiqués selon le DSM V. S'agissant d'une population d'adolescents, notre protocole prévoyait que les questions soient posées au patient seul puis qu'un parent accompagnant se joigne à l'entretien pour sa dernière partie afin de compléter au besoin les réponses de l'adolescent.

d) Analyse des données :

Les analyses descriptives et statistiques ont été réalisées avec l'aide du logiciel LibreOffice Calc . Pour cette étude, 25 variables ont été sélectionnées. Les variables qualitatives (diagnostic présent, sens de la transition et présence d'un traitement hormonal à visée de

transition) ont été exprimées en unité et en pourcentage. Des patients ont pu être représenté plus d'une fois si ils présentaient des diagnostics multiples et ont ainsi été comptés dans chaque catégorie pour laquelle ils présentaient un diagnostic. La variable quantitatives (âge) a été exprimée sous forme de moyenne et d'écart type.

Pour l'exploitation des données sur les refus de participation à l'entretien, leur analyse à posteriori a permis de les classer en catégories.

III) Résultats

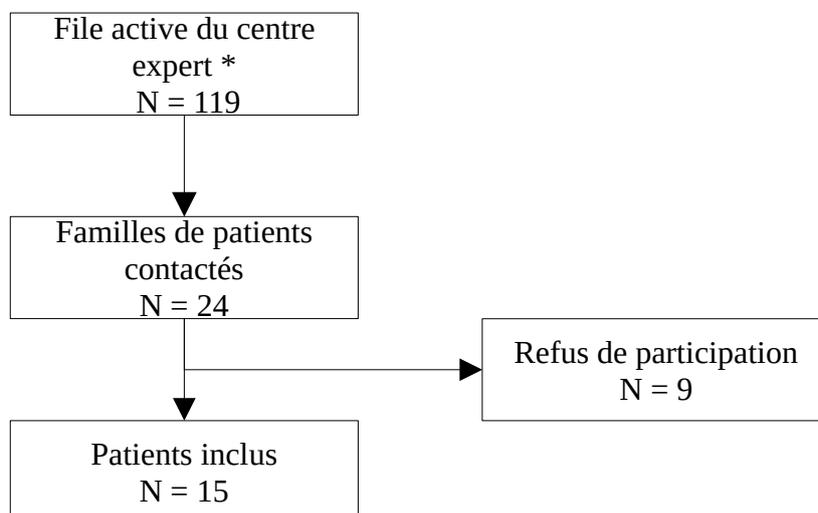
a) Données démographiques :

L'échantillon était constitué de 15 adolescents (âge moyen= 15,3 ans \pm 1,5). Parmi ces jeunes, 20 % étaient MtF et 80 % étaient FtM. Au total 24 familles avaient été contactées pour leur proposer une inclusion, les refus qui s'élèvent à 9 ,soit plus d'un tiers, n'ont pas été considérés comme inclus, leurs données démographiques n'ont donc pas été relevées.

Le tableau 1 présente le diagramme de flux des inclusions.

Tableau 1 :

Diagramme de Flux des inclusions dans l'échantillon étudié.



* à la date du début de l'étude soit au 26/11/21

Le tableau 2 présente les données démographiques de l'échantillon.

Tableau 2 :

Données démographiques de l'échantillon étudié

	MtF	FtM	Total
Effectif	N (%)	N (%)	N (%)
	3 (20)	12 (80)	15 (100)
Âge	moyenne (ET)	moyenne (ET)	moyenne (ET)
de 12 à 17 ans	15,3 (1,2)	15,3 (1,7)	15,3 (1,5)

ET= écart type

b) Comorbidités psychiatriques

Le tableau 3 présente la prévalence des comorbidités psychiatriques dans l'échantillon étudié.

Tableau 3 :

Prévalence des comorbidités psychiatriques dans l'échantillon étudié (N= 15 participants)

Comorbidités psychiatriques	Total , N (%)
Épisode dépressif	5 (33)
Bipolarité et trouble disruptif	0 (0)
Troubles du spectre de la schizophrénie	0 (0)
Troubles anxieux	11 (73)
Tics	3 (20)
Autres troubles du neurodéveloppement*	0 (0)
Troubles du comportement alimentaire	1 (7)
Troubles liés à une substance	1 (7)

*(TDAH – TOP – TDC – TSA)

Dans notre échantillon de patients 80 % (12 cas) ont présenté des diagnostics multiples et 80 % des épisodes dépressifs (4 cas) présentaient les caractéristiques d'une dysthymie.

4 patients (27%) prenaient un traitement hormonal à visée de transition, 3 FtM et 1 MtF entre 16 et 17 ans. Tous les 4 présentaient au moins un diagnostic de troubles anxieux et un d'entre eux souffrait également d'un épisode dépressif caractérisé.

Le tableau 4 présente la prévalence des différents troubles anxieux dans l'échantillon étudié.

Tableau 4 :

Prévalence des troubles anxieux dans l'échantillon étudié (N = 15 participants)

Trouble anxieux	Total, N (%)
Trouble panique	2 (13)
Agoraphobie	3 (20)
Anxiété de séparation	1 (7)
Anxiété sociale	8 (53)
Trouble phobique	6 (40)
Anxiété généralisée	8 (53)
Troubles obsessionnels compulsifs	1 (7)

c) Refus de participation

Parmi les 24 familles de patients contactées, 9 (37,5%) ont exprimé un refus de participer à l'étude.

Les pourcentages de ce paragraphe sont exprimés par rapport à ces 24 contacts.

Les circonstances des refus ont été relevées et sont listées ci-dessous à côté de l'effectif concerné :

- Le parent contacté déclare que son adolescent se trouve trop mal psychologiquement pour participer à l'entretien : 3 cas (12%)
- Le parent et l'adolescent mettent en avant des contraintes d'emploi du temps : 2 cas (8%)
- Annulation car l'adolescent est atteint de la COVID19 : 1 cas (4%)
- Le parent contacté se déclarait intéressé lors du premier appel téléphonique puis n'a plus donné de suite : 2 cas (8%)
- Le parent contacté craint que les données de son adolescent ne soient commercialisées : 1 cas (4,%)

Parmi les refus, le contact téléphonique avec le parent en présence de l'adolescent a été possible pour 3 situations, il s'agissait des 2 cas « contraintes d'emploi du temps » et du cas « COVID 19 ». Pour les 6 autres situations, soit un quart des familles contactées, le contact avec l'adolescent n'a pas été possible.

IV Discussion

a) Critères d'inclusion

Notre étude s'est penchée spécifiquement sur la question de l'adolescence transgenre. En considérant l'adolescence en tant que période de l'existence différente dans ses problématiques de celles qui la bornent à savoir l'enfance et l'âge adulte, il nous a fallu choisir pour cette étude un procédé pour répondre à la question « Qui est adolescent et qui ne

l'est pas ? » L'approche biologique reprenant la définition de l'adolescence comme moment où l'organisme traverse la puberté pour l'amener à la maturité sexuelle ne nous a pas semblé applicable pour notre cadre de travail. La définition de la World Health Association utilisant une limite d'âge avec deux bornes claires : 10 ans pour le début, 19 ans pour la fin nous semblait plus pertinente pour notre propos mais encore trop large dans la mesure où notre sujet d'étude, la souffrance psychique, était amené à s'exprimer de manière trop différente entre un patient de 10 ans et un patient de 19 ans.

L'âge limite de 12 ans a donc été choisi dans la mesure où il constitue en France la classe d'âge d'entrée au collège : en un certain sens nous adoptons donc un point de vue sociologique mais qui nous semble cohérent avec la pratique clinique ainsi qu'avec la définition adoptée par les Schémas Régionaux de Santé en France.

L'autre borne des 18 ans correspond à l'âge au-delà duquel le service de consultation autour des questionnements de genre passe le relais aux services de psychiatrie et d'endocrinologie pour patients adultes.

Le deuxième critère d'inclusion, que l'on retrouve dans le titre, n'est pas d'un abord plus aisé que le premier : transgenre. Un terme qui n'appartient pas au champ de la médecine puisque celle-ci lui préférera le terme de dysphorie de genre, une nosographie dont nous aborderons plus bas les remaniements récents. Le diagnostic de dysphorie se réfère spécifiquement à la souffrance découlant du vécu d'inadéquation entre le sexe dit assigné à la naissance et le sentiment d'identité du genre. Nous servir d'un diagnostic comme critère d'inclusion pour un travail où le recueil des données allait justement être un entretien de dépistage diagnostique nous semblait un possible vecteur de confusion en choisissant un présupposé de même nature que celle du critère de jugement.

Notre second critère d'inclusion a donc été le fait d'être en cours de suivi à la consultation de questionnement autour du genre du CHU de Toulouse, l'intitulé du service nous ayant semblé être la meilleure formulation pour illustrer ce qui rassemblait les jeunes patients que nous allions rencontrer.

b) Critères de non inclusion

Le choix de ne pas inclure les patients qui n'avaient pas encore effectué leur premier rendez-

vous à la consultation se rapporte à des considérations sur l'alliance thérapeutique entre le patient et le service de soin. Nous avons en effet estimé que proposer par téléphone à des primo-consultants qui n'étaient jamais venus dans le service une participation à une étude sur l'existence de comorbidités psychiatriques pouvait donner lieu à des craintes qui auraient entravées l'adhésion aux soins qui y sont proposés.

Le deuxième critère de non inclusion était de « n'avoir plus qu'un dernier rendez-vous à la consultation autour du questionnement de genre au moment de la sélection ». Nous aurions en effet considéré non éthique l'éventualité de porter un diagnostic de trouble psychique au moment d'une fin de prise en charge.

c) Regroupements de diagnostics

La KSADS-PL regroupe 51 diagnostics au total. Nous avons pris le parti de regrouper certains de ces diagnostics.

Au total nous avons choisi de faire apparaître huit groupes diagnostics dans le tableau numéro trois : épisode dépressif, bipolarité et trouble disruptif, troubles du spectre de la schizophrénie, troubles anxieux, tics, autres troubles du neurodéveloppement, troubles du comportement alimentaire et troubles liés à une substance. Ce choix de présentation s'est fait dans une optique de lisibilité des résultats.

La forte prévalence retrouvée de troubles anxieux nous a conduits à présenter les différents diagnostics de cette catégorie dans le tableau numéro 4.

d) Données démographiques (âge et sex ratio)

Au cours de notre travail nous avons rencontré 15 adolescents transgenres âgés de 12 à 17 ans, leur âge moyen était de 15,3 ans avec un écart type de 1,5.

80 % d'entre eux sollicitaient le centre expert pour un questionnement en lien avec une transition allant dans le sens FtM, les 20 % restant dans le sens MtF.

Cette surreprésentation d'adolescents FtM dans notre échantillon est également retrouvée et signalée dans d'autres études publiées ces dernières années (11,25–27).

Or cette disproportion n'a pas toujours été de mise. Aitken et al décrivent ainsi dans leur étude

multicentrique avoir assisté entre 2006 et 2013 à une inversion du sex-ratio des patients consultant dans les centres experts. Ce quotient qui dans les années précédentes présentait un déséquilibre en faveur des MtF a progressivement évolué en faveur des FtM. Après l'exploration de différentes conjectures visant à expliquer ce phénomène en confrontant leurs données statistiques avec celles de la littérature, les auteurs ont conclu que l'hypothèse la plus vraisemblable était celle de l'influence de facteurs sociaux. En effet leur revue fait état que les comportements transgenres chez l'adolescent font l'objet d'une plus grande stigmatisation sociale chez les MtF que chez les FtM (par exemple, le rejet par les pairs et les moqueries). Il serait donc plus facile pour les FtM que pour les MtF de faire leur coming-out en tant que transgenres.(28)

e) Troubles anxieux :

Le diagnostic de trouble anxieux a été porté quand le trouble entraînait une altération significative du fonctionnement et donc l'indication d'une prise en charge spécifique. Les symptômes anxieux isolés ou ceux qui auraient pu correspondre à un trouble individualisé mais qui n'entraînaient pas d'altération sur le plan de la scolarité, de la vie familiale et/ou des conduites sociales avec les pairs n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic.

Nous avons ainsi retrouvé que 73 % des adolescents de notre échantillon présentaient au moins un diagnostic de trouble anxieux. Nous retrouvons que 53% avaient une anxiété sociale, 53% un TAG, 40% un trouble phobique, 7% une anxiété de séparation, 7% un TOC, 7% un TSPT, 13% un trouble panique et 20% une agoraphobie. Dans notre échantillon 53% présentaient plus d'un diagnostic de trouble anxieux.

Sur la question de ces diagnostics multiples le TAG s'est trouvé associé à l'anxiété sociale chez 40% de nos patients. Chaque fois que cette co-occurrence a été relevée, une attention particulière a été portée à la question du diagnostic différentiel. En effet les deux troubles rassemblent des symptômes communs notamment ceux se rapportant à l'anxiété de performance.

