Conférence BEL du 31 mars

Intervention du Docteur Agnès Condat,

Psychiatre, psychanalyste, consultation identité sexuée, service de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent, Hôpital Pitié-Salpétrière.

Dans la Consultation Identité Sexuée où j’exerce mon activité, nous accueillons les jeunes jusqu’à 18 ans et parfois au delà.

Je vais commencer par vous donner quelques repères dans les mots car ils sont importants. Il y a des créations de mots, la façon dont on vient nommer son identité sexuée, dont on vient la ranger sous un signifiant est particulièrement importante pour les personnes que nous recevons.

L’identité sexuée de chaque être humain, si l’on reprend le modèle de John Money, il y a plusieurs caractéristiques :

* Le sexe biologique, mâle ou femelle, qui est inscrit dans le corps, dans les organes génitaux.
* Le genre, masculin ou féminin et l’identité de genre qui est le sentiment intime que l’on a d’être un homme, une femme, ou autre.
* Le rôle de genre, qui est ce que l’on fait ou dit pour dévoiler son statut de garçon, de fille, d’homme de femme aux autres. Qu’il ne faut pas confondre avec l’attirance sexuelle telle qu’elle s’exprime dans l’hétérosexualité, l’homosexualité, la bi sexualité voire la pan sexualité revendiquée par de plus en plus de jeunes (c’est à dire orientée vers l’ensemble du continuum du genre (ils peuvent être attirés par une personne quel que soit son genre), voire l’a-sexualité qui est l’absence d’attirance pour l’un ou l’autre genre.

Ce qu’on appelle une femme transgenre, masculin vers féminin, est une personne qui a été assignée de sexe masculin à la naissance et qui exprime une identité de genre féminine. On choisit toujours le sexe tel qu’il est ressenti et vécu pour désigner la personne. De la même façon, un homme transgenre est une personne qui a été assignée de sexe féminin à la naissance mais qui exprime une identité de genre masculine.

Une personne non binaire (et nous en recevons de plus en plus) est une personne qui ne s’identifie ni au masculin, ni au féminin ; soit une personne de genre fluide, c’est à dire qu’elle peut se sentir à certains moments plus féminine ou plus masculine ; soit neutre ; soit une autre identification sur l’échelle du genre qui est vécue sur un continuum de genre, par exemple un adolescent qui dit, je me sens entre neutre et masculin, plutôt masculin ; voire a-genre, qui refuse le genre comme trait d’identification.

Comment en sommes-nous venus à ouvrir cette consultation ?

J’étais psychiatre dans un service de la grande banlieue, à Meaux, et j’étais psychiatre de liaison. C’est à dire j’intervenais lorsque les pédiatres se posaient des questions psychologiques ou psychiatriques par rapport à un patient. Ils ont reçu une jeune fille ou un jeune homme, la question était là, de 17 ans, Amélie, hospitalisée en pédiatrie générale pour une anorexie à la suite d’une gastro entérite banale, elle n’avait pas recommencé à s’alimenter.

A l’entrée ses parents avaient expliqué qu’elle était née avec un déficit enzymatique qui faisait qu’elle avait un problème d’intersexualité, une ambiguïté et qu’elle avait été réassignée à l’adolescence au sexe masculin après une mauvaise évaluation de départ, d’où un état civil encore féminin. Elle était sous testostérone depuis environ un an et on l’appelait Jef.

Au bout de deux semaines d’hospitalisation, l’équipe qui soigne Jef réalise qu’Amélie, si elle avait bien un déficit enzymatique à la naissance n’avait aucune ambiguïté pour ce qui concernait les organes génitaux, aucune ambiguïté anatomique. Et donc, cela suscite chez eux des angoisses, des questions, faisons nous bien de l’appeler Jef alors que c’est Amélie ?

Qu’est ce que c’est que cette histoire de testostérone ? et donc ils appellent le psychiatre.
Faut il l’appeler Amélie ou Jef ? Doit-on dire il ou elle ? Amélie avait exprimé depuis l’âge de 14 ans sa conviction d’être un garçon et avait demandé une transition hormonale et chirurgicale.

