

Entretien avec Julie Brunelle

Une pédopsychiatre au service des mineur·es trans et/ou en questionnement de genre



Julie Brunelle est pédopsychiatre dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital de la Salpêtrière ; elle y travaille au sein de la consultation « Diversité de genre ».

Intersections a souhaité s'entretenir avec elle pour inviter ses lectrices à réfléchir aux positions qui s'affrontent sur ce sujet, et reposent sur deux paradigmes également problématiques. D'un côté celui de l'interdiction de principe des traitements pour les mineur·es trans, illustrée par le mouvement de reflux qui, dans plusieurs États, tend à interdire purement et simplement aux médecins de les soigner¹. De l'autre côté, le paradigme totalement autodéterministe qui charrie le risque de transformer les médecins en prestataires de services, comme si les atteintes à l'intégrité corporelle pouvaient être admises sur simple demande. Les médecins ne doivent-ils pas évaluer et contrôler la demande qui leur est adressée, dès lors que leur rôle est de soigner et qu'ils sont responsables des traitements qu'ils administrent ? Ne pourrait-on pas distinguer, d'une part, ce qui relève de la définition de soi, de l'autodétermination sociale (paradigme autodéterministe qui ne pose pas de difficultés), et de l'autre, la prise en charge médicale en ce qu'elle a un impact corporel (paradigme médical de l'exigence d'évaluation du caractère thérapeutique des actes) ? Des questions difficiles auxquelles elle a bien voulu apporter des éléments de réponse afin, aussi, de déconstruire quelques fausses idées sur la prise en charge des mineur·es trans.

¹ Par exemple, « alors qu'en 2022, seuls trois États fédérés interdisaient les réassigations de genre pour les mineurs, près de la moitié des États-Unis l'interdit désormais » : *Droit de la famille*, 2024, n° 12, Alerte 147). Rappr. Exposé des motifs de la proposition de loi visant à encadrer les pratiques médicales mises en œuvre dans la prise en charge des mineurs en questionnement de genre (Sénat, proposition de loi n° 435, 19 mars 2024) : « L'article 1^{er} interdit aux professionnels de santé, dans l'indication de la dysphorie de genre, de prescrire aux mineurs des bloqueurs de puberté, ainsi que des traitements hormonaux tendant à développer les caractéristiques sexuelles secondaires du genre auquel le mineur s'identifie. De plus, ce même article proscrit la possibilité de pratiquer, sur des mineurs, des opérations chirurgicales de réassignation sexuelle ». Adoptée en première lecture au Sénat mais non inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée, cette proposition vise également (article 2) à ériger le fait d'enfreindre l'interdiction posée à l'article 1 en infraction pénale.



Bonjour Julie Brunelle. Pouvez-vous nous présenter la consultation pour les mineur·es trans au sein de laquelle vous travaillez ?

Dr. Brunelle. La consultation « Diversité de genre » s'est ouverte à la Pitié Salpêtrière au sein du service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Pr. David Cohen en 2012, à l'initiative de Colette Chiland, psychiatre-psychanalyste et de la Dr. Agnès Condat, pédopsychiatre. Cette activité a vu le jour en collaboration avec la Pr. Laetitia Martinerie, du service d'endocrinologie pédiatrique de Robert Debré, et le Dr. Jean Chambry, pédopsychiatre à la fondation Vallée puis au Centre Intersectoriel d'Accueil Pour Adolescent (CIAPA). La consultation à la Pitié Salpêtrière accueille et accompagne des mineur·es trans et/ou en questionnement de genre, de tous âges, et leurs familles.



De tous âges ?

Dr. Brunelle. Oui. Il peut s'agir d'enfants prépubères dès l'âge de 4-5 ans comme d'adolescent·es, jusqu'à leur majorité. Concernant les enfants les plus jeunes, la consultation est alors évidemment à l'initiative des parents, par exemple suite à la verbalisation répétée par l'enfant d'un vécu d'incongruence de genre, ou à des comportements dits « non conformes de genre », qui questionnent les parents. Quand l'enfant est très jeune, il est fréquent que je propose de rencontrer d'abord les parents seuls. En effet, venir à l'hôpital n'est pas anodin, ne serait-ce que parce que l'enfant peut penser qu'il est malade, ce qui est assez anxiogène. De surcroît, l'enfant n'a en général rien demandé. Et l'on accueille donc des jeunes jusqu'à 18 ans, parfois même au-delà pour ce qui est du suivi. En revanche, nous ne pouvons pas proposer de premier rendez-vous au-delà des 18 ans.



La consultation s'est-elle toujours appelé « diversité de genre » ?

Dr. Brunelle. Non, effectivement. Initialement, elle s'appelait « consultation identité sexuée », mais elle a été renommée il y a 5-6 ans en raison de la réalité clinique rencontrée : nous recevions des jeunes qui pouvaient être dans des expressions de genre diverses, avec des questionnements sur le plan social, sans forcément que les attributs sexués, corporels, soient mis en avant dans leurs interrogations. « Identité

sexuée » nous semblait réducteur, cela ne permettait pas de rendre compte de la diversité des profils rencontrés dans la consultation.