L'anxiété sociale a été individualisée du TAG lorsque la présence d'autres critères que celui de l'anxiété de performance étaient également présents. En particulier ceux faisant la spécificité de ce diagnostic à savoir les symptômes en lien avec la crainte disproportionnée du regard de l'autre qui entraînent un évitement ou un vécu douloureux des interactions

sociales(29)

Dans la moitié des cas présentant une anxiété sociale, l'entretien a retrouvé qu'il avait existé dans l'enfance des symptômes d'une anxiété de séparation. Cette répartition entre anxiété de séparation comme trouble anxieux plus prévalent dans l'enfance et anxiété sociale plus prévalent à l'adolescence a déjà été montré par d'autres travaux(30).

Nos résultats semblent concorder également avec ceux des études longitudinales qui ont exploré l'hypothèse de liens entre troubles anxieux dans l'enfance et troubles anxieux à l'adolescence. Bittner et al ont ainsi montré en quoi l'ancien diagnostic DSM IV de OAD (Over Anxious Disorder, fondu dans le TAG dans le DSM V) de l'enfance était un facteur prédictif d'autres troubles, dont des troubles anxieux, à l'adolescence. Leurs travaux comparaient également la sensibilité diagnostique entre OAD et TAG chez l'enfant. Leurs résultats permettaient de conclure à une nette baisse de sensibilité diagnostique dans cette classe d'âge depuis la fusion des deux diagnostics : là où le OAD aurait été diagnostiqué chez un enfant, le TAG l'est significativement moins. L'association entre l'anxiété de séparation dans l'enfance et l'anxiété sociale à l'adolescence avait elle aussi été explorée dans cette étude mais elle n'avait pas donné lieu à des résultats significatifs permettant de conclure à une association statistique entre les deux troubles(31). Hale et al par leur étude longitudinale auprès de 1318 pré-adolescents (moyenne d'âge 12 ans) sur une durée de 5 ans avaient quant à eux retrouvé une diminution significative de l'anxiété de séparation de l'enfance au cours du passage à l'adolescence tandis que l'anxiété sociale connaissait elle une augmentation.(32)

Nos données s'inscrivent donc dans la tendance décrite par Hale et al dont le travail ne prenait pas en compte les problématiques de genre.

Il nous semble donc intéressant de souligner que nos résultats chez l'adolescent transgenre suggèrent qualitativement que, dans leur trajectoire développementale, il existerait cette même tendance à l'évolution de l'anxiété de séparation dans l'enfance vers d'autres troubles anxieux à l'adolescence.

Dans leur étude sur l'état psychique des adolescents transgenres, Kuper et al ont demandé à 149 adolescents trans de remplir un autogestionnaire : la YSR (Youth Self Report). En se basant sur leurs réponses, il ont estimé que entre 15,5 et 30,1 % d'entre eux souffraient d'un trouble de stress post traumatique(11). D'autres études viennent elles aussi suggérer que les adolescents transgenres sont une population à risque pour le TSPT comme Johns et al dans leur étude multicentrique à travers les lycées de 19 états américains qui montrait de plus qu'ils

étaient d'avantage victimes de violence et de discrimination que les adolescents non trans (15).

Nous avons diagnostiqué dans notre échantillon un seul cas de trouble de stress post traumatique. Pour deux autres cas la partie dépistage de la KSADS-PL a indiqué la réalisation de la partie complément sur le psycho-trauma sans qu'au final les symptômes relevés au cours de l'entretien n'apparaissent suffisants pour poser le diagnostic de TSPT. Une hypothèse de cette sous-représentation du TSPT dans nos résultats est celle d'un biais de mesure avec une sous déclaration en lien avec notre protocole. En effet Grasso et al ont montré dans leur étude sur les difficultés à diagnostiquer ce trouble chez le mineur qu'environ 50 % des diagnostics de TSPT étaient « manqués » lorsqu'un unique entretien était réalisé(33) ce qui est le cas pour notre protocole.

D'autre part nous n'avons utilisé qu'un seul outil où le trauma se trouve directement adressé sans passer par ce que Grant et al nomment des « symptômes intermédiaires » ou « non-spécifiques ». En effet ces derniers ont mené un essai multicentrique auprès de 350 mineurs visant à évaluer l'effet de l'utilisation de plusieurs outils diagnostics (dont la KSADS) auprès de plusieurs informateurs (enfant, parents et services sociaux) afin d'identifier les cas de trouble de stress post traumatique chez le mineur. Leurs résultats ont montré une différence significative et importante dans leurs deux cohortes entre l'utilisation d'un seul outil spécifique du TSPT et leur protocole multi-outil multi-entretiens pour diagnostiquer ce trouble : ainsi le taux de diagnostic passait de 16 % à 51 % pour une cohorte et de 25 à 32% pour l'autre. Les auteurs ajoutent que dans leur expérience clinique, les mineurs pouvaient avoir tendance à s'éteindre, « shut down » dans le texte , lorsqu'ils étaient interrogés sur leurs symptômes en lien avec le PTSD. Ils ont ainsi relevé que des approches « indirectes » peuvent dans certains cas être plus efficaces comme par exemple l'emploi de la SCARED, un outil explorant les cauchemars, qui a amené leurs patients à se confier avec un facteur de fréquence augmenté d'entre 2 et 3 sur le fait d'expérimenter des cauchemars fréquents et cliniquement significatifs par rapport à l'interrogation direct de reviviscences traumatiques(34).

Il nous a semblé ici pertinent de croiser nos résultats avec d'une part la littérature faisant état d'une plus forte prévalence du TSPT chez les adolescents trans et d'autre part celle montrant les difficultés diagnostiques de ce trouble chez l'adolescent. Ces observations et nos résultats nous semblent indiquer à ce qu'une vigilance particulière soit accordée au dépistage du diagnostic de TSPT chez l'adolescent trans et à ce que le repérage de symptômes isolés

puisse conduire à d'autres entretiens d'exploration.

f) Troubles de l'humeur

Nos résultats montrent que 33% des ados de notre échantillon présentaient un épisode dépressif caractérisé qui prenait pour 80% d'entre eux la forme d'une dysthymie. Nous n'avons pas dépisté d'adolescents souffrant d'une bipolarité ou d'un trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle.

Les publications font état d'une prévalence plus importante de troubles dépressifs chez les jeunes trans(5,9). Elles témoignent en revanche de prévalences hétérogènes : certains travaux ont montré une multiplication de la prévalence de ce trouble par un facteur 2 à 3 par rapport au groupe contrôle non trans (36) d'autres retrouvent jusqu'à 64 % de troubles dépressifs dans leurs échantillons (25).

Nos données sont donc en concordance avec la littérature pour indiquer à ce qu'une vigilance particulière soit de mise pour dépister les symptômes de dépression chez ces adolescents.

Les résultats concernant la bipolarité et le trouble disruptif sont rassurants et en conformité avec la meta analyse de Dhejne et al qui ne retrouve pas de surreprésentation de ces deux troubles chez les personnes trans tous âges confondus.(37)

g) Risque suicidaire :

Notre étude n'a pas étudié spécifiquement la question du risque suicidaire. Les idées suicidaires étaient interrogées dans les compléments des troubles de l'humeur et faisaient partie des symptômes dont la présence participaient au diagnostic de trouble dépressif. Nous avons ainsi relevé un patient présentant un épisode dépressif faisant état d'idées morbides sans scénarios ou velléités suicidaires. Deux patients rapportaient avoir fait au moins une tentative de suicide par le passé et n'avaient plus d'idées suicidaires ou morbides au moment de l'entretien. Un patient souffrait d'épisode dépressif sévère et n'a pas souhaité répondre aux questions sur les idées suicidaires, nous avons donc conclu qu'au mieux des idées morbides étaient présentes.

Nous pouvons donc évoquer, à posteriori, qu'au moins quatre patients (27%) de notre

échantillon ont manifesté au cours de leur vie des symptômes du registre suicidaire dont deux chez qui la symptomatologie était présente au moment de l'entretien.

La question du risque suicidaire chez les mineurs appartenant à une minorité sexuelle a fait l'objet d'une méta-analyse récente par Giacomo et al. Leurs travaux ont montré qu'ils présentaient un risque plus élevé de tentative de suicide (OR, 3.50; 95% CI, 2.98-4.12). Parmi les 35 publications incluses, une seule décrivait les jeunes transgenres comme un groupe individué des autres minorités sexuelles et rapportait aussi un risque plus élevé (OR, 5.87; 95% CI, 3.51-9.82).(38)

Depuis la parution de cette méta-analyse De Graaf et al ont publié une étude multicentrique explorant le risque suicidaire auprès de 2771 adolescents transgenres. Les auteurs y concluent que, bien que la majorité des adolescents et des parents interrogés ne rapportaient pas d'éléments évocateurs de risque suicidaire, ce risque demeurait élevé dans cette population et ce de manière plus importante chez les FtM que chez les MtF.(39)

h) Troubles de la lignée psychotique

Les entretiens que nous avons réalisé n'ont pas conduit à diagnostiquer de troubles de la lignée psychotique. Nous pouvons avancer plusieurs commentaires devant ce constat.

Premièrement une comparaison de ces résultats avec la littérature est indiquée. La meta analyse de Dhejne et al citée plus haut émet, concernant les troubles de la lignée psychotique, l'observation qu'ils sont « rares et pas plus prévalents » que dans le reste de la population.

Les auteurs insistent cependant pour dire que sur l'étude des troubles psychotiques chez les personnes trans, la méthodologie des travaux revus était faible.

Nous n'avons pas retrouvé de travaux explorant spécifiquement la question des troubles de la lignée psychotique chez les jeunes trans.

Dans leur étude transversale et rétrospective sur un effectif de 218 enfants et adolescents, Holt et al trouvaient, parmi d'autres troubles étudiés, une prévalence de schizophrénie de 3,7 % chez les MtF et 5,8 % chez les FtM, 5,8 %.(40)

Un effectif de 15 adolescents a donc pu se montrer insuffisant pour faire apparaître une pathologie qui ne concerne qu'un pourcentage relativement réduit de patients.

Notre travail a également pu manqué de sensibilité sur cette exploration. En effet la KSADS-PL permet de dépister le trouble quand ce dernier est installé et perceptible à travers

des symptômes positifs, négatifs et dissociatifs. Il ne dispose pas comme d'autres instruments spécifiques tels que la CAARMS (Comprehensive assessment of at-risk mental states) (41) d'items évaluant les symptômes prodromaux et permettant le dépistage des états à risque de décompensation psychotique ou UHR (Ultra High Risk) (42) . Nous n'avons pas retrouvé dans notre revue de la littérature l'existence de travaux ayant exploré la thématique des questionnements de genre avec ces outils.

Le fait que nous n'ayons rencontré, ou pu rencontrer, aucun patient présentant une symptomatologie « bruyante » de la lignée psychotique pose question. Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées en plus de la faiblesse de notre échantillon face à un trouble à la prévalence trop mince ; il est ainsi possible d'évoquer un aléa statistique, ou encore un biais de sélection. Ce dernier point nous semble à relever, en effet notre protocole prévoyait une invitation des familles et de l'adolescent à participer à l'entretien de recueil des données. En se basant sur le volontariat, nous avons pu induire une sélection des familles qui se trouvaient dans une bonne alliance thérapeutique avec le centre expert les rendant ainsi d'avantage susceptibles d'accepter une inclusion. Or les troubles de la lignée psychotique sont connus pour mettre particulièrement en tension le travail de l'alliance avec les services, tout particulièrement au début de la pathologie (21). De plus la position de la famille vis à vis du soin joue sur cette question un rôle particulièrement important(44) . Il nous apparaît donc possible qu'un biais de sélection mettant en jeu l'alliance des familles au service puisse expliquer l'absence de troubles psychotiques dans notre échantillon.

Peu d'études ont abordé spécifiquement la question des troubles psychotiques chez les transgenres adultes, aucune chez le mineur en dehors des travaux qui comme le nôtre explorent l'ensemble des comorbidités psychiatriques. Barr et al dans leur revue de la littérature font ce même constat d'un manque crucial de travaux sur le sujet. En effet ils sont surtout représentés par des publications de cas. Les auteurs soulignent également les difficultés multiples et notamment éthiques lorsque ces deux problématiques se rencontrent. (45)

i) TSA et autres troubles du neurodéveloppement (TDAH – TOP – TDC – Tics – TSA)

La littérature concernant les liens entre TSA et transidentité est plus abondante, plusieurs études prospectives étudiées conjointement dans des revues et meta-analyses étayant la thèse

d'une intrication entre les deux phénomènes.

De Vries et al ont conduit une étude de la prévalence du diagnostic de TSA chez 204 adolescents suivis auprès d'un service spécialisé à Amsterdam dans les problématiques d'identité de genre au moyen de la DISCO-10, un outil validé pour l'exploration approfondie du diagnostic de TSA. Leurs résultats ont montré une incidence de TSA de 7,8 % (16 cas) soit 10 fois la prévalence connue du TSA dans la population générale aux Pays-Bas (0,6-1,0 %). (46)

L' étude cas témoin de Hisle-Gorman et al avec son effectif de 48762 enfants TSA avec chaque cas appareillé à 5 contrôles a montré qu'un diagnostic de TSA augmentait le risque relatif de diagnostic de dysphorie de genre d'un facteur 4. (47)

Van der Miesen et al ont eux utilisé la Children's Social Behaviour Questionnaire (CSBQ) auprès des parents de 490 enfants et adolescents avec un diagnostic de dysphorie de genre comparé à 2507 enfants et adolescents sans particularités de développement et 196 enfants et adolescents avec un diagnostic de TSA : ils ont retrouvé que les enfants et adolescents avec une dysphorie présentaient des niveaux statistiquement plus élevés de symptomatologie autistique que les enfants et adolescents des groupes contrôles.(12)

Ces données faisant état d'un lien entre TSA et transidentité sont confirmées par les revues systématiques de la littérature les plus récente (48) : ainsi Hermann et al après avoir rassemblé les données de 22 articles avancent que la prévalence du TSA parmi les adolescents trans serait comprise entre 4,7 et 13,3 % (49).