La transition hormonale était déjà faite, elle avait été conduite par un endocrinologue dans un cabinet libéral sur l’avis d’un psychiatre qui avait été consulté et avait rédigé un certificat et elle avait déjà rendez-vous pour une mammectomie au lendemain de ces 18 ans.

J’avoue que cela m’a saisie d’angoisse, presque sidérée face à cette situation, je me suis dit est-ce possible pour un enfant et ses parents de changer ainsi le sexe d’un enfant avec un seul avis psychiatrique ? J’ai appelé le Conseil de l’Ordre qui m’a confirmé que si les parents expriment leur accord, il n’y a aucun problème. Je n’ai pas cru le Conseil de l’Ordre départemental et j’ai appelé le Conseil de l’Ordre National qui m’a confirmé que c’était possible avec l’accord des deux parents et ce quel que soit l’âge de l’enfant on avait le droit de changer l’apparence et de donner un traitement hormonal.

Et ensuite, c’est un adolescent qui allait particulièrement mal, qui était déscolarisé depuis plus de deux ans car avec la barbe et la voix grave s’appelant Amélie sur la carte d’identité ce n’était plus possible d’aller au Lycée avec les camarades. Dans la famille, les parents n’en avaient parlé à personne, le grand-père trouvait que cela faisait longtemps qu’ « elle » trainait sa laryngite et s’étonnait que la voix soit aussi grave mais on le rassurait et cela passait. Il était extrêmement déprimé avec des idées suicidaires et je n’ai jamais pu avoir le nom et les coordonnées de l’endocrinologue et du psychiatre qui l’avaient vu une fois et souhaitaient rester anonymes.

Au même moment, me retrouve une adolescente de 15 ans qui avait été une des premières enfants que j’avais eues en psychothérapie quand j’étais assistante à l’Hôpital Sainte Anne, elle avait 5 ans à l’époque. Elle avait des couettes, était en jupe, jouait à la dinette et venait me voir parce que les parents se séparaient et que le papa, qui sortait d’une secte, faisait une espèce de coming out compliqué et voulait accéder à tous les plaisirs qui lui étaient interdits autrefois par sa communauté religieuse et en informer sa fille afin, qu’elle même, plus tard, n’ait pas les mêmes freins que lui.

J’ai vu cette petite fille dans ce contexte et nous avons commencé une guidance familiale. Le papa qui avait aussi quitté son emploi de professeur du jour au lendemain c’était reconverti dans la menuiserie et après quelques consultations, il lui avait construit une cabane dans le studio avec portes et fenêtres, il n’invitait plus les copains et copines pour des fêtes en présence de sa fille et les choses allaient plutôt bien.

Elle me retrouve à 15 ans et me dit : Docteur, je veux changer de sexe.

Je me suis posée tout un tas de questions, parce que dans ma culture psychanalytique c’était quand même, ce qu’à l’époque l’on appelait le transsexualisme c’était du registre de la pathologie souvent du registre de la psychose. Tous les écrits que je trouvais en français de mes collègues disaient que c’était très grave, soit que cela pouvait être une thématique de délire, mais quoiqu’il en soit que cela témoignait d’une fragilité extrême.

L’ayant eu en psychothérapie pendant trois ans et n’ayant rien remarqué, cela me semblait impossible. J’ai recherché les dossiers et cela m’a posé beaucoup de questions.

Finalement elle a été hospitalisée à la Salpêtrière car elle était déprimée et à cette époque là, le hasard encore, Colette Chiland, première française à s’occuper de ces enfants et de ces adolescents et qui en a reçu une cinquantaine au Centre Alfred Binet préparait un grand congrès international avec le Professeur Cohen, chef de service de la Salpêtrière et me propose de voir ma patiente.

Nous avons pris l’habitude de nous voir toutes les semaines et Colette, qui voulait depuis longtemps qu’il y ait un lieu pour accueillir ces enfants, a convaincu mon chef de service d’ouvrir une consultation spécialisée.

C’est comme cela que tout a commencé, avec le questionnement, n’allons-nous pas faire un appel d’air, fixer des choses alors que l’adolescence comme l’enfance est un moment d’évolution, un moment dynamique, n’y a-t-il pas plus de risque à offrir ces soins qu’à ne pas les offrir ?