Quel est votre rôle, en tant que pédopsychiatre, dans ce dispositif ?

Dr. Brunelle. Mon rôle au sein de cette consultation, où je travaille avec deux autres collègues pédopsychiatres et deux psychologues – nous sommes tous à temps partiel sur cette activité – est de recueillir les demandes adressées au service, de recevoir les jeunes et leur famille et d'accompagner chaque situation dans le cadre d'une collaboration pluriprofessionnelle en fonction des besoins identifiés. Les demandes peuvent émaner des familles elles-mêmes (qui nous contactent parce que leur enfant a exprimé des questionnements de genre ou, le plus souvent, suite à son *coming out* trans), de professionnel·les de santé ou d'associations de personnes concernées. Si les jeunes sont majeur·es, on les oriente vers des collègues ou les associations avec lesquelles nous collaborons ([Outrans](#), [Espace Santé Trans](#), [Acceptess-T](#), [Grandir Trans](#)). Lors de la première consultation, les jeunes sont en général accompagné·es de leurs parents. Notre rôle est d'abord d'accueillir les questionnements et les demandes en proposant un espace dans lequel les personnes puissent se sentir entendues et en sécurité. Ensuite, il s'agit pour nous de pouvoir déplier ce qui sous-tend la demande, de préciser les besoins et les attentes de chaque jeune, en tenant compte de son environnement familial et social singulier. Nous évaluons les éventuelles co-occurrences psychiatriques qui nécessiteraient une prise en charge ciblée et les capacités du ou de la jeune à saisir les enjeux d'un éventuel traitement médical d'affirmation de genre. Pour cela, nous accompagnons les jeunes et leurs familles le temps nécessaire (parfois pendant des années), leurs cheminements, les éventuelles étapes de transition, en informant sur les enjeux des traitements à court, moyen et long terme. Au-delà des consultations, nous proposons également des groupes de paroles à destination des jeunes et des parents, qui permettent de lutter contre le sentiment d'isolement, ainsi que des groupes de médiation corporelle et artistiques. Quand des besoins de soins psychiatriques sont identifiés, nous les mettons en place. Je tiens à dire qu'il n'y a pas de protocole unique, il n'y a que des parcours singuliers. Mon rôle est également de coordonner les Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles (RCP) dont nous reparlerons sans doute et, au-delà de la clinique, de faire de l'enseignement et de la recherche sur cette thématique.



Comment est-ce que vous percevez votre rôle ? Est-ce qu'il a évolué ou pourrait évoluer et est-ce qu'il vous paraît adéquat ?

Dr. Brunelle. Pour un certain nombre de jeunes, on est la porte d'entrée de l'accompagnement. Ils et elles commencent en rencontrant des professionnel·les de santé mentale, ce qui peut interroger, sachant que la transidentité n'est pas un trouble psychiatrique. Mon rôle, et c'est ce qui fait aussi qu'il a sa pertinence, est de pouvoir évaluer l'ensemble des dimensions du développement du jeune, du système familial, d'identifier les facteurs de vulnérabilité et les ressources, les éventuels besoins psychiatriques qui sont parfois une réalité pour les jeunes que nous rencontrons. Nous avons progressivement ouvert la possibilité que les psychologues de la consultation puissent être tout à la fois les premiers interlocuteurs ou interlocutrices de ces jeunes et des consultant·es tout au long de l'accompagnement. C'est une petite évolution au sein du service, qui me convient.



Vous avez évoqué le fait que les demandes vous parvenaient par différents canaux ; et, donc, pas uniquement via des psychiatres ou des psychologues. Est-ce bien le cas ?

Dr. Brunelle. En effet, ce ne sont pas toujours des psychiatres ou des psychologues qui nous adressent les demandes. Tout·e professionnel·le de santé peut accueillir, avant de nous les adresser, ces jeunes et leurs familles, en particulier les médecins généralistes qui sont souvent en première ligne. Tous n'ont bien entendu pas la même expérience, et nous constatons une disparité dans la formation des collègues sur le sujet de la transidentité. C'est pour cela qu'il apparaît nécessaire d'améliorer la sensibilisation de tout·e professionnel·le de santé à cette thématique. Il arrive d'ailleurs parfois que les jeunes et leurs parents nous restituent des expériences négatives, voire traumatiques, lors de consultations médicales précédant le contact avec notre service. Proposer des formations à destination des professionnel·les de santé, parfois coconstruites avec les associations, fait donc également partie de nos missions.



Vous faites état d'un nœud important. Dans un contexte où 60 % des jeunes trans sont victimes de violences intrafamiliales en France², si l'on y ajoute une maltraitance médicale... Existe-t-il des pistes pour améliorer la situation ?