Thrower et al ont réalisé une revue systématique sur le TSA et le TDAH chez les transgenres, si leurs conclusions sur le TSA rejoignent celles des exemples cités plus haut, les 4 études retrouvées explorant le TDAH chez les personnes trans (2 études chez l'adulte, 2 chez l'enfant) ne permettent pas de conclure, bien que suggérant une possible prévalence plus élevée de ce trouble dans cette population.(50)

Nous n'avons pas retrouvé dans notre échantillon de patients avec un trouble du spectre autistique ou un TDAH.

Cette absence du TSA dans notre échantillon est surprenante mais peut être une fois encore due à notre faible échantillon.

Nous n'avons pas non plus retrouvé de Trouble oppositionnel avec provocation ou de Trouble des conduites.

Dans notre revue nous n'avons retrouvé qu'une seule étude sur l'adolescence transgenre

prenant en considération le TOP (51) et une autre étudiant le trouble des conduites mais sur un échantillon « LGBT » et pas uniquement trans (52). Ces deux études retrouvent respectivement 20 % et 17 % d'incidence des troubles étudiés.

j) Troubles du comportement alimentaire

Nous avons retrouvé 1 cas (6,7%) de trouble du comportement alimentaire (TCA) dans notre échantillon, il s'agissait d'un patient FtM. La symptomatologie était de type anorexie restrictive, le patient était conscient de son trouble qu'il expliquait percevoir comme une stratégie visant à empêcher le développement de certains caractères sexuels secondaires du genre qui lui avait été assigné à la naissance.

La revue de la littérature de Connolly et al rapporte les résultats de cinq travaux ayant exploré les TCA chez les adolescents trans. Les prévalences retrouvées s'échelonnaient entre 2 % et 15,8 %.(53)

La revue plus récente de Coelho et al fait également part de taux significativement plus élevés de TCA chez les ados trans, bien que les prévalences retrouvées soient elles aussi hétérogènes. Les auteurs soulignent également que les études de cas faisaient état parmi leurs patients d'une thématique récurrente, identique à celle retrouvée chez notre propre patient, à savoir : la restriction alimentaire perçue comme un moyen de ralentir la progression des caractères sexuels secondaires.(54)

Un phénomène qui semble similaire est décrit par Jones et al chez les adultes dans leur revue systématique de la littérature : la manifestation de troubles alimentaires visant à supprimer des caractéristiques corporelles du genre assigné à la naissance ou bien, visant à accentuer des caractéristiques corporelles du genre désiré. Leur travail conclut que l'insatisfaction liée au corps (body dissatisfaction) est un élément central dans la détresse ressentie par les personnes trans et qu'elle pourrait être un des facteurs de risque conduisant au développement de troubles du comportement alimentaire. Ils observent également que les travaux inclus dans leur étude suggèrent que le traitement de la dysphorie de genre semble efficace dans l'amélioration de la satisfaction liée au corps (body satisfaction). Ils concluent sur l'importance pour le clinicien d'explorer les perturbations des conduites alimentaires auprès des patients trans.(55)

Chez les jeunes trans, le repérage d'un possible TCA est un enjeu d'autant plus crucial que

Duffy et al ont montré que la rencontre des deux phénomènes était corrélée à une aggravation significative de la fréquence des comportements auto-agressifs, des idées suicidaires et des tentatives de suicide.

(56)

k) Troubles liés à une substance

Nous avons repéré dans notre échantillon un cas (6,7%) présentant un trouble lié à une substance. Il s'agissait d'une patiente MtF souffrant d'une addiction au cannabis. La patiente disait y trouver une fonction d'apaisement de son anxiété.

Peu d'études concernant l'adolescent transgenre explorent les troubles liés à une substance, nous n'en avons retrouvé qu'une seule les explorant spécifiquement. Il s'agit d'une étude cas témoin effectuée par Reisner et al qui a retrouvé des prévalences significativement plus élevées chez les adolescents trans de consommation régulière d'alcool (21,6%), de cannabis (14,8%) et d'autres substances illicites (10,3%). Il n'y avait pas de différence dans la consommation de cigarettes avec les ados non trans (17,4%) (57).

Une autre étude cas-témoin conduite par Becerra-Culqui et al sur une cohorte d'adolescents transgenres retrouvait pour les troubles addictifs des prévalences de 5,6 % chez les MtF et 5,2 % chez les FtM sans différences statistiquement significatives avec les groupes témoins. (58)

Il existe sur ce sujet davantage de travaux concernant les populations transgenres adultes mais les résultats ne sont pas homogènes. A titre d'exemple nous pouvons citer Gómez-Gil et al qui décrivent des taux de prévalence plus élevés chez les MtF que chez les FtM avec respectivement 10,7 % contre 1,4 % pour les troubles liés à l'alcool et 14,5 % contre 1,4 % pour les autres substances.(59). Cole et al retrouvent eux des pourcentages similaires, tous troubles liés à une substance confondus, de 29 % chez les MtF et 26 % chez les FtM.(60)

De Freitas et al dans leur récente revue systématique de la littérature sur les comorbidités psychiatriques des trans adultes, concluent dans le chapitre qu'ils consacrent aux troubles liés à une substance que : « du fait des différences méthodologiques entre les articles, il n'existe pas à ce jour de données uniformes sur les troubles liés à une substance chez les personnes transgenres qui permettraient d'aider à la compréhension de cette question multifactorielle. »(61)

De même, Reisner et al déclaraient dans leur revue de la littérature que bien que l'usage de substances soit actuellement considéré comme une stratégie de la minorité trans pour aborder les adversités dont elle souffre, il n'existe pas assez de données qui permettraient de conclure de manière fiable à l'existence de cette association.(62)

l) Le traitement hormonal :

En 2014, De Vries a publié les résultats d'un travail qui a connu depuis une résonance internationale dans le domaine de la prise en charge médicale des adolescents transgenres. Les auteurs y présentent ce qu'il est devenu courant d'appeler le « Dutch protocole » : un traitement proposé aux adolescents trans par une équipe pluridisciplinaire combinant en différentes étapes des bloqueurs de la puberté, des traitements hormonaux de réassignation et parfois une chirurgie de réassignation. Les effets de ce protocole de soin sur la santé psychique ont été évalués auprès d'une cohorte qui a été suivie du début de l'adolescence jusqu'aux premières années de l'âge adulte.

Les données de cette étude longitudinale ont montré une amélioration du fonctionnement psychologique de façon constante au fil du temps, ce qui a permis d'obtenir à terme des taux de troubles psychiques qui ne se distinguaient plus de ceux de la population générale.(19)

Dans notre échantillon 4 patients (27%) prenaient un traitement hormonal dans le cadre d'une thérapie de réassignation.

Il s'agissait de trois patients FtM et d'une patiente MtF entre 16 et 17 ans.

Tous les quatre présentaient au moins un diagnostic de troubles anxieux et un d'entre eux souffrait également d'un épisode dépressif caractérisé.

Ces patients ne présentaient apparemment pas moins de troubles que ceux qui ne prenaient pas de traitement hormonal.

Hisle-Gorman et al révèlent dans leur étude de cohorte rétrospective un phénomène faisant écho à notre observation. En effet ils ont noté que chez les personnes trans ayant reçu un traitement médicamenteux de réassignation (gender-affirming pharmaceuticals or GAP) avant 18 ans, la consommation de soins en santé mentale ainsi que les prescriptions de médicaments psychotropes augmentaient après l'introduction des GAP. L'étude rétrospective de la cohorte

couvrant une période de huit années, les auteurs ont pu montrer que par la suite, l'augmentation en âge était corrélée à une diminution des prescriptions de psychotropes (43). Cette observation rejoint donc, tout en y apportant une nuance, celles de De Vries sur l'amélioration présumée de l'état psychique des ados trans grâce aux protocoles de soin. Dans une autre étude rétrospective portant cette fois sur une période de 10 années, Bränström et al ont inclus l'intégralité des patients enregistrés dans le National Patient Register and the Prescribed Drug Register de la Suède soit 9,744,645 patients parmi lesquels 2,679 enregistrés comme transgenres. Les auteurs ont noté que l'introduction d'un traitement hormonal n'était pas significativement corrélée dans les années qui suivaient à une variation significative dans les prescriptions de psychotropes. En revanche leurs résultats montraient une diminution de ces prescriptions dans les années qui suivaient une chirurgie de réassignation, ils concluaient sur le fait que leurs données venaient conforter la décision de proposer des chirurgies d'affirmation du genre aux personnes trans qui le souhaitent. (64)

La meta-analyse de Murad et al, bien que antérieure aux études citées plus haut, soulignait déjà que parmi les articles qu'ils avaient étudiés, il était difficile de séparer l'effet des traitements hormonaux de celui de la chirurgie.(65)

Sur cette question les travaux de Tordoff et al peuvent apporter un début d'éclairage. Leurs données suggèrent en effet que l'hormonothérapie serait corrélée à des taux moindres de dépression et de risque suicidaire chez les ados trans au bout de 12 mois. En revanche elle ne montrait dans ce laps de temps aucune amélioration sur les symptômes de troubles anxieux(66), qui sont les troubles observés en majorité chez nos quatre patients.

Les données de la littérature semblent attester du phénomène d'amélioration de l'état psychique des adolescents trans grâce aux protocoles de soin inspirés des pratiques hollandaises. Cependant les effets des traitements hormonaux seraient à différencier des effets

de la chirurgie de réassignation. De plus les bénéfices psychiques du traitement hormonal seraient longs à obtenir dans les troubles de l'humeur et d'ordre encore indéterminé sur les troubles anxieux. Cette hypothèse expliquerait la persistance de ces troubles chez les adolescents sous GAP de notre échantillon.

Sur les spécificités des différentes modalités de prise en charge chez l'adolescent et la présentation du « Dutch model » nous renvoyons vers la publication de la WPATH (World Professional Association for Transgender Health's) ou Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre. L'association a édité en 2012 un document intitulé Standards de Soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme.(4)

m) Les refus d'inclusion

Parmi les 24 familles de patients contactées, 9 (37,5%) ont exprimé un refus de participer à l'étude. Ce constat d'un nombre très important de refus nous a amenés à posteriori à analyser les motifs auxquels ils étaient rattachés ou bien, si aucun n'était évoqué, les circonstances qui ont amené les familles à ne pas réaliser l'entretien de recueil des données. Ce travail a permis de les regrouper en catégories par unité de motif ou de circonstances.

La catégorie *l'adolescent est « trop mal » pour participer à l'entretien* représente (12 %) des refus (à noter que ce terme « trop mal » est revenu au cours des 3 conversations téléphoniques).

Il nous semble intéressant de souligner le caractère en apparence paradoxal de ce motif. En effet cette déclaration vient soutenir un refus de participation à un examen de dépistage de la souffrance psychique comme conséquence du fait que l'adolescent éprouverait « trop » de souffrance psychique.

Notre étude ne permet pas d'apporter d'explications autres que spéculatives sur ce point. Néanmoins il nous semble pertinent d'en dégager deux éléments :

D'une part, et d'une manière qui passera sans doute pour évidente à toutes les personnes

familiales avec le travail en psychiatrie, la paradoxalité nous semble à entendre comme un signal de détresse psychique. Nous renvoyons sur ce point aux travaux de Paul-Claude Racamier qui éclairent cette clinique du déni et de la paradoxalité dans son ouvrage « Le génie des origines »(67) Cette première interprétation indiquerait alors que les adolescents et leur famille qui ont refusé sur ce motif seraient en souffrance, mais dans un registre qui place l'entretien psychiatrique non comme une aide possible mais au contraire comme quelque chose qui pourrait être délétère pour le patient : « il est trop mal » pour effectuer l'entretien. La question est alors : comment répondre à ce mouvement de repli de la famille vis à vis de la psychiatrie qui cherche à voir, à reconnaître et nommer la souffrance psychique ? (c'est en tout cas de cette manière que nous considérons l'intentionnalité de cet entretien de dépistage) Le constat que 25% des refus d'entretien tous motifs confondus aient été énoncés par le parent contacté sans qu'un contact n'ait pu être réalisé avec l'adolescent semble nous amener à cette même nécessité d'interrogation du repli.

D'autre part, les attentes de l'adolescent transgenre et de chacun de ses parents vis à vis des centres experts, y compris dans leur dimension psychiatrique, nous apparaissent également comme une piste de travail pertinente, non sans lien d'ailleurs avec notre première observation sur la paradoxalité. Nous n'avons pas retrouvé dans notre revue de la littérature de travaux explorant spécifiquement cette question. Le travail qui s'en rapproche le plus nous semble être mentionné dans la méta analyse réalisé par N,Mendes C,Lagrange et A,Conda(22) où est mise en valeur une publication qui a étudié les facteurs qui peuvent influencer les parents à venir consulter au sein d'un service spécialisé(68).