Finalement, nous sommes allés nous former au Canada, chez à Toronto et nous avons constitué une équipe pluridisciplinaire avec une endocrinologue qui est allée se former à Amsterdam. Pour nous c’était tout nouveau mais à l’étranger les premières Gender Clinics pour enfants ont été créées il y a plus de 50 ans et pour les protocoles de soins proposés aux adolescents en tout début de puberté, il y a maintenant un recul de 20 ans, en Europe, aux Etats Unis, au Canada et en Australie.

Nous sommes allés nous former chez eux, nous avons lu toute la littérature internationale que nous avons pu trouver sur le sujet et nous avons décidé d’associer à la fois notre pratique française et une pensée psychanalytique pour moi et de nous conformer aux recommandations internationales.

Combien de jeunes cela concerne-t-il ?c’est à dire d’enfants qui ne se reconnaissent pas dans le sexe qui leur a été assigné à la naissance. Nous n’avons pas de chiffres chez l’enfant, chez les adultes et selon les études étrangères car il n’y en a pas en France, on est à peu près entre 1 sur 12.000 et 1 sur 37.000 pour les mâles biologiques et 1 sur 30.000 et 1 sur 110.000 pour les femmes biologiques. C’est variable selon les pays, la culture, la perception par la société, la médecine. C’est souvent présent dès l’enfance, c’est à dire dès que les enfants savent parler, mais cela peut apparaître à l’adolescence. Dans notre consultation, en 5 ans nous avons vu à peu près une centaine d’enfants et d’adolescents et 40% ont commencé plus tard au moment de la puberté.

Deux grandes études de prévalence ont été menées, l’une en Nouvelle Zélande et l’autre aux Etats Unis, dans des endroits très éloignés, avec de grosses populations d’adolescents en collège, 8500 d’un côté et 2700 de l’autre et ils ont demandé à ces adolescents s’ils se reconnaissaient dans leur sexe d’assignation à la naissance ou s’ils se vivaient d’un genre différent. Et là, nous avons des chiffres qui sont pour la Nouvelle Zélande, de 1,3 % et pour les Etats Unis, de 1,2 %, ce qui est considérable.

En France, l’on n’a pas encore de chiffres mais nous sommes absolument débordés de demandes, c’est à dire que nous avons à peu près 6 mois d’attente avec des gens complètement désespérés, qui nous écrivent des mails, qui essaient de nous téléphoner, nous attendent à la sortie quand on fait des interventions avec leurs enfants pour essayer d’avoir des rendez-vous plus tôt.

Qu’est-ce qui motive un enfant ou ses parents à venir à notre consultation ? C’est, chez l’adolescent, le plus souvent un état anxiodépressif avec souvent des tentatives de suicide ou des idées suicidaires prégnantes. Cela peut être un vécu familial douloureux des symptômes, la plupart des parents vivent l’annonce de leur adolescent comme un grand choc, la plupart ne s’y attendaient pas du tout, la première réaction est souvent de dire, ce n’est pas possible ? Ils se rappellent des souvenirs de la petite enfance qui contredisent cette idée, ils essaient de démontrer à leur enfant que ce n’est pas vrai.

.C’est aussi chez les plus petits, ceux de 5,6 ans, très mal vécu quand c’est une fillette transgenre, c’est à dire un petit garçon biologique qui se vit fille, c’est souvent très mal vécu par les papas.

Quand c’est une fille qui se vit garçon, c’est beaucoup plus simple. Avoir une fille garçon manqué en France ce n’est pas forcément un problème, à l’école ce n’est pas non plus forcément un problème, elle préfère mettre des pantalons, elle a raison c’est plus pratique … une mère nous a dit, je pensais qu’elle deviendrait féministe. Ce n’est pas la même inquiétude que des parents dont le petit garçon veut absolument mettre du vernis à ongles, veut se maquiller, refuse d’aller à l’école s’il ne porte pas de jupe. Une institutrice racontait : dans la cours de récréation si l’on joue à la Reine des Neiges, il incarne systématiquement la Reine des Neiges et quand c’est une copine qui veut le faire, il ne fait pas le prince mais fait le renne. C’est beaucoup plus difficile et nous avons des situations de harcèlement scolaire dès 5 ans et de réactions parfois problématiques d’enseignants qui sont assez déroutés et qui interdisent à l’enfant, par exemple, le jour où l’on peut venir déguisés de venir en princesse et l’obligent à se changer ou refusent de lire le livre qu’il a apporté parce que c’est un livre de Barbie.