Dr. Brunelle. Parce qu'on est là confronté à une population particulièrement vulnérable, notre premier devoir est d'offrir un espace de sécurité et de confiance, qui permet de poser les bases de la prise en charge. Il faut donc être extrêmement attentif·ve à l'accueil, en respectant le principe d'autodétermination (la manière dont la personne s'identifie sur le plan de son genre), qui constitue le préalable pour qu'un échange plus libre se déploie par la suite. Je me préoccupe aussi beaucoup du « joining », c'est-à-dire le fait de faire alliance avec les parents, qui peuvent se trouver à différents stades d'acceptation de la situation de leur enfant.

Par ailleurs, avec la plateforme *Trajectoire jeunes trans*, dispositif financé par l'Agence régionale de santé Île-de-France depuis 2021 (réunissant un tiers de professionnel·les de santé, un tiers d'associations de personnes concernées et un tiers de chercheurs et chercheuses), on développe une mission de sensibilisation, de formation, comme je le disais précédemment. Nous avons pu proposer des formations conjointes associations/professionnel·les de santé hospitaliers, auprès d'infirmières scolaires, de services de pédopsychiatrie, d'étudiant·es en médecine, dans le cadre de diplômes universitaires... Tout cela a évidemment pour objectif de faire évoluer les pratiques.



Vous arrive-t-il de recevoir des enfants sans leurs parents ?

Dr. Brunelle. C'est exceptionnel (tout comme dans le service de manière générale) et ne peut relever que de situations d'urgence. Sinon, on se doit et on fait en sorte de recueillir l'accord des détenteurices de l'autorité parentale pour la mise en place de l'accompagnement dans la durée.



À la Salpêtrière, la prise en charge fait une place importante aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). Pouvez-vous présenter la chronologie : quand les cas arrivent-ils en RCP et quel est le rôle de ces réunions ?

² E. Brown, A. Debauche, C. Hamel et al., *Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France*, Paris, Ined Éditions, 2020 cité par Vandendriessche, C. et Larrieu, G. (2023), « Vers l'émancipation des enfants et adolescent·es trans et intersexes », *Mouvements*, 115(3), p. 101.

Dr. Brunelle. Commençons par l'objet des RCP : il s'agit principalement de discuter collégialement d'une situation, en amont de l'instauration d'un traitement hormonal et/ou chirurgical. Toutes les situations pour lesquelles un tel traitement est envisagé sont nécessairement présentées en RCP, en l'occurrence après un temps exploratoire qui peut varier assez largement d'une situation à une autre. Il est demandé que la situation soit présentée par au moins un·e professionnel·le de santé somatique et un·e professionnel·le de santé mentale, impliqué·es dans l'accompagnement du ou de la jeune. La RCP est aussi un lieu d'échanges sur des situations qui soulèvent des interrogations sur un plan médico-légal, juridique ou éthique. Les enjeux concernant la préservation de fertilité y sont régulièrement abordés.

Concernant leur fonctionnement, les RCP sont mensuelles et destinées en priorité aux situations d'Île-de-France. Sont présent·es aux RCP des professionnel·les de santé (psychologues, psychiatres, pédopsychiatres, endocrinologues pédiatres ou non, chirurgien·nes, biologistes de la reproduction...), associations de personnes concernées (Espace santé Trans, Outrans, Acceptess-t), juristes et parfois chercheurs et chercheuses.

La RCP sert aussi à s'assurer que le consentement parfaitement libre et éclairé du ou de la jeune et des parents a bien été recueilli. Elle est aussi un lieu de partage des savoirs expérientiels via les représentant·es des associations. Il est également proposé aux jeunes et à leurs familles de participer à la RCP qui les concerne, s'ils le souhaitent.

Une autre configuration est celle où l'on est contacté par des collègues plus isolés sur le territoire national et qui se retrouvent en soin de première ligne. Ils sollicitent alors la RCP comme appui institutionnel pluriprofessionnel pour diverses questions, en particulier celle de la mise en place d'un traitement médical. Il m'arrive alors de prendre le temps d'échanger en amont de la RCP avec ces collègues. Plusieurs autres RCP existent maintenant sur le territoire national, ce qui favorise des prises en charge de proximité et permet de diminuer les inégalités d'accès aux soins.



Des médecins généralistes, qui ne sont pas psychiatres, peuvent donc solliciter l'avis de la RCP pour se sentir autorisés à prescrire des traitements hormonaux ou éventuellement chirurgicaux à des jeunes qui n'ont pas de suivi psy en amont ?

Dr. Brunelle. Oui mais s'ils sollicitent la RCP – et il faut rappeler que ce n'est pas une obligation légale –, on demande à ce qu'il y ait une pluriprofessionnalité, c'est-à-dire la présence d'un·e professionnel·le de santé somatique et d'un·e professionnel·le de santé



mentale comme le préconisent les standards de soins internationaux (SOC8) de la WPATH (World Professional Association of Transgender Health), le consensus de l'Association des sociétés médicales (allemande, autrichienne et suisse) publié en mars dernier ou encore celui des sociétés française et européenne d'endocrinologie pédiatrique publiées en 2024, auxquels on se réfère dans notre pratique.



Donc potentiellement il y a des médecins généralistes qui prescrivent des traitements hormonaux à des mineur·es, sans suivi psy et sans passer par la RCP ?