Nous formulons l'hypothèse que les cas qui nous occupent dans ce paragraphe illustrent un désir d'occulter la valence psychiatrique du centre expert. Ce serait la dimension psychique du service spécialisé, et donc la dimension psychique du trouble qui fait l'objet de la spécialisation du service, qui serait occultée car non « désirée » ou bien à l'extrême perçue comme dangereuse (à noter un refus pour cause de crainte d'une utilisation abusive des données personnelles)

n) Points forts :

Notre étude est pionnière en France dans l'étude prospective de l'épidémiologie des comorbidités psychiatriques chez les adolescents transgenres.

L'utilisation d'un outil standardisé validé pour la recherche chez l'enfant et l'adolescent est également un gage de fiabilité pour l'évaluation diagnostique du critère de jugement principal. L'investigateur unique assurait une reproductibilité importante des conditions de recueil des données. De plus la rédaction systématique d'un compte-rendu adressé au médecin effectuant le suivi permettait que les données cliniques relevées par le clinicien menant l'entretien puissent être croisées avec le regard d'un deuxième clinicien ayant une connaissance antérieure du patient. Ce retro-contrôle permettait de limiter le biais d'interprétation entraîné par la présence d'un unique investigateur.

o) Points faibles :

La principale faiblesse de l'étude est l'effectif de son échantillon. Le service de consultation autour des questionnement de genre à Toulouse propose actuellement un suivi à 119 adolescents venant du département de la Haute-Garonne et des départements adjacents. Ce suivi s'effectue sous la forme de consultations ambulatoires.

Des contraintes structurelles pesant sur le recrutement ont pu impacter le volume de l'effectif. Le nombre élevé de refus constitue également un biais de sélection que nous supposons aller dans le sens d'une minoration de la prévalence des comorbidités psychiatriques sévères dont notamment les troubles de la lignée psychotique.

Nous n'avons pas non plus exploré spécifiquement dans notre recueil de données la question de la déscolarisation. Ce point était abordé dans le cadre de l'évaluation clinique de la passation de la KSADS-PL comme un indicateur sur le retentissement des troubles sur la vie quotidienne du patient. Contrairement à d'autres travaux qui ont exploré spécifiquement la souffrance en lien avec le milieu scolaire pour les adolescents transgenres (15) notre étude ne portait pas spécifiquement sur la scolarité, la déscolarisation n'a donc pas été retenue comme une variable à recueillir.

p) L'utilisation de la KSADS-PL dans un centre expert:

Le caractère novateur de notre travail dans l'emploi de la K-SADS-PL dans un centre expert français a également permis de donner à l'étude la dimension d'un essai in situ sur la pertinence ou non d'envisager un emploi plus systématique de cet outil au sein de ce type de

consultation.

Nous pouvons ainsi émettre un retour d'expérience sur plusieurs aspects :

p.1) Applicabilité pour les professionnels

La K-SADS-PL dans sa version française a vu sa traduction coordonnée par le docteur Thümmeler et le docteur Askenazy au sein de la SFPEADA (Société Française de Psychiatrie de L'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées). Le site internet de la société où l'outil est mis à disposition précise que « La passation de cet instrument demande une bonne connaissance des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent ainsi qu'une formation préalable. »

Deux vidéos de présentation réalisées par le Dr Thümmeler sont également mises à disposition pour se familiariser avec l'outil.

Pour les adolescents rencontrés au cours de notre étude, la durée de l'entretien de recueil des données a varié de 45 minutes à 1h30.

La SFPEADA propose une grille de réponse pour aider le clinicien dans le recueil des données, cet instrument s'est révélé grandement facilitant pour la prise en main du questionnaire et pendant sa passation.

Avec le recul des 15 entretiens réalisés, la K-SADS-PL nous est apparue comme un outil accessible d'utilisation en pratique courante pour le clinicien formé ou en cours de formation à la psychiatrie chez l'enfant et l'adolescent.

p.2) Acceptabilité par les patients et leurs parents

Les contacts préalables avec le patient et sa famille étaient réalisés par téléphone, un premier appel aux parents pour une présentation de l'étude au cours duquel il leur était proposé de leur faire parvenir les notices et un deuxième appel sous forme d'un rendez-vous téléphonique avec les parents et l'adolescent après réception des documents au cours duquel ils pouvaient poser leurs questions. Au décours de ce deuxième appel un rendez-vous était proposé aux familles qui se disaient favorables à une inclusion.

La question des refus d'inclusion a déjà fait l'objet d'un paragraphe plus haut.

L'intégralité des adolescents s'étant présentés à l'entretien de recueil des données ont accepté de mener l'entrevue à son terme. Un recueil de la tolérabilité de l'entretien sous forme d'un questionnaire de satisfaction n'avait pas été prévu dans le protocole de notre étude, cependant de manière inattendue un grand nombre d'adolescents ayant participé ont spontanément verbalisé soit en fin d'entretien soit lors d'une rencontre ultérieure avec leur médecin référent, leur haut degré de satisfaction d'avoir participé à l'étude.

Ce constat inattendu nous a rassurés sur une crainte initiale quant à l'aspect potentiellement rebutant pour ces adolescents de se soumettre à un entretien d'évaluation long (1h à 1h30) dans le but de dépister des troubles psychiatriques. Il aurait été pertinent pour la préparation de futurs travaux ainsi que pour améliorer nos prises en charge dans les centres experts d'interroger les raisons de cette satisfaction.

Il avait été transmis aux patients et à leurs parents au moyen des notices et à la fin de l'entretien de recueil qu'ils auraient la possibilité de demander un retour sur les résultats extraits de la KSADS-PL lors de leur prochaine consultation avec leur médecin référent dans le service. Il est à noter qu'aucun des 15 patients inclus ou de leurs parents n'ont à ce jour demandé à prendre connaissance de ces résultats. Ils étaient en revanche nombreux à demander à avoir accès aux résultats de l'étude une fois celle-ci terminée.

p.3) Intérêt pour les praticiens du centre expert

L'avis de l'équipe médicale sur cet essai d'une utilisation de la KSADS-PL dans le cadre de la consultation de questionnement autour du genre est qu'il serait pertinent de faire apparaître les données acquises auprès d'un patient grâce à cet outil dans son dossier médical.

Ces informations cliniques peuvent faciliter l'accompagnement du patient dans son projet de soin dans le service et en dehors : leur transmission avec accord du patient aux partenaires médicaux et aux psychothérapeutes participant au suivi pourrait se révéler adapté en ce sens. Dans certains cas cette transmission a d'ailleurs été faite.

q) Le rapport de janvier 2022 sur la santé et le parcours de soins des personnes trans et l' accueil en médecine de ville de la souffrance psychique des adolescents trans.

Ces dernières observations font écho au Rapport relatif à la santé et au parcours de soins des personnes trans publié en janvier 2022(69) suite à une saisine du ministre des Affaires sociales et de la Santé. Une autre saisine concerne la HAS en vue de l'édition au cours de l'année 2022 de recommandations de bonnes pratiques concernant l'organisation des parcours de transition médicale.

Le rapport préconise « d'accueillir sans à priori les questionnements d'identité de genre de ces mineurs, tout en les resituant dans une approche globale de leurs problématiques adolescentes et de permettre à ces jeunes de s'orienter ou non vers un parcours de transition ». Cette mission suggère une connaissance du clinicien sur les problématiques adolescentes et semble donc pointer en direction du caractère nécessaire dans le parcours de ces jeunes de la présence de praticiens formés dans les domaines du soin psychique dispensé aux enfants et aux adolescents.

Le rapport préconise également de « dépsychiatriser » l'entrée dans le parcours de soin afin que son accès ne soit plus conditionné à un certificat diagnostique de dysphorie de genre. Il préconise également que l'accompagnement en santé mentale ne soit plus systématique mais uniquement « quand nécessaire ». Cette dernière formule « quand nécessaire » semble renvoyer directement à la question du dépistage qui est une des problématiques centrales de notre étude. Le rapport ne donnait en revanche pas d'indication sur le type d'intervenants qui effectueront cette mission de dépistage et d'orientation ou sur la manière de déterminer quels jeunes auront besoin d' un accompagnement en santé mentale.

Le rapport met plusieurs fois en exergue la saturation des services de consultations spécialisées, une réponse congruente à cet état des lieux pourrait être de renforcer la diffusion de connaissances sur les modes de présentation des souffrances psychiques des jeunes trans aux praticiens de première ligne afin de favoriser le repérage de possibles troubles.

Notre travail d'épidémiologie descriptive avec un recueil prospectif de comorbidités psychiatriques auprès de jeunes trans nous semble pouvoir s'inscrire dans cette dynamique d'une volonté de transmission des connaissances du centre expert vers les médecins généralistes.

Il existe quelques travaux sur l'accueil des adultes transgenres en cabinet de médecine générale, moins sur les adolescents. Une revue de la littérature américaine explore ce champ et s'appuie sur d'autres publications pour suggérer des modalités pratiques d'intégration des recommandations de l'AAFP (American Academy of Family Physicians) sur l'accueil des patients transgenres. Si les dimensions somatiques de la transition hormonale et de la chirurgie sont largement abordés, il n'est en revanche fait aucune mention des comorbidités psychiatriques. Le rapport limite la question du psychisme à l'évocation de la souffrance ressentie par le patient si ce dernier ressent un jugement de la part du clinicien (une remarque qui nous semble valable dans toutes rencontres entre un médecin et son patient et ce quelle que soit la problématique abordée)(70). La réponse à l'éditeur insiste sur l'importance du partage de connaissances entre les spécialités.(71)

La nécessité de ce transfert de savoir semble d'autant plus nécessaire qu'elle est réclamée par les praticiens, une étude menée au Canada sur la formation des médecins à l'accueil des patients transgenre relevait que seulement 10 % des médecins de famille, psychiatres, endocrinologues et urologues canadiens nouvellement diplômés se sentaient suffisamment formés sur ce sujet, plus de la moitié se déclaraient en revanche favorables au fait d'accueillir des patients transgenres en consultation.(72)

Nos données, par leur offre d'une représentation statistique, nous semblent à même de faciliter le repérage des troubles psychiques par le médecin généraliste lorsqu'il se trouve face à un adolescent se questionnant sur le genre. Notre intention est ici que les deux problématiques, questionnement sur le genre et souffrance psychique, puissent être mieux distinguées et non que l'une des deux ne vienne occulter l'autre au cours de la consultation. Nous appuyons ici le point de vue de Mendes et al qui qualifie la souffrance psychique comme « la clé d'entrée de cette clinique » (22)

Cette proposition d'approche de la question de la transidentité chez l'adolescent n'est pas sans évoquer les thèses que le Dr Balint développe dans « Le médecin, son malade et la maladie ». Transposé aux questionnement sur la transidentité, la demande de transition serait alors « l'offre ou la proposition » que le patient fait à son médecin que ce dernier se doit d'accepter comme condition pour pouvoir l'accompagner.

Le regard de Balint sur la relation entre spécialiste et « omnipraticien » peut également apporter un éclairage qui nous semble pertinent sur la situation d'une prise en charge

d'adolescent trans. Balint y décrit l'enjeu majeur d'éviter la « collusion de l'anonymat » amenant à une dilution du sentiment de responsabilité des médecins envers le patient. Cette collusion est favorisée par des mécanismes comme la persistance d'une « relation maître-élève » entre généraliste et spécialiste et l'absence d'un référent du parcours de soin clairement identifié. Pour y palier Balint propose un modèle d'organisation du soin où le médecin généraliste occupe cette place de référent du patient et le spécialiste celle « d'assistant expert » répondant aux prescriptions d'examens du premier. (73)

Notre étude a pu montrer comment un outil tel que la KSADS-PL pouvait être utilisé à des fins de dépistage auprès des adolescents trans, avec ses points forts (exhaustivité de l'exploration, reproductibilité) mais aussi ses contraintes (formation de l'investigateur, réticence de certaines familles à passer l'entretien). En considération de ces points, l'utilisation de cet outil qui se veut exhaustif tout en restant suffisamment précis ne nous semble pas adapté pour la médecine générale où l'enjeu nous semble davantage être le repérage des adolescents trans qui manifesteraient des symptômes évocateurs de souffrance psychique. Selon le modèle Balint, le généraliste pourrait ensuite solliciter l'assistance du spécialiste pour obtenir un diagnostic et des préconisations thérapeutiques. Nous rejoignons ainsi l'avis de Leibowitz et De Vries sur l'importance du caractère multi disciplinaire des dispositifs de soin destinés aux adolescents trans (74)

r) Le recul récent de pays pionniers sur les thérapies de transition chez les mineurs :

En Europe les politiques de santé publiques face à la question de la transidentité chez le mineur sont également en rapide évolution. L'Angleterre et la Suède, deux pays considérés comme à l'avant-garde sur ces thématiques, ont récemment connu des revirements importants dans ce domaine.