Certains parents vivent parfois cela très très mal et adoptent des comportements à la limite de la maltraitance. Ce qui est assez typique c’est l’enfant qui n’a plus aucun cadeau à son anniversaire ou à Noël car : « Puisque tu ne veux que des poupées tu n’auras rien » ou alors l’enfant à qui l’on offre malgré tout des légos Star Wars qui restent sous le sapin et qui finissent par être offerts à un cousin. Plus rare, mais nous avons vu cela avec des enfants plus petits que les parents obligeaient à sortir dans la rue habillés en fille pour les humilier, leur faire honte afin qu’ils se rendent compte que ce n’était pas leur identité.

Cela peut aller assez loin et chez les adolescents c’est très compliqué aussi.

Autre motif de consultation, l’inquiétude parentale pour l’avenir de l’enfant, surtout pour les adolescents et sous entendant qu’avoir un enfant transgenre dans notre société, cela va être une catastrophe. Des idées encore très fortes que cela va finir forcément au Bois de Boulogne. Pour les jeunes filles trans, l’inquiétude est aussi qu’elles ne trouveront pas de métier, ne pourront pas faire d’études. La peur aussi, pour les parents, que leurs voisins ne leur parlent plus, que leurs autres enfants soient discriminés à l’école, qu’ils n’aient plus de copains etc …

Comment évoluent ces enfants ? Je dirais, que l’on s’occupe d’eux ou pas, les chiffres dont on dispose, montrent que chez les enfants très jeunes, en tout début de puberté, c’est à dire, avant la naissance des caractères sexuels secondaires, la poussée des seins chez les filles et le début de l’apparition des érections chez les garçons, plus de la moitié vont réintégrer leur sexe biologique et pour certains ne se souviendront pas qu’ils se sont un jour posé la question ou qu’il a pu en être autrement un jour.

Par contre, quand on prend les adolescents qui consultent, c’est à dire à partir de ce début de puberté, 80% vont évoluer vers un parcours de transition. Ce qui veut dire que quand on reçoit un adolescent, beaucoup se fera en direction de cette transition.

Comme prise en charge nous proposons en premier lieu un accueil car ils sont très en souffrance autant les parents que les jeunes. Simplement leur répondre et ne pas leur dire « ce n’est pas vrai ». L’adolescent qui va s’exprimer avec beaucoup d’émotion, je me sens garçon depuis toujours, même si bien sûr -comme tout un chacun qui vient en consultation- il raconte aussi son roman, et ne pas lui dire, ce n’est pas vrai, c’est déjà un immense soulagement et cela permet de nouer quelque chose et de temporiser la demande qui arrive souvent dans l’urgence.

Le discours de l’adolescent est souvent : écoutez docteur, je suis souvent sur Internet, je lis les blogs et je m’informe, quand me donnez-vous de la testostérone ?

Ou alors : et pour la préservation de ma fertilité, comme cela va t-il se passer, où puis-je faire congeler mes ovocytes ?

Déjà les entendre cela permet de temporiser et en général nous prenons une année pour faire connaissance, nouer quelque chose. Nous recevons les parents, la fratrie, quelquefois les grands parents, l’ami d’enfance du papa, la voisine, cela peut aller vers tous ceux qui sont importants pour ces personnes, pour ce qui les amène.

Nous pouvons aussi proposer un accompagnement social à l’école. Il y a plusieurs possibilités, tout ce qui tourne autour de la lutte contre les discriminations, le harcèlement. Des enfants, des parents qui demandent des transitions sociales. Les enfants sont scolarisés dans leur genre tel qu’ils se vivent avec un prénom qui correspond au genre tel qu’ils se vivent. Par exemple, le petit Paul va aller à l’école en tant que Sophie, s’habiller en jupe et cela peut se faire de façon ouverte, tout le monde le sait dans l’école et dans ce cas, l’on discute endroit par endroit avec les enseignants, la direction d’école, l’inspection académique, ce sont des choses sensibles, de comment organiser cette transition là, dans cette école-là, pour cet enfant-là, étant donné son intégration préalable.