Dr. Brunelle. C'est possible oui, mais *a priori* exceptionnel. À ma connaissance, il s'agit alors de médecins généralistes formé·es et dans des cas qui concernent plutôt des grands ados chez qui il n'est pas rapporté de problèmes psychiatriques et pour lesquels les parents sont tout à fait d'accord. Ce sont des situations que nous ne sommes pas amenés à rencontrer.



Il est vrai que des traitements hormonaux peuvent être très facilement prescrits à des mineur·es pour des raisons qui paraissent loin d'être impérieuses (des raisons acnéiques ou des poils, notamment), et qu'il existe un certain nombre d'actes médicaux, même chirurgicaux, qui portent atteinte à des corps sains sans contrôle psychiatrique (on pense évidemment à la chirurgie esthétique). Comprenez-vous néanmoins qu'une telle situation puisse être regardée par certains comme problématique, dès lors que les corps sont sains et qu'aucun acte médical ayant des conséquences physiques et sociales n'est anodin ? Cela interroge forcément le fait qu'il n'y ait pas d'évaluation et d'accompagnement psy systématique, non pas parce que la transidentité serait une maladie – pas plus que ne sont malades les personnes qui demandent des modifications corporelles sans problème physiologique. Bref, l'établissement du caractère thérapeutique de l'acte, surtout sur un corps sain, ne devrait-il pas relever d'abord de la psyché, et donc d'une évaluation psychiatrique ?

Dr. Brunelle. C'est peut-être un problème de terminologie. Parler d'évaluation psy a été tellement douloureux, depuis des décennies, pour les personnes concernées (la transidentité appartenant alors aux catégories des troubles mentaux, aux déviations) qu'il me semble important que la place du psychiatre ne soit pas réduite à celle d'un *gatekeeper*. L'autodétermination est un principe au départ pour ensuite permettre une évaluation globale, holistique, en amont d'un traitement d'affirmation de genre ayant certes des conséquences corporelles. Pour beaucoup des sujets que je rencontre, ces changements corporels sont vitaux. Avoir des rendez-vous médicaux fréquents,

prendre un traitement quotidiennement ou mensuellement contraignant, pour la très grande majorité, ce n'est pas un choix, ce n'est pas une lubie. Je me souviens des paroles du père d'une adolescente transféminine que j'ai suivie, qui disait ressentir de la colère et de la tristesse quand il entendait parler de phénomène de mode : « ils ne se rendent pas compte combien c'est coûteux ce parcours pour nos enfants. Ce n'est pas un choix ».



Oui, bien sûr. Simplement : dès lors qu'il y a un appel à la médecine et qu'on leur demande d'intervenir sur les corps, est-ce que ce n'est pas normal que les médecins évaluent les bénéfices et les risques ?

Dr. Brunelle. Je suis d'accord. J'insiste encore sur le fait que le point de départ, c'est d'accueillir la parole en reconnaissant la manière avec laquelle la personne s'identifie. Si quelqu'un me dit « je suis anxieux », je ne vais pas dire « non, non vous n'êtes pas anxieux, et je le sais mieux que vous parce que je suis psychiatre ». J'accompagne en ayant toujours en tête, comme pour toute décision médicale, la balance bénéfices-risques d'un traitement, mais aussi le risque de ne pas traiter. Je convoque également dans ma pratique les principes d'éthique biomédicale de non-malfaisance, de justice, d'autonomie et bien entendu les standards de soins ou lignes directrices publiées sur la base des données de la littérature scientifique internationale. À notre petit niveau, nous avons réalisé une étude sur les 239 premiers jeunes accueillis à la consultation entre 2012 et 2021³. Le seul critère d'inclusion était d'être venu à la consultation. Quand ils arrivent, plus d'un quart d'entre eux et elles sont déscolarisé·es, c'est à dire qu'ils et elles n'ont pas été à l'école sur une période de plus de 3 mois consécutifs. « Sur les 239 sujets, 66 soit 28 % d'entre elles/eux présentent des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie. Un nombre élevé de jeunes (38 %) rapportent avoir été victime de harcèlement avant la prise en charge, essentiellement dans le cadre scolaire. Avant la prise en charge, les antécédents de suicidalité s'élèvent à 46 % et les tentatives de suicide à 24 % de l'effectif global ». 24 %, c'est 4 à 5 fois plus que le taux de tentatives de suicide (TS) chez leurs homologues cisgenres. Les cooccurrences psychiatriques constatées relèvent du registre anxiodépressif et ce que la littérature internationale rapporte de manière consensuelle, c'est que l'accompagnement affirmatif de genre (qui ne veut pas forcément dire traitement médical) permet la diminution de la suicidalité et des troubles anxioc-dépressifs même s'il ne règle pas tout (ce qu'il est aussi très important de dire aux personnes).

³ Chrystelle Lagrange, Julie Brunelle, Fanny Poirier, *et al.*, « Profils cliniques et prise en charge des enfants et adolescents transgenres dans une consultation spécialisée d'Île-de-France », *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 2023, vol. 71, n° 5, pp. 270-280.