En Angleterre c'est par le judiciaire que les débats sur le sujet ont connu une visibilité qui a depuis largement dépassé les frontières du pays. En décembre 2020 la Haute Cour britannique avait rendu un jugement qui impliquait que les médecins devaient demander l'avis d'un tribunal avant de commencer un traitement bloqueur de puberté chez un mineur de moins de 16 ans. La Cour émettait l'avis qu'un enfant de moins de 16 ans n'était dans la majorité des

cas, pas en mesure de comprendre les risques et les conséquences à long terme du traitement de manière à avoir une compréhension suffisante pour donner son consentement.

Ce jugement avait été rendu dans le cadre du procès opposant la Tavistock and Portman NHS Trust, une fondation pionnière dans les thérapies de transition, à Keira Bell, une femme alors âgée de 23 ans qui avait commencé un traitement hormonal à 16 ans au service GIDS (Gender Identity Development Service) de la fondation dans le but de transitionner vers une identité de genre masculine. Elle avait ensuite bénéficié d'une mastectomie à 20 ans puis avait exprimé des regrets et le souhait de détransitionner.

La Cour d'Appel a depuis annulé la décision de la Haute Cour en septembre 2021 en statuant que c'était aux médecins et non aux juges de décider de la capacité d'une personne de moins de 16 ans à consentir à un traitement médical.

Nous renvoyons vers l'article de la juriste Olivia Sarton pour son commentaire détaillé sur les raisonnements légaux de chacun des jugements et leurs implications respectives en terme de droit de la santé.(75)

En Suède c'est par un positionnement institutionnel sur la question des bloqueurs de puberté qu'a été mise en relief la controverse sur la médicalisation des jeunes trans. La Suède a été le premier pays au monde à reconnaître la dysphorie de genre et a été précurseur dans l'application du « dutch protocole » dans ses services hospitaliers (le protocole souscrit à l'utilisation des bloqueurs de puberté dès 12 ans). En mai 2021, l'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm a suspendu l'usage des bloqueurs d'hormones chez les mineurs de moins de 16 ans. L'hôpital explique dans un communiqué que cette prise de position est guidée par la revue systématique publiée en Angleterre par la NICE (National Institute for Health and Care Excellence) en octobre 2020 sur les analogues de la GnRH (appelés communément « bloqueurs de puberté »). Cette revue avait été commandée par le NHS (National Health Service). La revue conclut que ces traitements dans la dysphorie de genre chez l'adolescent n'ont que « peu voire pas d'efficacité sur la santé mentale, l'image du corps et le fonctionnement psychosocial », elle souligne en revanche les effets indésirables à court terme et l'incertitude quand aux effets indésirables à long terme.(76) Leur utilisation reste possible en Suède uniquement dans le cadre d'un protocole de recherche approuvé par le comité d'éthique du pays. Moins affirmée mais dans la même orientation, la Finlande voisine avait changé en juin 2020 sa politique de traitement des mineurs souffrant de dysphorie de genre, « en donnant la priorité aux interventions et au soutien psychologiques par rapport aux

interventions médicales ».

Ces revirements se sont produits dans des pays ayant acquis une réputation d'avant-gardisme en matière d'accueil médical de la transidentité, en particulier sur le traitement des mineurs. Jusqu'à présent la trajectoire évolutive de leurs politiques de santé s'était faite unilatéralement en direction d'un élargissement de l'accès aux traitements médicamenteux. La résonance médiatique internationale des revirements anglais et suédois sur cette question semble avoir, y compris en France, avivé les débats. La controverse paraît se polariser principalement autour d'une question : la médecine devrait-elle traiter des mineurs avec un diagnostic de dysphorie de genre au moyen de traitements hormonaux ?

Devant cette question, la Cour d'Appel d'Angleterre qui avait rejeté la demande d'un troisième procès dans l'affaire Bell contre Tavistock avait déclaré: « la présente procédure n'exige pas des tribunaux qu'ils déterminent si le traitement de la dysphorie de genre est judicieux ou non [...]. Ces décisions politiques sont du ressort du National Health Service, de la profession médicale et de ses régulateurs, du gouvernement et du parlement ». A ce jour la NHS n'a pas encore publié de nouvelles guidelines depuis la publication de la revue de la NICE citée plus haut.

En France, les recommandations de la Haute Autorité de Santé n'ont pas encore été publiées. L'Académie Nationale de Médecine a elle diffusé le 25 février 2022 un communiqué intitulé « La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents ». Dans ce document concis l'Académie recommande « un accompagnement psychologique aussi long que possible des enfants et adolescents exprimant un désir de transition et de leurs parents » ainsi que « en cas de persistance d'une volonté de transition, une prise de décision prudente quant au traitement médical par les bloqueurs d'hormones ou des hormones du sexe opposé dans le cadre de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire ». Ces préconisations semblent s'inscrire dans la continuité des tendances anglo-saxonnes.

s) Le phénomène de la « détransition » :

L'actualité internationale sur la transidentité est également marquée par un phénomène nouveau à l'ampleur encore mal identifiée : la « détransition ». Les données de la littérature scientifique sont pauvres concernant les personnes transgenres qui ont suivi une thérapie hormonale et chirurgicale de transition puis, qui choisissent de « détransitionner » pour

retourner vivre selon le sexe qui leur a été assigné à la naissance. En terme d'épidémiologie, certains travaux mentionnent des pourcentages variant entre 0 et 6 % de patients exprimant des regrets dans les suites d'une chirurgie de réassignation (77–80). Mais ces articles n'évoquent ni le devenir des patients ni leur éventuel désir de détransitionner.

Des approches indirectes suggèrent néanmoins que le phénomène gagnerait en importance ces dernières années. L'article de Littman mentionne ainsi la création en 2019 et 2020 d'associations d'usagers accueillant spécifiquement des personnes ayant détransitionné. L'auteur mentionne une autre donnée intéressante : depuis fin 2017, la section r/detrans du réseau social anglophone reddit est passée de 100 à plus de 21000 membres en l'espace de 4 années. Cette évolution ne constitue pas une preuve mais suggère au moins un gain d'intérêt important pour la question de la détransition (81)

Les autres articles scientifiques que nous avons consultés sur le sujet sont des rapports de cas extraits de cohortes de patients transgenres ou des questionnaires soumis en ligne : dans un cas comme dans l'autre, aucune conclusion n'est possible quant au nombre de patients concernés par la détransition.

Une étude longitudinale se démarque néanmoins par le travail d'épidémiologie descriptive qui a pu être mené sur un sous groupe de patients ayant exprimé des regrets et dont certains ont détransitionné. Il s'agit de la « Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study » conduite de 1972 à 2015. Elle montre que sur un effectif de 6793 personnes accompagnées médicalement dans un parcours de transidentité, seulement 0.6% des MtF et 0.3% des FtM qui ont bénéficié d'une ablation des gonades exprimaient des regrets vis à vis de leur transition. Les motifs des regrets ont été divisés entre « vrai regret », « sentiment de non-binarité » et « regret social ». Sur ce dernier motif, les patients exprimaient une souffrance en lien avec une perte de certaines relations familiales et un éloignement de l'entourage amical. Sur les 14 personnes de ce sous groupe, 12 ont eu recours à une chirurgie de « détransition » : mastectomie, vaginoplastie, phalloplastie, ablation de prothèse testiculaire... la ou les procédures étaient variables selon les situations cliniques et les désirs du patient.(82)

Cette dernière étude nous a particulièrement intéressés car elle illustre que le terme de « détransition » rassemble en réalité des situations cliniques très différentes tant sur les facteurs motivant au retour à la vie dans le sexe d'origine que sur les décisions chirurgicales qui s'ensuivent. Ce travail suggère également que, au moins jusqu'en 2015, ces cas de figure ne semblaient concerner qu'un nombre limité de patients. Sur ce dernier point les auteurs

insistent néanmoins sur l'existence probable d'un biais d'attrition important : les patients déçus ont pu être perdus de vue en ne retournant pas vers le service qui les avait pris en charge.

Sur cette question de la détransition nous rejoignons donc le constat de Butler et Hutchinson qui dans leur publication récente sur le sujet, concluent qu'il n'existe à ce jour que « très peu de recherches et aucune orientation claire sur la manière de travailler avec cette population ». (83) Une observation qui invite à la réalisation de travaux spécifiques sur le sujet.

V) Conclusion :

Notre étude prospective vient compléter par des données issues d'une population française les observations faites dans la littérature internationale. Tous les travaux revus ainsi que nos résultats semblent rendre compte d'une même réalité : la prévalence des comorbidités psychiatriques est élevée chez les adolescents transgenres, particulièrement concernant les troubles anxieux et les troubles de l'humeur.

Cette conclusion nous paraît devoir appeler à un dépistage plus systématique des troubles mentaux auprès des jeunes s'engageant dans des parcours de transition. Cette évaluation semble essentielle pour qu'en fonction de ses résultats, un projet de soin en santé mentale puisse être élaboré puis proposé aux patients. Cet énoncé semble néanmoins rencontrer en France des résistances de plusieurs natures. En nous appuyant sur le rapport de janvier 2022, nous prenons le parti d'aborder deux d'entre elles.

D'une part, il y a le constat indéniable d'une inadéquation : celle entre une demande en augmentation considérable et une offre de soin, construite autour des psychiatres et des centres experts, qui peine à suivre. Cette réalité impose l'élaboration de propositions alternatives sur le parcours de soin des jeunes trans. Les généralistes étant de fait, placés dans le système de santé français comme premiers interlocuteurs médicaux, il semble incontournable de favoriser leur implication sur la question du dépistage de la souffrance psychique. À cette fin, la première étape nous semble être la diffusion auprès d'eux de connaissances sur les modalités d'expression de ces souffrances chez les adolescents trans. Nous n'avancons certes pas que tous les adolescents transgenres expriment une souffrance qui concerne la psychiatrie, cette énonciation serait contraire à nos résultats. Mais nous soutenons

que tous ceux chez qui un médecin généraliste pourrait identifier des symptômes de troubles psychique mérite d'être reçu par un psychiatre pour une évaluation diagnostic.

D'autre part, le rapport se positionne explicitement pour une « dépsychiatriation » de l'entrée des jeunes trans dans le parcours de soin. Parcours dont le soin psychique ne devrait faire partie que « quand nécessaire » et où est principalement soulignée la place des psychologues.

Le rapport semble considérer que les thérapies hormonales et chirurgicales sont les traitements incontournables dont ces jeunes ont besoin pour soulager leurs souffrances, qui seraient elle mêmes dues uniquement au sentiment de transidentité. La crainte des auteurs semble être que la psychiatrie ne vienne faire barrage à l'accès à ces traitements.

Cette vision paraît être issue d'une confusion à la portée dangereuse : celle d'une transposition des représentations et approches de la transidentité à l'âge adulte à celles de la transidentité à l'adolescence. Or, deux arguments au moins s'opposent fortement à ce que ces problématiques soient assimilées l'une à l'autre.

Premièrement, notre connaissance du développement affectif et cognitif réfute que l'adolescent puisse être considéré comme un adulte miniature en particulier sur des questions telles que l'identité (qu' elle soit de genre ou non) dont les remaniements sont particulièrement intenses et conflictuels à cette période de la vie. Ainsi si les demandes de transition sont en apparence les mêmes pour les deux groupes d'âge, cela ne constitue pas la preuve que les processus psychiques qui les sous-tendent soient identiques. Cette apparente similarité n'est pas davantage la démonstration que les réponses qui sont actuellement proposées aux adultes trans puissent s'appliquer de manière équivalente aux adolescents.

Deuxièmement, vient le fait épidémiologique ; la prévalence de la transidentité chez la génération actuelle des adolescents tranche de manière flagrante avec celle des générations qui la précèdent. La recherche n'a pas encore de réponses précises à proposer pour expliquer cette hausse survenue en l'espace de deux décennies. Les hypothèses récentes, reprises dans son communiqué par l'Académie Nationale de Médecine, pointent néanmoins en direction du rôle majeur que joueraient les réseaux sociaux dans ce phénomène. Cette hypothèse demande encore à être explorée, cependant plusieurs arguments semblent d'ores et déjà l'étayer : le fait que l'adolescence soit marquée par une quête identitaire faisant partie du processus normal de maturation ; le fait que ces réseaux sont effectivement une des transformations sociétales

majeures des 20 dernières années à laquelle les enfants et adolescents ont été massivement exposés ; le rapport de la RSPH (Royal Society for Public Health) publié en mai 2017 montrant l'impact délétère de l'usage des réseaux sociaux sur la santé mentale des 16-24 ans ; et enfin la revue systématique de Faelens et al sur l'impact de l'utilisation du réseau social Instagram sur la santé mentale. La revue évoque de nombreuses preuves spécifiquement sur l'effet délétère provoqué par le réseau sur l'image corporelle de ses utilisateurs.(84)

Ces éléments mis bout à bout ne constituent bien entendu pas une démonstration. Ils sont néanmoins à même de justifier des explorations en direction des liens qui pourraient exister entre souffrance psychique à l'adolescence, exposition aux réseaux sociaux et sentiment transidentité.