Cela peut être aussi des transitions confidentielles, l’enfant demande à changer d’école, de secteur et il arrive dans une école avec un autre genre, un autre prénom et cela reste secret, seule la direction de l’école est au courant ainsi que l’institutrice si c’est en primaire ou le professeur principal quand c’est en secondaire.

Cela soulage beaucoup les adolescents. Pour les enfants prépubères ce n’est pas quelque chose que l’on proposait facilement, mais une étude récente qui montre que les enfants transgenres en transition sociale vont beaucoup mieux que ceux qui ne le sont pas nous amène à l’évoquerChez les enfants et adolescents trans, il y a 53% de tentatives de suicides ou comportements hétéros agressifs, ce qui est considérable, 64% de syndromes dépressifs, et d’autres soucis psychiatriques qui peuvent être associées. Le harcèlement à l’école atteint également 60 %.

Ces transitions permettent d’éviter tout cela. L’on se pose beaucoup de questions à savoir est-ce que cela ne va pas « engager », le fait d’avoir un repérage symbolique ne risque t-il pas de venir conforter le vécu qui est plutôt imaginaire de l’enfant, dans son genre. Cela ne va t-il pas l’encourager dans la transition ? A l’étranger et de notre courte expérience, il semble que non.

Pour l’instant les enfants que nous avons en transition, ne nous ont pas vraiment demandé notre avis. Quand ils sont arrivés c’était quasiment déjà fait et parfois, il s’agissait d’enfants qui refusaient d’aller à l’école.

Un refus scolaire typique, mal au rentre, mal à la tête tous les matins et puis finalement, ils n’y allaient plus et dès qu’ils sont scolarisés dans le genre qu’ils souhaitent, ces enfants se remettent à fonctionner correctement en milieu scolaire, augmentent leurs performances et n’ont plus mal au ventre.

C’est une autre possibilité, nous pouvons proposer un accompagnement vers des traitements hormonaux puisque nous avons une équipe pluridisciplinaire, sachant qu’aujourd’hui l’on trouve tout sur internet.

Certains adolescents, trouvent que l’on ne va pas assez vite et achètent avant de nous rencontrer. Ils achètent de la testostérone sur internet ou ils se partagent à quatre une ampoule à trois ou quatre avec d’autres jeunes rencontrés sur le net. Et ils commencent leur transition sans accompagnement médical, cela ne nous est arrivé heureusement qu’une seule fois.

L’on peut donc proposer au niveau hormonal, les traitements de transition hormonale, c’est à dire de donner des oestrogènes à un garçon biologique et de la testostérone à une fille biologique. Cela commence à partir de 16 ans en France et selon les recommandations internationales, mais la plupart des équipes dans le monde commencent à présent autour de 14 ans.

Nous proposons aussi, comme cela se fait à Amsterdam depuis 20 ans, le blocage de puberté. Il s’agit du même blocage de puberté qu’on fait dans les pubertés précoces des enfants qui démarrent leur puberté trop tôt, c’est à dire que l’on retarde le début de la puberté. Cela laisse le temps de faire un travail psychique, de voir si les choses évoluent dans un sens ou dans un autre et qui évitent l’apparition des caractères sexuels secondaires. Si l’adolescent, ce qui est le cas dans 80 % des cas en début de puberté s’engage vers un parcours de transition, cela évitera la mammectomie à un garçon car les seins n’auront pas poussé et à une fille trans de faire de l’orthophonie toute sa vie car la voix n’aura pas mué.

Il y a des enjeux importants pour les jeunes, car si l’adolescent se sent finalement bien dans son sexe d’origine, il suffit d’arrêter le traitement et les effets sont totalement réversibles, la puberté reprend.

Qu’est ce que cela nous apprend ?