Concernant les bénéfices de notre accompagnement, nous avons décrit une nette diminution du nombre de passages à l'acte suicidaire : alors que 57 jeunes avaient fait au moins une TS avant la première consultation, seulement 6 (ce qui est certes encore trop) en ont refait une au cours du suivi. Un jeune s'est suicidé. Il présentait un trouble de l'humeur de type bipolaire, c'était d'un jeune majeur dont la transition sociale et médicale avait été refusée jusqu'à la majorité, qui était suivi en ville pour ses troubles psychiatriques, avait connu plusieurs hospitalisations avec une observance variable de ses traitements contre la dépression. Autre résultat : sur les 63 jeunes déscolarisés, 61 ont été rescolarisés au cours du suivi. C'est un début. Il est évidemment indispensable de continuer à colliger des données, en particulier sur le devenir à moyen terme des mineur·es trans accompagné·es par nos services, en l'absence d'étude en France. Nous menons actuellement cette étude de devenir en recontactant les 239 sujets décrits dans notre article sus cité.



Donc ils et elles vont globalement mieux. Mais tous ne prennent pas de traitements. Quels sont les déterminants, comment évaluez-vous cette demande ?

Dr. Brunelle. On prend toujours le temps d'explorer les besoins en termes de transition médicale. Souvent, les jeunes savent très bien ce qu'ils ou elles veulent, y ont réfléchi parfois depuis longtemps. On leur demande ce qu'ils savent, ce qu'ils veulent savoir. Nous proposons un espace de partage des informations qu'ils ont, et de les mettre en perspective : effets durables et réversibles, effets moins souhaités mais qui existent, implications en termes de fertilité, d'humeur, de sexualité... On échange sur les attentes, forcément importantes, pour que le jeune ait entendu ce que les traitements ne vont pas forcément résoudre. On aide la personne à verbaliser ce qu'elle imagine des implications que ces changements corporels vont potentiellement avoir dans son espace intime et social. Et cela est différent pour chacun·e. Dans certains cas, la situation psychiatrique est tellement aiguë que la priorité est la stabilisation de l'état psychique. Mais même dans ces cas-là, la question des besoins en termes de transition reste présente et régulièrement ré-évoquée si besoin avec le jeune et ses parents. Voilà un exemple complexe d'évaluation des bénéfices et des risques des traitements, parce que l'on sait bien que, pour certains, la détresse psychique intense peut être dans une certaine mesure liée au vécu dysphorique et qu'elle pourrait donc être en partie soulagée par un traitement d'affirmation de genre. Pour illustrer le fait qu'il existe un temps d'exploration, d'information, de réflexion autour de ce qu'est un consentement éclairé et de travail intense avec les parents, dans notre cohorte, 44 % de jeunes ont

bénéficié d'un traitement hormonal d'affirmation de genre (crosssex) et 11 % de bloqueurs, avec un délai moyen d'un an et deux mois entre la première consultation et la mise en place du traitement, et des consultations toutes les 6 semaines. C'est donc un accompagnement soutenu mais toujours au cas par cas.



Est-ce que vous distinguez les traitements irréversibles et ceux qui ne le sont pas ? Quelle place accordez-vous, de manière générale et dans l'échange avec les intéressé·es, à la réversibilité des changements corporels ? La question semble d'autant plus importante qu'au regard de l'âge de vos patient·es, iels ne se posent probablement pas encore la question de la procréation ; iels ne se projettent certainement pas encore comme parents. Quelle place faites-vous à cette question de la préservation des facultés procréatives dans votre pratique auprès de jeunes personnes ?

Dr. Brunelle. Les questions de réversibilité, de l'impact sur le corps, se posent tous les jours. Il s'agit certes d'intervenir sur un corps sain mais, depuis 2017, date à laquelle j'ai commencé cette activité, je vois majoritairement les bénéfices de cet accompagnement affirmatif de genre. Certes, il ne s'agit pas du long terme et les enjeux de procréation sont évidemment un sujet sensible. C'est pour cela que nous proposons et conseillons systématiquement une consultation d'information auprès d'un CECOS. Mais on constate que nombre de jeunes évoquent d'autres moyens d'accéder à la parentalité.

Quant aux bloqueurs de puberté, il faut redire qu'ils sont totalement réversibles, utilisés depuis plus de 40 ans dans le traitement de la puberté précoce par les endocrinologues pédiatres, et qu'ils ne sont jamais prescrits avant la puberté. Aucun traitement médical n'est prescrit chez l'enfant, c'est important de le préciser face aux fausses informations qui parfois circulent. En effet, le stade Tanner 2 minimum doit être atteint pour envisager ce traitement⁴. Il est donc possible de proposer une préservation de fertilité avant sa mise en place (pour les jeunes filles trans par recueil manuel ou prélèvement epididymaire ; pour les jeunes garçons trans, les bloqueurs de puberté seront de toute façon arrêtés et une préservation de fertilité pourra être proposée plus tard, nécessitant un bref arrêt de la testostérone et une stimulation ovarienne). Bien entendu, parler de tout cela nécessite de s'ajuster au stade de développement psychoaffectif du jeune et d'avoir bien en tête que ce n'est pas du tout sa préoccupation du moment. De plus, il y a une forme d'intériorisation très forte de l'impossibilité de devenir parent en tant que personne trans, et nous on leur dit que

⁴ Le stade Tanner 2 correspond à un début de développement pubertaire. La puberté est dite terminée au stade Tanner 5 (les stades Tanner sont définis selon des critères à la fois cliniques et biologiques).

c'est possible d'y penser. À nous de donner les informations sur ce qu'on sait mais aussi sur ce qu'on ne sait pas.