Pour terminer, nous souhaitons réaffirmer le positionnement qui a été le nôtre tout au long de ce travail. Il est le reflet de notre conviction sur le rôle de la psychiatrie vis à vis des adolescents transgenres comme vis à vis de toute personne que ses acteurs sont amenés à rencontrer. La psychiatrie que nous proposons se doit d'être moderne, à l'écoute des problématiques de son époque et des évolutions sociétales. Son rôle n'est ni de les freiner ni de les encourager car derrière ces postures, se cache irrémédiablement une volonté normative, antinomique à toute tentative de soin psychique. Elle doit se garder de prendre position dans une actualité polémique qui souvent ne raisonne qu'au prisme d'un clivage : nous affirmons ainsi que la psychiatrie n'est ni transphobe ni pro-trans. Prétendre le contraire serait nier sa fonction soignante qui s'exprime dans l'accueil, l'écoute et l'accompagnement des individualités avec toujours la même mission : soigner leurs souffrances psychiques.

Vu, le président du jury
Professeur Jean-Philippe RAYNAUD 9/9/22

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY

Bibliographie :

1. Bernard M, Wathelet M, Pilo J, Leroy C, Medjkane F. Identité de genre et psychiatrie. *Adolescence*. 18 avr 2019;371(1):111-23.
2. Bernier A, Leplège A. [Treating transgender minors with hormones: obstacles in medical ethics today]. *Med Sci MS*. juill 2018;34(6-7):595-8.
3. Edwards-Leeper L, Leibowitz S, Sangganjanavanich VF. Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. juin 2016;3(2):165-72.
4. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, Decuypere G, Feldman J, et al. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7*. 2012;
5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™*, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xliv, 947 p. (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™*, 5th ed).
6. The Lancet null. *ICD-11*. *Lancet Lond Engl*. 8 juin 2019;393(10188):2275.
7. *ICD-11* [Internet]. [cité 25 mars 2022]. Disponible sur: <https://icd.who.int/fr>
8. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health*. oct 2017;14(5):404-11.
9. Kuyper L, Wijzen C. Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Arch Sex Behav*. févr 2014;43(2):377-85.
10. Bouman WP, de Vries AL, T'Sjoen G. Gender Dysphoria and Gender Incongruence: An evolving inter-disciplinary field. *Int Rev Psychiatry*. 2 janv 2016;28(1):1-4.
11. Kuper LE, Mathews S, Lau M. Baseline Mental Health and Psychosocial Functioning of Transgender Adolescents Seeking Gender-Affirming Hormone Therapy. *J Dev Behav Pediatr JDBP*. nov 2019;40(8):589-96.
12. van der Miesen AIR, de Vries ALC, Steensma TD, Hartman CA. Autistic Symptoms in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *J Autism Dev Disord*. mai 2018;48(5):1537-48.

13. Lehmann K, Rosato M, McKenna H, Leavey G. Autism trait prevalence in treatment seeking adolescents and adults attending specialist gender services. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 2 mars 2020;63(1):e23.
14. Witcomb GL, Bouman WP, Brewin N, Richards C, Fernandez-Aranda F, Arcelus J. Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: a matched control study. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* juill 2015;23(4):287-93.
15. Johns MM, Lowry R, Andrzejewski J, Barrios LC, Demissie Z, McManus T, et al. Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students - 19 States and Large Urban School Districts, 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 25 janv 2019;68(3):67-71.
16. Grossman AH, D'Augelli AR. Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* oct 2007;37(5):527-37.
17. Chen R, Zhu X, Wright L, Drescher J, Gao Y, Wu L, et al. Suicidal ideation and attempted suicide amongst Chinese transgender persons: National population study. *J Affect Disord.* 15 févr 2019;245:1126-34.
18. García-Vega E, Camero A, Fernández M, Villaverde A. Suicidal ideation and suicide attempts in persons with gender dysphoria. *Psicothema.* août 2018;30(3):283-8.
19. de Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics.* oct 2014;134(4):696-704.
20. Kaltiala R, Heino E, Työlajärvi M, Suomalainen L. Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nord J Psychiatry.* avr 2020;74(3):213-9.
21. Fuss J, Auer MK, Briken P. Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. *Curr Opin Psychiatry.* nov 2015;28(6):430-4.
22. Mendes N, Lagrange C, Condat A. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 juin 2016;64(4):240-54.
23. Garcia Loris. Comorbidités psychiatriques et dysphorie de genre : quelles interactions chez les adolescents ?
24. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* juill 1997;36(7):980-8.
25. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työlajärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015;9:9.

26. Chiniara LN, Bonifacio HJ, Palmert MR. Characteristics of Adolescents Referred to a Gender Clinic: Are Youth Seen Now Different from Those in Initial Reports? *Horm Res Paediatr.* 2018;89(6):434-41.
27. Morandini JS, Kelly A, de Graaf NM, Carmichael P, Dar-Nimrod I. Shifts in demographics and mental health co-morbidities among gender dysphoric youth referred to a specialist gender dysphoria service. *Clin Child Psychol Psychiatry.* avr 2022;27(2):480-91.
28. Aitken M, Steensma TD, Blanchard R, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med.* mars 2015;12(3):756-63.
29. Pelissolo A. Anxiété sociale et phobie sociale. *EMC - Psychiatrie.* 1 janv 2016;13.
30. Compton SN, Nelson AH, March JS. Social phobia and separation anxiety symptoms in community and clinical samples of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* août 2000;39(8):1040-6.
31. Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Jane Costello E, Foley DL, Angold A. What do childhood anxiety disorders predict? *J Child Psychol Psychiatry.* déc 2007;48(12):1174-83.
32. Hale WW, Raaijmakers Q, Muris P, van Hoof A, Meeus W. Developmental trajectories of adolescent anxiety disorder symptoms: a 5-year prospective community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mai 2008;47(5):556-64.
33. Grasso D, Boonsiri J, Lipschitz D, Guyer A, Houshyar S, Douglas-Palumberi H, et al. Posttraumatic stress disorder: the missed diagnosis. *Child Welfare.* 2009;88(4):157-76.
34. Grant BR, O'Loughlin K, Holbrook HM, Althoff RR, Kearney C, Perepletchikova F, et al. A Multi-method and Multi-informant Approach to Assessing Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Children. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.* mai 2020;32(3):212-20.
35. Olson J, Schrager SM, Belzer M, Simons LK, Clark LF. Baseline Physiologic and Psychosocial Characteristics of Transgender Youth Seeking Care for Gender Dysphoria. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* oct 2015;57(4):374-80.
36. Reisner SL, Veters R, Leclerc M, Zaslow S, Wolfrum S, Shumer D, et al. Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* mars 2015;56(3):274-9.
37. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl.* 2016;28(1):44-57.
38. di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 1 déc 2018;172(12):1145-52.

39. de Graaf NM, Steensma TD, Carmichael P, VanderLaan DP, Aitken M, Cohen-Kettenis PT, et al. Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 janv 2022;31(1):67-83.
40. Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry*. janv 2016;21(1):108-18.
41. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olio M, et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 2005;39(11-12):964-71.
42. Fusar-Poli P, Tantardini M, De Simone S, Ramella-Cravaro V, Oliver D, Kingdon J, et al. Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. févr 2017;40:65-75.
43. Browne J, Mueser KT, Meyer-Kalos P, Gottlieb JD, Estroff SE, Penn DL. The therapeutic alliance in individual resiliency training for first episode psychosis: Relationship with treatment outcomes and therapy participation. *J Consult Clin Psychol*. août 2019;87(8):734-44.
44. Conus P, Lambert M, Cotton S, Bonsack C, McGorry PD, Schimmelmann BG. Rate and predictors of service disengagement in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *Schizophr Res*. mai 2010;118(1-3):256-63.
45. Barr SM, Roberts D, Thakkar KN. Psychosis in transgender and gender non-conforming individuals: A review of the literature and a call for more research. *Psychiatry Res*. déc 2021;306:114272.
46. de Vries ALC, Noens ILJ, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism Spectrum Disorders in Gender Dysphoric Children and Adolescents. *J Autism Dev Disord*. 2010;40(8):930-6.
47. Hisle-Gorman E, Landis CA, Susi A, Schvey NA, Gorman GH, Nylund CM, et al. Gender Dysphoria in Children with Autism Spectrum Disorder. *LGBT Health*. avr 2019;6(3):95-100.
48. Glidden D, Bouman WP, Jones BA, Arcelus J. Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sex Med Rev*. janv 2016;4(1):3-14.
49. Herrmann L, Bindt C, Schweizer K, Micheel J, Nieder TO, Haaß J, et al. [Autism Spectrum Disorders and Gender Dysphoria Among Children and Adolescents: Systematic Review on the Co-Occurrence]. *Psychiatr Prax*. sept 2020;47(6):300-7.
50. Thrower E, Bretherton I, Pang KC, Zajac JD, Cheung AS. Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Amongst Individuals with Gender Dysphoria: A Systematic Review. *J Autism Dev Disord*. mars 2020;50(3):695-706.

51. Kolbuck VD, Muldoon AL, Rychlik K, Hidalgo MA, Chen D. Psychological Functioning, Parenting Stress, and Parental Support among Clinic-Referred Prepubertal Gender Expansive Children. *Clin Pract Pediatr Psychol.* sept 2019;7(3):254-66.
52. Mustanski BS, Garofalo R, Emerson EM. Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *Am J Public Health.* déc 2010;100(12):2426-32.
53. Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, Johnson CC, Joseph CLM. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* nov 2016;59(5):489-95.
54. Coelho JS, Suen J, Clark BA, Marshall SK, Geller J, Lam PY. Eating Disorder Diagnoses and Symptom Presentation in Transgender Youth: a Scoping Review. *Curr Psychiatry Rep.* nov 2019;21(11):107.
55. Jones BA, Haycraft E, Murjan S, Arcelus J. Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature. *Int Rev Psychiatry.* 2 janv 2016;28(1):81-94.
56. Duffy ME, Henkel KE, Joiner TE. Prevalence of Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Transgender Individuals With Eating Disorders: A National Study. *J Adolesc Health.* 1 avr 2019;64(4):461-6.
57. Reisner SL, Greytak EA, Parsons JT, Ybarra ML. Gender Minority Social Stress in Adolescence: Disparities in Adolescent Bullying and Substance Use by Gender Identity. *J Sex Res.* 24 mars 2015;52(3):243-56.
58. Becerra-Culqui TA, Liu Y, Nash R, Cromwell L, Flanders WD, Getahun D, et al. Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers. *Pediatrics.* mai 2018;141(5).
59. Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T, Valdés M. Sociodemographic, Clinical, and Psychiatric Characteristics of Transsexuals from Spain. *Arch Sex Behav.* juin 2009;38(3):378-92.
60. Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Arch Sex Behav.* févr 1997;26(1):13-26.
61. de Freitas LD, Léda-Rêgo G, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa Â. Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry Clin Neurosci.* févr 2020;74(2):99-104.
62. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet Lond Engl.* 23 juill 2016;388(10042):412-36.
63. Hisle-Gorman E, Schvey NA, Adirim TA, Rayne AK, Susi A, Roberts TA, et al. Mental Healthcare Utilization of Transgender Youth Before and After Affirming Treatment. *J Sex Med.* août 2021;18(8):1444-54.

64. Bränström R, Pachankis JE. Reduction in Mental Health Treatment Utilization Among Transgender Individuals After Gender-Affirming Surgeries: A Total Population Study. *Am J Psychiatry*. 1 août 2020;177(8):727-34.
65. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, Mullan RJ, Murad A, Erwin PJ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf)*. févr 2010;72(2):214-31.
66. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Netw Open*. 25 févr 2022;5(2):e220978.
67. Racamier PC. Eloge de l'ambiguïté. In: *Le génie des origines*. 1^{re} éd. Paris: Payot; 1992. p. 373-400.
68. Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: a cross-national, cross-clinic comparative analysis. *J Abnorm Child Psychol*. févr 2003;31(1):41-53.
69. Picard DH, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. :97.
70. Radix AE. Addressing Needs of Transgender Patients: The Role of Family Physicians. *J Am Board Fam Med*. mars 2020;33(2):314-21.
71. Mondini IP, Luz EN, Oenning AB, Marcon CEM. Re: Addressing Needs of Transgender Patients: The Role of Family Physicians. *J Am Board Fam Med*. sept 2020;33(5):818-818.
72. Coutin A, Wright S, Li C, Fung R. Missed opportunities: are residents prepared to care for transgender patients? A study of family medicine, psychiatry, endocrinology, and urology residents. *Can Med Educ J*. juill 2018;9(3):e41-55.
73. Balint M, Valabrega JP. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot & Rivages; 2003.
74. Leibowitz S, de Vries ALC. Gender dysphoria in adolescence. *Int Rev Psychiatry*. 2 janv 2016;28(1):21-35.
75. Enfants en questionnement de genre : observations relatives aux décisions anglaises « Keira Bell ». Par Olivia Sarton, Juriste. [Internet]. Village de la Justice. 2021 [cité 22 août 2022]. Disponible sur: <https://www.village-justice.com/articles/enfants-questionnement-genre-observations-relatives-aux-decisions-anglaises,40297.html>
76. Wiseman J. Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria. *Natl Inst Health Care Excell*. 14 oct 2020;131.
77. Vujovic S, Popovic S, Sbutega-Milosevic G, Djordjevic M, Gooren L. Transsexualism in Serbia: A Twenty-Year Follow-Up Study. *J Sex Med*. 1 avr 2008;6:1018-23.