Ce qui est important c’est que notre rôle, ce que l’on dit aux adolescents qui arrivent souvent remontés, moins maintenant car comme cela fait un moment que nous travaillons avec les associations qui nous envoient aussi des jeunes, c’est de les accompagner.

Au début, les adolescents arrivaient en ayant l’impression que l’on allait cocher des cases, faire une évaluation et qu’à la fin nous leur dirions oui ou non pour les hormones. Ils avaient tendance à nous sortir un discours assez stéréotypé de ce qu’ils trouvaient sur internet sur les transgenres.

Nous les appelons par le prénom qu’ils souhaitent, nous les recevons dans le genre qu’ils souhaitent et c’est une position psychanalytique, quand on veut engager une relation transférentielle avec quelqu’un et que l’on reçoit une demande.

Si vous venez dire à votre psy, voilà, je suis comme cela et cela et qu’il vous répond que ce n’est pas vrai et qu’il vous le répète à chaque phrase, cela engage mal le lien transférentiel.

Nous leur disons, ce n’est pas moi qui décidera si vous prendrez ou pas des hormones, cela sera votre décision. Nous sommes là pour vous aider à explorer votre identité et à vous poser toutes les questions qui peut-être ne vous sont pas venues et qui peuvent être utiles dans ce parcours. L’on propose souvent une psychothérapie, environ 60% des jeunes ont suivi, souvent plusieurs années un parcours en psychothérapie. Les accompagnements en psychothérapie sont proposés, jamais imposés.

Ces jeunes qui ont suivi une psychothérapie, cela ne veut pas dire qu’ils sont revenus sur leurs identifications –et ce n’est en aucun cas un objectif- mais cela leur permet d’habiter leur identité autrement.

Nous réfléchissons en même temps, nous nous posons beaucoup de questions. Chaque fois que nous débutons un traitement, nous l’examinons en équipe pluridisciplinaire. Nous nous réunissons tous les mois. Trois équipes sont montées à Paris il y a 4 ans, il y a des pédo psychiatres, des endocrinologues, des psychologues, des juristes, des éthiciens, très prochainement des membres d’une association, des sociologues afin de remettre en question nos pratiques d’une façons générale et d’analyser ensemble chaque situation.

A quoi nous amènent ces enfants et ces adolescents ? Peut-être à ne plus penser l’identité comme normale ou pathologique mais comme singulière.

Pour nous psychanalystes, l’identité cela se tient du nouage d’un corps réel, de son image et de sa dimension symbolique, c’est tissé de fils multiples en lien avec le corps biologique, le patrimoine génétique mais aussi son expression, l’anticipation des parents de leur bébé avant même la naissance, les premières interactions, la façon dont l’enfant va venir se loger dans le discours de ses parents, la transmission intergénérationnelle, les premières expériences de vie etc …

Et donc peut être aussi de voir l’identité non pas comme l’aboutissement d’une construction linéaire qui vient à un moment, à l’âge adulte, se fixer et s’épanouir mais plutôt comme vivante, dynamique, en création perpétuelle et je dirai qu’il faut du jeu entre ces dimensions d’identité, ce corps réel, cet imaginaire et cette inscription dans le social, pour qu’advienne le « je » du sujet et cela peut se rejouer à chaque moment de la vie. L’identité se construit au fil de la vie, de ce que le sujet va se ranger sous certains signifiants, Lacan disait « être une femme finalement c’est se ranger sous le signifiant « femme » et être un homme c’est se ranger sous le signifiant « homme » », et il y a tous les autres signifiants car ils sont aussi gender fluides, a-gender. Ils utilisent souvent les signifiants anglais mais ils se traduisent aussi.

L’identité donc se construit au fil de la vie, de ce que le sujet va se ranger sous certains signifiants, être reconnu sous d’autres signifiants, de ce qu’il va dire et de ce qu’il va mi-dire.C’est ce qu’ils nous disent, ils veulent construire leur vie comme une œuvre, avec cette idée qu’ils peuvent être auteurs de leur vie, auteurs de leur identité et dans le même temps, ce que nous apprend la psychanalyse c’est que à chaque fois que le sujet parle quelque chose de lui-même lui échappe et que cela est sans cesse renouvelé.