Vous ne craignez pas les recours judiciaires ?

Dr. Brunelle. Des plaintes contre les médecins ? Peut-être qu'il y en aura. Ce qui me préoccupe, c'est de soulager le niveau de détresse individuelle. La responsabilité médicale, je l'endosse, parce que j'ai le sentiment d'un service médical rendu et de mener un accompagnement raisonnable, en restant à ma place de médecin. Les jeunes, je les accompagne pendant des années. Attention : il y a des situations cliniques où je me dis qu'il est important d'attendre. Mais pour beaucoup d'autres le fait d'avoir pris en charge, écouté, mis en place un traitement, leur a changé la vie, leur permettant de vivre leurs années d'adolescent·e, de jeune adulte, de faire des rencontres, affectives, amoureuses. Je suis aussi la première à dire « attention, ce n'est pas parce qu'il y a un apaisement de vos problèmes dysphoriques que tous vos problèmes vont être résolus », ils et elles le savent, mais je le redis : les traitements d'affirmation de genre, pour un certain nombre, conditionnent la construction de soi. C'est vrai que je me sens beaucoup plus légitime pour dire ça qu'en 2017, parce que nous avons vu plus de 500 situations depuis dix ans, jeunes et parents.



Et donc en RCP, vous n'avez pas eu de recours, ni vent de recours ?

Dr. Brunelle. Non, aucun. Depuis 2013, il y a eu une personne qui est venue nous voir en cours de détransition. Une sur plus de 500 jeunes accompagnés. La personne qui est venue ne semblait pas aller très bien, elle nous a dit qu'on s'était trompé, que ce n'était pas une dysphorie de genre mais une gynécophilie, une attirance pour les attributs féminins. Il y avait eu cinq ans d'accompagnement, un traitement anti-androgène, et puis des œstrogènes. Elle est revenue pour faire un point avec nous et nous demander de l'aide pour ses démarches de détransition sur le plan légal. Ce n'était pas vindicatif, on a écouté ce qu'elle venait nous dire. C'est la seule fois.



Revenons aux parents. La circulaire Blanquer a été largement critiquée, notamment par les associations, en ce qu'elle impose le respect de l'autorité parentale sur le changement de prénom. On a vu la décision récente du tribunal administratif de Paris qui reconnaît la faute de l'État parce que la direction de l'établissement avait accepté un changement de prénom sans leur accord⁵. Qu'en pensez-vous ?

Dr. Brunelle. De mon côté, j'ai constaté une homogénéisation des pratiques, ce qui a permis une forme de détente, que ce soit des équipes de direction et pédagogiques, des familles ou des jeunes. Avant la circulaire, j'ai dû plusieurs fois prendre contact avec des établissements scolaires, et depuis, je n'ai plus eu à le faire. Il me semble qu'elle a été bénéfique aux jeunes et à leurs familles. La circulaire précise la nécessité d'un accord parental pour qu'un établissement scolaire utilise les prénom et pronoms choisis d'un·e élève trans ou en questionnement de genre. Il faut quand même avoir en tête que, dans certaines situations où le jeune n'en a pas parlé à ses parents par crainte de rejet, voire de représailles, solliciter l'accord des parents revient à leur révéler la transidentité ou les questionnements de genre de leur enfant, et donc à potentiellement le mettre en danger. En cas de désaccord des parents, la circulaire précise qu'il faut se donner les moyens de discuter avec ces derniers. Je n'ai pas eu ce type de problème, parce que je ne rencontre que des jeunes dont les parents sont au courant, même s'ils ne sont pas toujours d'accord pour donner leur aval à ces changements de prénom d'usage à l'école. Le bilan de la circulaire me paraît positif. En revanche, il demeure des points non réglés, comme les séjours en classes découvertes, ou les internats. L'organisation des chambres se fait alors souvent en fonction du sexe biologique et non de l'identité de genre exprimée⁶. On a donc des formes d'auto-exclusion des enfants ou des jeunes qui préfèrent ne pas y participer, ce qui est également une forme de stigmatisation. Le Défenseur des droits en 2025 a suggéré que ce serait bien qu'on évolue sur ces points.

⁵ TA Paris, 17 juillet 2024, n° 2210744.

⁶ CAA Versailles, 24 juin 2025, n° 24VE02253.