78. Lawrence AA. Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav.* août 2003;32(4):299-315.
79. Dhejne C, Öberg K, Arver S, Landén M. An Analysis of All Applications for Sex Reassignment Surgery in Sweden, 1960–2010: Prevalence, Incidence, and Regrets. *Arch Sex Behav.* 1 nov 2014;43(8):1535-45.
80. Imbimbo C, Verze P, Palmieri A, Longo N, Fusco F, Arcaniolo D, et al. A report from a single institute's 14-year experience in treatment of male-to-female transsexuals. *J Sex Med.* oct 2009;6(10):2736-45.
81. Littman L. Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. *Arch Sex Behav.* 2021;50(8):3353-69.
82. Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med.* avr 2018;15(4):582-90.
83. Butler C, Hutchinson A. Debate: The pressing need for research and services for gender desisters/detransitioners. *Child Adolesc Ment Health.* févr 2020;25(1):45-7.
84. Faelens L, Hoorelbeke K, Cambier R, van Put J, Van de Putte E, De Raedt R, et al. The relationship between Instagram use and indicators of mental health: A systematic review. *Comput Hum Behav Rep.* 1 août 2021;4:100121.

Annexes :



**NOTE D'INFORMATION
MINEURS DE 12 A 15 ANS**

**« Vulnérabilités psychiques et Adolescents Transgenres: une étude d'Epidémiologie
Descriptive » VATED
Version n°2.0 du 23/07/2021**

Investigateur principal: Dr Sophie Çabal-Berthoumieu, pédopsychiatre, service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse

Autre participant : Mr Antoine Godel, interne en psychiatrie

Etablissement promoteur de l'étude : Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

Nous te sollicitons afin de participer à une recherche. Avant de prendre une décision, il est important que tu lises attentivement ces pages qui t'apporteront les informations nécessaires pour pouvoir choisir d'y participer ou non. N'hésite pas à nous poser toutes les questions qui te passeraient par la tête au sujet de cette recherche.

Participe à cette recherche uniquement si tu le souhaites. Tu as le droit de refuser, cela n'aura aucunes conséquences sur ta prise en charge.

Cette notice a pour but de t'expliquer en quoi consiste cette étude afin que tu puisses comprendre et nous dire, avec ton ou tes parents, si tu souhaites ou non y participer.

Cette recherche est réalisée par le Dr Çabal-Berthoumieu au CHU de Toulouse.

Pourquoi cette recherche?

Les adolescents qui vont voir des médecins parce qu'ils désirent changer de genres sont de plus en plus nombreux. Comme cette augmentation est récente les médecins ne connaissent pas encore très bien ces adolescents. C'est aussi vrai pour les médecins pédopsychiatres, qui s'occupent de la souffrance psychique des enfants et des adolescents. Cette étude nous la menons justement pour essayer de mieux comprendre comment vont les adolescents qui sont dans ton cas: est ce qu'il y en a beaucoup qui sont déprimés? Est-ce qu'ils sont très anxieux ou encore est ce qu'il y en a qui ont des troubles du comportement alimentaire comme l'anorexie ou la boulimie? Voilà quelques unes des questions auxquelles cette étude tentera de répondre afin de mieux prendre en charge ces jeunes.

C'est pourquoi nous aurions besoin de ton aide.

Que va-t-on te demander ?

Si tu es d'accord pour participer à cette étude, nous te demanderons de répondre à des questions qui te seront posées pendant un rendez vous par un interne des Hopitaux en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Mr Antoine Godel.

Si tu ne comprends pas une question, n'hésite pas à lui demander qu'il t'explique.

Le rendez vous durera entre 1h et 2h, ensuite ta participation sera terminée.



Quels sont tes droits ?

Dans le cadre de la recherche, un traitement informatique de tes données personnelles va être mis en œuvre. Sache que tes données seront codifiées, c'est-à-dire que personne en lisant tes réponses ne pourra te reconnaître. Bien entendu en aucun cas ton nom ou ton prénom ne seront communiqués.

Ta participation est entièrement volontaire. Personne ne peut t'y obliger, tu peux accepter ou refuser même si ton ou tes parents sont d'accord.

Si tu ne veux pas participer, dis-le à ton ou tes parents et/ou au médecin et/ou à Mr Godel.

Si tu acceptes, dis-le à ton ou tes parents et/ou au médecin et/ou à Mr Godel. Tu pourras changer d'avis après et arrêter d'y participer quand tu veux si tu le souhaites.

Après avoir lu cette note d'information, n'hésite pas à poser toutes les questions que tu veux. Prends tout le temps que tu veux pour réfléchir. Si tu acceptes de participer à cette recherche, sache que le ou les parents qui t'accompagne(ent) devra(ont) lui(eux) aussi être d'accord(s) pour que tu puisses participer à l'étude.

Aucune signature n'est obligatoire mais tu peux signer ce document si tu souhaites participer à l'étude. La signature ne t'engage à rien et atteste simplement que l'information t'a été présentée par ce document.

Signature de l'enfant :
(Facultatif)

Date d'information et de remise de la présente notice à l'enfant :...../...../.....

Le patient ne s'est pas opposé à sa participation à cette recherche

Nom de l'investigateur:

Signature de l'investigateur:



NOTE D'INFORMATION MINEURS DE 15 A 18 ANS

« Vulnérabilités psychiques et Adolescents Transgenres: une étude d'Epidémiologie Descriptive»

Version 2.0 du 23/07/2021

Promoteur de la recherche : CHU Toulouse Hôtel Dieu 2 rue Viguerie TSA 80035 - 31059
Toulousecedex 9

Investigateur principal : Dr Sophie Çabal-Berthoumieu pédopsychiatre, service de
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse

Autre participant : Mr Antoine Godel, interne en psychiatrie

Nous te proposons de participer à une recherche dont le CHU de TOULOUSE est le promoteur. Avant de prendre une décision, il est important que tu lises attentivement ces pages qui t'apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésite pas à poser toutes les questions que tu jugeras utiles.

Ta participation est entièrement volontaire.

Pourquoi cette recherche ?

Les adolescents qui s'engagent comme toi dans un parcours de transition auprès de médecins sont de plus en plus nombreux. Cependant les connaissances du monde médical les concernant sont encore insuffisantes en France.

Cette étude se propose d'étudier quelles sont chez les adolescents qui ont un questionnement autour de leur identité de genre les proportions des différents types de souffrance psychique comme la dépression, les troubles anxieux ou encore les troubles du comportement alimentaire pour te citer quelques exemples.

La connaissance de ces proportions aidera les médecins qui rencontrent des ados transgenres à être plus sensibles à leurs éventuelles souffrances psychiques et aux difficultés qu'elles entraînent au quotidien. Ainsi ils pourront les accompagner plus facilement vers des prises en charges qui les aideraient en parallèle de leur parcours de transition.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

L'objectif principal est de déterminer à l'aide d'un questionnaire les facteurs de vulnérabilité psychique, traduits sous forme de diagnostics selon le DSM V (5^{em} et dernière édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux), présents chez les adolescents qui sont engagés dans un parcours de transition avec accompagnement médical.

Où peut participer ?

Si tu es suivi à la Consultation spécialisée autour du questionnement de genre, tu peux participer à l'étude portée par le CHU de Toulouse (promoteur).



Comment va se dérouler cette recherche ?

Nous avons pris contact avec toi et tes parents afin de vous vous informer de la possibilité de participer à cette recherche. Suite à cette prise de contact nous vous avons envoyé cette notice et pris rendez-vous, le même jour que ta venue à la Consultation spécialisée autour du questionnement de genre, pour la passation d'un questionnaire au CHU de Purpan dans le service du SUPEA (Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent). Un plan et des indications ont été envoyés à tes parents pour leur indiquer comment s'y rendre. Lorsque nous vous rappellerons nous vous demanderons en premier lieu si tes parents et toi êtes toujours d'accord pour participer.

Pendant ce rendez vous un médecin te fera passer avec parfois la participation de tes parents un questionnaire qui durera entre 1h et 2h. Une fois le questionnaire complété l'entretien prendra fin. L'examineur synthétisera seul tes réponses sous forme de diagnostics selon le DSM V. Ces données seront stockées sur un ordinateur du CHU. Cette étude ne donne lieu à aucune rémunération, tu peux la stopper quand tu le souhaites.

Quels sont les bénéfices attendus ?

Il n'y a pas de bénéfices directs attendus pour toi.

Quels sont les inconvénients possibles ?

Les seuls inconvénients sont liés à la durée de passation du questionnaire (1h à 2h).

Quels sont vos droits ?

Avant de donner ta non opposition à ta participation, tu peux prendre le temps de réflexion que tu souhaites. Tu peux également en discuter si tu le souhaites, avec le médecin de ton choix et ou tes proches. L'investigateur doit te fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche.

Tu es libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Si tu refuses de participer, cela n'aura aucune conséquence sur ta prise en charge habituelle.

Tu peux si tu le désires interrompre ta participation à l'étude à tout moment sans avoir à en préciser les raisons.

Tu peux nous faire part de ton opposition à participer à cette étude par téléphone au ;

.....

Si tu acceptes de participer à cette recherche, les personnes qui collaborent à cette recherche ou qui sont mandatées par le promoteur, ainsi qu'éventuellement le représentant des Autorités de Santé, auront accès à l'information dans le respect le plus strict de la confidentialité.

Dans le cadre de la recherche, un traitement informatique de tes données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs qui t'ont été présentés. Le responsable du traitement des données est le CHU de Toulouse, représenté par son représentant légal en exercice. Le médecin de l'étude, et autre personnel de l'étude recueilleront des informations sur toi, sur ta santé, sur ta participation dans l'étude et



sur tes habitudes de vie. Ces informations, appelées « Informations personnelles », sont consignées sur les formulaires, appelés cahiers d'observations, fournis par le promoteur. Seules les informations strictement nécessaires au traitement et à la finalité de la recherche seront recueillies. Afin d'assurer la confidentialité de tes informations personnelles, ni ton nom, ni aucune autre information qui permettrait de t'identifier directement ne seront saisis sur le cahier d'observation ou dans tout autre dossier que l'investigateur de l'étude fournira au promoteur ou aux représentants autorisés du promoteur. Tu seras uniquement identifié(e) par un code et tes initiales. Le code est utilisé pour que l'investigateur de l'étude puisse t'identifier si nécessaire. Ce traitement des données a pour fondement juridique l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) à savoir l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable de traitement et les intérêts légitimes poursuivis par lui. De plus, au titre de l'article 9 du RGPD le responsable de traitement peut de manière exceptionnelle traiter des catégories particulières de données, incluant des données de santé notamment à des fins de recherche scientifique.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), tes parents auront un droit d'accès et de rectification sur tes informations personnelles. Ils pourront aussi demander la restriction du traitement de tes informations personnelles, s'opposer à certains types de traitement de tes informations personnelles, et demander que tes informations personnelles soient effacées. Cependant certaines données préalablement collectées ne pourront peut-être pas être effacées, au titre des Articles 17.3.c et 17.3.d. du RGPD, si cette suppression est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche. Ils peuvent exercer ces droits en le demandant par écrit auprès du Dr Sophie Çabal-Berthoumieu qui est la personne qualifiée pour cette étude. Le promoteur répondra à cette demande dans la mesure du possible conformément à ses autres obligations légales et réglementaires et lorsque la loi l'exige.

Le promoteur pourra communiquer des informations personnelles aux agences réglementaires ou à ses partenaires de recherches. En cas de transfert de données à caractère personnel, le responsable de traitement (promoteur) mettra en place des garanties appropriées pour ce transfert, conformément aux instructions de la CNIL.

Les données seront transférées et collectées conformément à la méthodologie de référence MR003 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour laquelle le CHU de Toulouse a signé un engagement de conformité. Conformément à la réglementation française et européenne, les données de l'étude seront conservées au maximum 2 ans après la dernière publication ou jusqu'à la signature du rapport final, puis archivées pour une durée de 20 ans.

Tes parents disposent également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Les autorités compétentes et le promoteur ou ses représentants autorisés pourront également avoir besoin d'accéder aux archives médicales et à ton dossier de l'étude, afin de vérifier les données recueillies dans le cadre de l'étude.



Tes informations personnelles codées pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.

Si tu as d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation de tes informations personnelles ou des droits associés à ces informations, tes parents peuvent contacter Monsieur le Délégué à la Protection des données du CHU de Toulouse (DPO@chu-toulouse.fr) ou le médecin de l'étude.

Si malgré les mesures mises en place par le promoteur tu estimes que tes droits ne sont pas respectés, tes parents peuvent déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance de la protection des données compétente dans ton pays de résidence (la CNIL pour la France sur le site <https://www.cnil.fr/fr/donnees-personnelles/plaintes-en-ligne>).

Conformément à la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine :

- cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes et l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament a été informée de la mise en œuvre de cette recherche.
- lorsque cette recherche sera terminée, tu seras tenu informé personnellement des résultats globaux dès que ceux-ci seront disponibles, si tes parents en font la demande écrite auprès du Dr Çabal-Bertoumieu Sophie.