Permettez-nous de revenir sur la proportion. Les atteintes sur les corps permises aux médecins pourraient être lues comme des infractions ; et il s'agit de mineur·es. À ce titre, le principe de proportion requiert que les soins soient réservés aux personnes allant mal – voire, très mal. D'un autre côté, on comprend l'intérêt qui s'attache à ne pas attendre, si on peut leur éviter de souffrir – surtout au regard des risques, y compris de suicide. Mais les traitements sont-ils réservés aux cas de souffrances avérées ?

Dr. Brunelle. En quoi attendre et en arriver à exprimer le souhait de mettre fin à ses jours viendrait confirmer la légitimité ou l'authenticité de la demande ? Parce qu'il y a deux dimensions dans la question.

La première, c'est que si on dit « il faut que vous alliez très mal pour qu'on envisage un traitement médical », on va créer une situation folle où les jeunes vont nous dire qu'ils veulent mourir, voire même passer à l'acte, pour pouvoir être entendu·es. Ce sera le discours à tenir, et on ne pourra plus avoir accès à elleux réellement. Donc moi j'ai besoin de déconstruire ça, de leur dire : vous n'avez pas besoin de vouloir mourir, dites-moi où vous en êtes, et je vous écoute, je vous crois.

Le deuxième point, c'est qu'au cours des rencontres, je mesure à quel point la demande n'est pas superficielle. Et même s'il y a parfois des antécédents de tentatives de suicide, je rencontre une diversité de niveaux de souffrance. Voir quelqu'un qui est serein, qui va bien, qui est sûr de sa demande, que je vais pouvoir accompagner tout aussi sereinement, ça arrive.



Est-ce qu'il est régulièrement rappelé qu'il est possible d'effectuer une prise en charge médicale non corporelle ?

Dr. Brunelle. On le dit tout le temps. Et j'en rencontre, des jeunes qui envisagent de prendre le traitement hormonal de manière transitoire, ou certain·es qui ont arrêté leur traitement hormonal, mais qui n'en ont aucun regret. J'ai échangé avec un jeune adulte qui initialement voulait une torsoplastie⁷. Puis, en couple gay avec un homme cis, et continuant de s'identifier en tant qu'homme, il me dit « en fait non ». Connaitre la diversité des parcours est aussi une donnée tout à fait intéressante à réinjecter dans nos prises en charge pour nourrir la réflexion.

⁷ La torsoplastie est une mammectomie bilatérale.



Dans un article récent, les autrices reprennent un exemple publié antérieurement d'un enfant de 4 ans qui déclare « jouer à la poupée et vouloir avoir un tutu comme sa sœur » et affirment qu'il s'agit d'une petite fille trans⁸. Ce n'est pas du tout le cœur de l'article, mais la phrase est frappante. Que pensez-vous de la mobilisation de cette catégorie ? Pourquoi l'enfant qui veut jouer à la poupée et porter tel vêtement n'est-il pas laissé libre de faire ce qu'il veut, sans que lui soient imposés ni un sexe ni une transition ?

Dr. Brunelle. Oui, on ne sait pas. D'où le fait que dans la CIM 11⁹ on parle d'incongruence de genre et d'expression de genre. C'est important de rester dans des choses souples, même si plusieurs études récentes de l'équipe de Olson et al. à Princeton montrent une stabilité de l'identité de genre exprimée par des enfants trans et cis sur une durée de cinq ans de suivi⁸.

Je vois en clinique quelques situations d'enfants très jeunes, qui sont capables de verbaliser et de manière répétée des phrases telles que : « je suis une fille. C'est quoi ce zizi ? Tu n'as pas une piqûre pour que je devienne une fille ? », « dans le ventre ils se sont trompés » - dès l'acquisition du langage, ou très vite. Il est évidemment possible de s'interroger sur un rôle causal des attentes et projections parentales dans ces situations d'incongruence de genre, mais on constate avec les collègues qu'il n'existe pas du tout de profils familiaux types, les familles que nous rencontrons présentent des histoires, des fonctionnements différents, non-uniformes. Les parents ne viennent pas nous voir dès que leur enfant exprime une question sur leur genre : quand ils viennent, cela fait en général un certain temps que leur enfant leur affirme de manière répétée qu'il n'est pas du genre avec lequel on l'identifie, ou les questionne. Même si cela ne veut pas dire que c'est définitif. On a eu un cas comme celui-là où finalement, deux ans plus tard, la question du genre n'était plus première, et qui aujourd'hui s'identifie à son sexe assigné à la naissance. Mais parfois l'évidence se maintient. Et ce que l'on constate, c'est que chez les enfants très jeunes, la représentation du genre est très binaire, les stéréotypes sont très présents. Tout en écoutant la parole de l'enfant, il faut proposer un accompagnement qui continue d'être ouvert, souple. La non-binarité quant à elle s'exprime en général chez des jeunes plus âgés, quasiment jamais chez les enfants prépubères.

⁸ Claire Vandendriessche et Gaëlle Larrieu, « Vers l'émancipation des enfants et adolescent·es trans et intersexes », *Mouvements*, 2023, vol. 115, n° 3, p. 100.

⁹ La CIM 11 est la 11^e édition de la classification internationale des maladies.



Mais pensez-vous que si on arrêtait de calquer, de projeter sur tout le monde des catégories dites « cohérentes », des stéréotypes, moins de personnes demanderaient des traitements médicaux ? Si la binarité était moins prégnante dans la société, les traitements seraient-ils aussi nécessaires ?

Dr. Brunelle. Souvent, les ados non-binaires que je rencontre me disent que personne ne connaît les pronoms non binaires, et qu'ils préfèrent être identifiés au masculin, évoquant le fait que la non-binarité est mal connue, peu comprise et qu'en langue française les pronoms neutres sont rarement utilisés. Des ados ou des jeunes adultes non binaires qui vont dire « j'ai besoin d'un traitement féminisant », je n'en ai pas rencontré. Cela pourrait nous interroger. En revanche, j'ai pu rencontrer des jeunes garçons trans qui vont, après avoir commencé un traitement masculinisant, être suffisamment bien dans leur identité de genre pour que leur rapport aux stéréotypes de genre s'assouplisse énormément. Une fois reconnus en tant que jeunes hommes avec plus ou moins de changements corporels, la plupart déconstruisent la masculinité, s'autorisent à exprimer leur féminité et font beaucoup bouger les lignes.



C'est donc plus facile, pour les hommes trans ?

Dr. Brunelle. Le *sex ratio* est quand même surprenant. Claire Vandendriessche, chercheuse et coordinatrice associative au sein de la plateforme *Trajectoire jeunes Trans*, est en train de l'étudier. Toutes les études internationales rapportent un taux plus élevé de jeunes AFAB (*assigned female at birth*) affirmant une identité de genre masculine (garçon trans) comparativement aux jeunes AMAB (*assigned male at birth*) dans les consultations spécialisées ($\frac{3}{4}$ de garçons trans). Comment comprendre ce phénomène ? En analysant et en comparant les données européennes et américaines de l'enquête LGBTI II de l'Agence Européenne des Droits Fondamentaux (2019) et de l'US Transgender Survey (2015), respectivement, Claire Vandendriessche et David Cohen montrent que le *coming out* transféminin se fait plus tard que le *coming out* chez les garçons trans¹⁰, tout comme le *coming out* gay comparativement au *coming out* lesbien. L'hypothèse serait que cela reste encore très compliqué de transgresser les représentations de la masculinité.

¹⁰ Claire Vandendriessche et David Cohen, « Social factors behind the AFAB predominance in LGBT youths: Evidence from a large European survey », *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2024, vol. 34, n° 7, pp. 2093-2101.



Dans la note de cadrage¹¹, il était prévu que la Haute Autorité de Santé (HAS) se saisisse de la question des mineur·es, mais elle a été finalement écartée des recommandations publiées cette année¹². Est-ce que vous le regardez ?

Dr. Brunelle. Dans la note de cadrage, il était en effet prévu que la HAS aborde la question des 16-18 ans, mais pas des plus jeunes. Un nouveau groupe de travail devrait donc être constitué pour les mineurs en 2026. Non, je ne le regrette pas parce que je ne sais pas très bien à quoi correspond l'âge de 16 ans : à rien ni sur le plan pubertaire, ni sur le plan du développement psychoaffectif, ni même en termes d'études. Hormis sur le plan juridique, où 16 ans est l'âge d'une émancipation possible. Je crois que ce n'est pas la raison de la référence à cet âge, mais que cette dernière émane du Dutch protocol élaboré par l'équipe d'Amsterdam dans les années 90, qui a longtemps fait référence, et qui établissait qu'un traitement hormonal d'affirmation de genre pouvait être prescrit à partir de 16 ans. Mais les pratiques ont évolué depuis le Dutch protocol. En effet, nous pouvons, dans certains cas, et de manière pluriprofessionnelle, prescrire des traitements hormonaux d'affirmation de genre avant l'âge de 16 ans quand la situation l'exige sur le plan clinique.



L'entretien touche à sa fin ; souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Dr. Brunelle. Oui, il y a quelque chose que j'aimerais ajouter. En dehors de l'activité de la consultation *Diversité de Genre*, en tant que pédopsychiatre, et en particulier à l'hôpital, je suis amenée à prendre en charge des jeunes qui vont très mal, et leurs familles, dans des temps parfois longs, avec des résultats parfois modestes. Nous sommes des laborieux comme aime à le rappeler mon chef de service, le Pr. Cohen. Eh bien, c'est auprès des jeunes trans et/ou en questionnements de genre et de leurs parents que j'ai le plus de retours positifs, de reconnaissance, avec des témoignages de personnes qui expriment le fait que la prise en charge transaffirmative leur a sauvé la vie. Cela me conforte dans ce travail d'accompagnement au plus près de chacun·e et de manière la plus dépassionnée possible.



Entretien réalisé par **Marie-Xavière Catto et Alexis Zarca**

¹¹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/reco454_cadrage_trans_mel.pdf

¹² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-07/transidentite_prise_en_charge_de_ladulte_-_recommandations.pdf