Après avoir lu cette note d'information, n'hésite pas à poser toutes les questions que tu désires. Ta non opposition ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de la recherche de leurs responsabilités à ton égard.

Aucune signature n'est obligatoire mais tu peux signer ce document si tu souhaites participer à l'étude. La signature ne t'engage à rien et atteste simplement que l'information t'a été présentée par ce document.

Nous te remercions.

Signature de l'enfant :
(Facultatif)

Date d'information (appel téléphonique):/...../.....

Date de recueil de non opposition: ___ / ___ / ___ Le
patient ne s'est pas opposé à sa participation à cette recherche.

Investigateur :



Notice d'information du/des parent(s)

« Vulnérabilités psychiques et Adolescences Transgenres: une étude d'Epidémiologie Descriptive. » VATED

Investigateur: Dr Çabal-Berthoumieu, pédopsychiatre, service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse

Autre participant : Mr Antoine Godel, interne en psychiatrie

Etablissement promoteur de la recherche : CHU de Toulouse Hôtel Dieu 2 rue Vignerie TSA 80035 31059 Toulouse cedex 9

Madame, Monsieur,

Nous organisons une recherche sur les vulnérabilités psychiques qui peuvent être présentes chez les adolescents engagés dans un parcours de transition d'identité de genre auprès d'une équipe médicale spécialisée.

Nous souhaitons vous solliciter pour que votre enfant participe à cette recherche dont nous vous présentons ici les modalités. Vous pourrez ainsi décider si vous désirez que votre enfant y participe ou non en toute connaissance de cause.

Une notice d'information destinée à votre enfant lui permettra d'avoir ces mêmes informations dans un format adapté à son âge.

Cette recherche n'a pas d'influence sur la prescription médicale et la prise en charge dont vous bénéficiez.

Le but de la recherche :

Identifier les facteurs de vulnérabilité psychique traduits sous forme de diagnostics selon le DSM V (5^{ème} et dernière édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) chez les adolescents engagés dans un parcours de transition d'identité de genre.

Méthodologie :

Déroulement de l'étude:

1. Avant la venue de votre enfant le jour de son rendez vous programmé à la consultation autour du questionnement de genre du CHU de Purpan, vous avez été contacté par téléphone pour que vous soit proposée à lui et à vous sa participation à cette recherche.
2. Ce document vous a été envoyé par mail car vous vous êtes déclaré intéressé par une participation à l'étude. Vous pourrez confirmer ou non l'inclusion de votre enfant dans ce protocole de recherche après sa lecture. Nous vous recontacterons par téléphone après l'envoi de ce mail à cet effet.



3. L'entretien unique servant au recueil des informations destinées à l'étude se déroule au CHU de Purpan, le jour de la venue de votre enfant pour son rendez vous à la Consultation autour du questionnement de genre.
Cet entretien se déroule de la manière suivante:
- D'abord un temps d'accueil et de présentations a lieu en présence de votre enfant et du parent qui l'accompagne. L'examineur, Mr Godel interne en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, répondra à vos questions éventuelles avant de commencer.
 - Si vous êtes toujours d'accord pour que votre enfant participe à cette recherche, votre enfant sera inclus dans l'étude et nous débuterons les procédures de l'étude.
 - L'outil employé pour recueillir les données de l'étude est un questionnaire semi structuré dont les questions sont adaptées à chaque patient par l'examineur. Ce questionnaire appelé Kiddie SADS ou KSADS-PL permet le repérage chez les enfants et adolescents âgés de 6 à 18 ans des troubles de la santé mentale présents au moment de la passation. Il comprend deux parties qui se déroulent dans un premier temps avec votre enfant seul, puis dans un second temps si nécessaire en présence du parent accompagnateur pour compléter les réponses. La première partie se compose de questions de dépistage qui vont déterminer quels groupes de questions, appelés "suppléments", composeront la seconde partie. Une pause sera proposée entre les deux parties.
 - Une fois ces deux parties complétées, l'entretien peut prendre fin, pour conclure un temps peut être pris à votre demande pour toutes questions subsidiaires.
 - Les réponses aux questions de la seconde partie sont par la suite traitées à part par l'examineur et enregistrées sous forme de diagnostics dans un logiciel informatique de manière anonyme : ces résultats n'apparaîtront pas dans le dossier médical, ils seront communiqués directement au médecin psychiatre responsable du suivi de votre enfant au sein de la consultation.

Dans le cas où un diagnostic serait posé, une prise en charge adaptée sera alors proposée par le psychiatre qui suit votre enfant.

Durée :

La durée de participation pour votre enfant correspond à la durée de cet unique entretien soit entre 1h00 et 2h00.

L'étude s'achèvera quand 30 patients auront été inclus.

Bénéfices attendus :

Le nombre d'adolescents s'engageant dans un parcours de transidentité connaît depuis cette dernière décennie une augmentation très rapide. Cependant les connaissances du monde médical concernant les spécificités de ces adolescents sont encore trop peu nombreuses en France. L'objectif de l'étude est d'affiner les connaissances des différents intervenants du soin qui sont amenés à rencontrer ces adolescents. Cette recherche se propose d'étudier plus spécifiquement le registre des vulnérabilités psychiques: pour ne citer que quelques exemples il s'agit de troubles comme la dépression, les troubles anxieux ou encore les troubles des conduites alimentaires, tous générateurs de souffrances et de difficultés au quotidien. Un



meilleur entendement de la présence ou absence et de la répartition de ces différents types de vulnérabilités psychique chez les adolescents transgenres permettrait entre autres de favoriser leur dépistage par les acteurs du soin. Ce meilleur dépistage permettrait que les médecins puissent proposer en réponse des prises en charge ciblées sur ces troubles parallèlement au parcours de transition.

Contraintes :

Si vous acceptez de participer à cette recherche, un rendez-vous avec l'interne en charge de cette recherche, Mr Godel, vous sera proposé à vous et à votre enfant. La date de ce rendez-vous sera la même que celle de votre prochaine venue à la Consultation avec l'équipe spécialisée autour du questionnement de genre. La seule contrainte sera de venir à ce rendez-vous supplémentaire pour pouvoir compléter le questionnaire de l'étude (prévoir 2 heures pour la recherche).

Risques prévisibles :

Aucuns risques particuliers n'ont été identifiés pour la participation de votre enfant à cette étude.

Avant de donner votre non opposition à la participation de votre enfant à cette recherche, vous pouvez prendre le temps de réflexion que vous souhaitez. Vous pouvez également en discuter si vous le souhaitez, avec le médecin de votre choix et ou vos proches.

Quels sont vos droits ?

Le médecin investigateur doit vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Si vous refusez de participer, cela n'aura aucune conséquence sur la prise en charge habituelle de votre enfant.

Vous pouvez si vous le désirez interrompre la participation de votre enfant à l'étude à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui lui seront dispensés.

Information concernant le traitement de vos données

Dans le cadre de la recherche, un traitement informatique des données personnelles de votre enfant va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs qui vous ont été présentés. Le responsable du traitement des données est le CHU de Toulouse, représenté par son représentant légal en exercice. Le médecin de l'étude, et autre personnel de l'étude recueilleront des informations au sujet de votre enfant, sur sa santé et sur sa participation dans l'étude. Ces informations, appelées « Informations personnelles », sont consignées sur les formulaires, appelés cahiers d'observations, fournis par le promoteur. Seules les informations strictement nécessaires au traitement et à la finalité de la recherche seront recueillies et ces données seront conservées pendant la durée de l'étude jusqu'au rapport final ou jusqu'à la dernière publication puis archivées pendant la durée conforme à la réglementation en vigueur. Afin d'assurer la confidentialité de vos informations personnelles, ni le nom de votre enfant ni aucune autre information qui permettrait de l'identifier directement ne seront saisis sur le cahier d'observation ou dans tout autre dossier que le médecin de l'étude fournira au promoteur ou aux représentants autorisés du promoteur. Votre enfant sera uniquement identifié par un code et ses initiales. Le code est utilisé pour que le médecin de l'étude puisse vous identifier si nécessaire. Ce traitement des données a pour fondement juridique l'article 6 du Règlement Général sur la Protection des



Données (RGPD) à savoir l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable de traitement et les intérêts légitimes poursuivis par lui. De plus, au titre de l'article 9 du RGPD le responsable de traitement peut de manière exceptionnelle traiter des catégories particulières de données, incluant des données de santé notamment à des fins de recherche scientifique.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), vous avez un droit d'accès et de rectification sur les informations personnelles de votre enfant. Vous pouvez aussi demander la restriction du traitement de ses informations personnelles, vous opposer à certains types de traitement de ses informations personnelles, demander que ses informations personnelles soient effacées. Cependant certaines données préalablement collectées ne pourront peut-être pas être effacées, au titre des Articles 17.3.c et 17.3.d. du RGPD si cette suppression est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche. Vous pouvez exercer ces droits en le demandant par écrit auprès du médecin de l'étude. Le promoteur répondra à vos demandes dans la mesure du possible conformément à ses autres obligations légales et réglementaires et lorsque la loi l'exige.

Le promoteur pourra communiquer des informations personnelles aux agences réglementaires ou à ses partenaires de recherches. Ces personnes, sociétés et agences peuvent être situées dans votre pays ou dans un pays étranger. Il est possible que certains pays hors de l'EEE n'offrent pas le même niveau de protection de la vie privée que votre pays. Ainsi, en cas de transfert de données à caractère personnel hors de l'Union Européenne et/ ou vers un pays ne garantissant pas un niveau de protection suffisant par rapport à l'Union Européenne ou à une organisation internationale, le responsable de traitement (promoteur) mettra en place des garanties appropriées pour ce transfert (Exemple : Clauses Contractuelles Types), conformément aux instructions de la CNIL, afin de s'assurer que les destinataires en dehors de l'Espace économique européen fournissent un niveau adéquat de protection à vos informations personnelles

Les données seront transférées et collectées conformément à la méthodologie de référence MR003 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour laquelle le CHU de Toulouse a signé un engagement de conformité. Conformément à la réglementation française et européenne, les données de l'étude seront conservées au maximum 2 ans après la dernière publication ou jusqu'à la signature du rapport final, puis archivées conformément à la réglementation en vigueur.

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble des données médicales de votre enfant en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui suit votre enfant dans le cadre de la recherche et qui connaît son identité.

Les autorités compétentes et le promoteur ou ses représentants autorisés pourront également avoir besoin d'accéder à ses archives médicales et à son dossier de l'étude, afin de vérifier les données recueillies dans le cadre de l'étude.



Les informations personnelles codées de votre enfant pourront être utilisées pour d'autres recherches scientifiques toujours conformément aux lois et aux règlements applicables.

Si vous avez d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation de ses informations personnelles ou des droits associés à ces informations, veuillez contacter le Délégué à la Protection des données du CHU de Toulouse (DPO@chu-toulouse.fr) ou le médecin de l'étude.

Si malgré les mesures mises en place par le promoteur vous estimez que les droits de votre enfant ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance de la protection des données compétente dans votre pays de résidence (la CNIL pour la France sur le site <https://www.cnil.fr/fr/donnees-personnelles/plaintes-en-ligne>)

Conformément à la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine :

- cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud Méditerranée I et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a été informée de la mise en œuvre de cette recherche.

Votre non opposition ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de la recherche de leurs responsabilités à l'égard de votre enfant.

Le médecin investigateur (Dr Tél.....) est à votre disposition pour vous apporter toutes les précisions complémentaires que vous souhaitez.

Date d'information (appel téléphonique) :/...../.....

Date d'information et de remise de la présente notice au(x) parent(s) :/...../.....

Le(s) parent(s) ne s'est (se sont) pas opposé(s) à la participation de son (leur) enfant à cette recherche

Investigateur :

Signature :

**VULNÉRABILITÉS PSYCHIQUES ET ADOLESCENCES
TRANSGENRES, UNE ÉTUDE D'ÉPIDÉMIOLOGIE DESCRIPTIVE**

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

Introduction : La littérature internationale met en avant des prévalences élevées de comorbidités psychiatriques chez les adolescents transgenres. Les données françaises sont peu nombreuses et issues d'études rétrospectives. **Objet :** Décrire au moyen d'un outil standardisé les comorbidités psychiatriques dans un échantillon d'adolescents transgenres. **Méthode :** Nous avons fait passer la K-SADS-PL, à 15 adolescents bénéficiant d'un suivi dans un service de consultation pluridisciplinaire spécialisé dans les questions de genre au CHU de Toulouse. **Résultats :** Nous avons retrouvé 33 % d'épisodes dépressifs, 73 % de troubles anxieux, 20 % de tics, 7 % de trouble du comportement alimentaire et 7 % de trouble en lien avec une substance. 80 % des adolescents présentaient un diagnostic multiple. **Conclusion :** Les adolescents transgenres en France présentent une forte prévalence de comorbidités psychiatriques ce qui justifie auprès d'eux un dépistage le plus systématique possible.

TITRE EN ANGLAIS : PSYCHOLOGICAL VULNERABILITIES AND TRANSGENDER ADOLESCENTS, A DESCRIPTIVE EPIDEMIOLOGICAL STUDY

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : dysphorie de genre, incongruence de genre, adolescent transgenre, comorbidités psychiatriques

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Sophie Çabal-Berthoumieu