



Association de Formation Psychanalytique et de Recherches Freudiennes

## *Espace analytique*

ASSOCIATION RÉGIE PAR LA LOI DU 1er JUILLET 1901

### **Lettre interne Ea 6**

.....

**Retrouvez les informations de dernière minute sur les enseignements :**

<https://www.espace-analytique.org/Evenements/Flash/7684>

**Et n'oubliez pas de nous transmettre les informations que vous souhaitez faire figurer dans la Lettre interne**

• **F.M.C. :**

Rectificatif pour la prochaine séance de la Formation Médicale Continue  
**Psychopathologie de la vie quotidienne en temps de de pandémie**

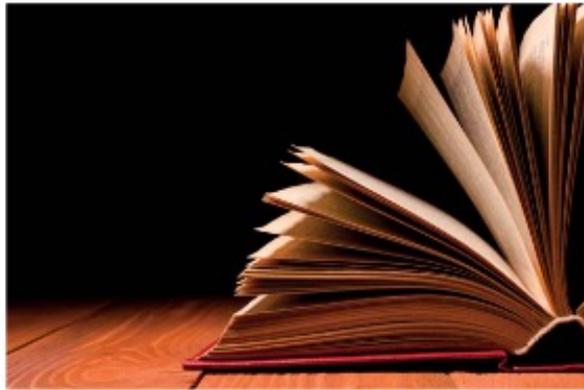
Compte tenu de la probable persistance des restrictions sanitaires la séance du **10 avril 21 à partir de 9h30** se tiendra très probable de nouveau par ZOOM, mais le programme en sera modifié. Voici les titres des interventions :

- *Psychopathologie de la fin de l'adolescence et abord psychanalytique de la souffrance des étudiants en temps de COVID* **Dr Laurent Delommeau**
- *La haine confinée* **Dr Marie Terral-Vidal**

Ci-joint le lien zoom pour cette réunion :

<https://us02web.zoom.us/j/86985333822?pwd=S2sxcytzTzQ4TksrQy9RQmxUV25ydz09>

# Salon de lecture



Pour des raisons sanitaires,  
le salon de lecture sera filmé sans participants  
et mis en ligne sur le site d'Espace analytique  
en avril et en juin

En avril, le salon de lecture présentera :

***Féminité singulière***, de Gisèle Chaboudez,  
Éditions Érès

***Chemins d'écrits entre voix***, sous la direction de Claire Gillie,  
Éditions La Compagnie du Livre

***Les Adieux au général***, de Judith Cohen-Solal et Jonathan Hayoun,  
Éditions Grasset

## **Comité d'organisation**

Jean-Claude AGUERRE, Orsola BARBERIS, Gorana BULAT-MANENTI,  
Judith COHEN-SOLAL, Vannina MICHELI-RECHTMAN

## • INFORMATIONS TRANSMISES PAR NOS COLLÈGUES :

### **Analyste Membre d'Espace analytique, Nicolás Caparrós Sánchez est mort hier à Madrid**

Né le 4 février 1941 à Madrid, mais revendiquant ses origines de l'Andalousie orientale, Almería: « La plus athée des villes du Magreb, où les femmes portaient encore le voile à Mojacar », il se fait connaître du grand public espagnol en réalisant, en 1970, la première enquête sur la sexualité des jeunes espagnols, dans le district universitaire de Madrid. Enquête dont rendront compte le *New York Times* et le *Journal Le Monde* et qui servira à la rédaction de son premier livre « Crisis en la Familia ».

Son séjour en Angleterre, puis en Argentine, lui permettent d'intégrer, d'un côté, les idées de l'antipsychiatrie, de l'autre la *théorie du lien* qu'il apprendra avec Enrique Pichon Rivière à Buenos Aires, et qu'il continuera de parfaire toute sa vie pour lui donner un statut épistémologique.

Le groupe et la psychanalyse occuperont son intérêt à partir de 1974, avec la création de *Quipú*, institution clinique et de formation de psychothérapeutes, ainsi que la première revue espagnole de psychanalyse, « Clínica y Análisis Grupal » qui publiera plus de 100 numéros. Il créera aussi la SEGPA (Société espagnole pour l'études des groupes). Et enfin sa dernière institution, *Imago clínica*.

D'une grande générosité, doublée d'une capacité d'accueil exceptionnelle, Nicolás Caparrós a ouvert ses portes à la psychanalyse d'orientation lacanienne, en offrant un numéro spécial de sa revue, dès 1981, ainsi qu'un séminaire dans ses locaux qui instaurait une collaboration de plus de 35 ans.

A partir de 1985 il se lance dans la traduction et la publication de la correspondance freudienne par ordre chronologique, dont il présentera un doctorat en histoire de la médecine devant un tribunal présidé par le Professeur Pedro Laín Entralgo.

Sa dernière œuvre sera constituée par un travail totalisant pour une *Voyage à la complexité* en quatre volumes.

Agé de 80 ans depuis un mois, il aura poursuivi son enseignement par téléconférence jusque la dernière semaine de sa vie.

La mort est la grande analyste, disait Michel Foucault, et réduit à néant les querelles du narcissisme de la petite différence.

Qu'il repose en paix, « compañero del alma ».

Ignacio Gárate Martínez

## COMMUNIQUÉ

L'article 34 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2020, portant réforme du financement de la psychiatrie, doit entrer en application à partir du 1er janvier 2022. Cet article prévoit d'abandonner le mode de financement actuel par « dotation annuelle de financement », aussi appelée « enveloppe globale » qui consiste à allouer une somme d'argent chaque année à chaque établissement.

Cette réforme de financement prévue par l'article 34 ne prévoit pas d'investissement supplémentaire pour la psychiatrie, elle s'effectue à enveloppe fermée. Il s'agit d'une nouvelle répartition des ressources budgétaires, par « compartiments », contenant des critères à réévaluer chaque année.

Parmi ces compartiments :

- La dotation populationnelle, calculée en fonction notamment du nombre de « mineurs » et de personnes en situation de précarité (représenterait environ 70% du financement) ;
- La dotation file active (15% du financement) qui dépendrait du nombre total de patients reçus au moins une fois dans l'année ;
- Plusieurs compartiments complémentaires, entre autres : qualité (non des soins mais des procédures), codification des diagnostics et des actes, nouvelles activités et recherche (chacun vaut 1 à 1.5% du financement).

Voici quelques conséquences immédiates de la réforme, transmises par les membres de la « Task Force » qui rédigent actuellement les décrets d'application de l'article 34 :

- Le financement du compartiment géo-populationnel sera bas pour les régions considérées comme bien dotées en offre médico-sociale et libérale, plus élevé dans les régions considérées comme moins dotées. En effet, les « soins » psychiatriques devront être les plus courts possibles, et les patients ré-orientés rapidement vers le libéral et le médico-social ;
- Pour les patients majeurs, il est prévu que le financement se réduise à environ un tiers de ce qui est prévu avant 18 ans.
- Le financement de la dotation file active prévoit que le financement augmente en même temps que le chiffre de file active. Ce principe favorise automatiquement les pratiques courtes et ponctuelles et pénalise, voire empêche à terme, les prises en charge réellement thérapeutiques des personnes présentant des pathologies compliquées.

Les lieux de soin au long cours, ceux qui traitent les personnes les plus en souffrance, présentant les symptômes psychiatriques les plus complexes, se trouvent ainsi appelés à transformer leurs pratiques. Plus question de soigner ces patients, seulement de les orienter (vers où puisqu'il n'y aura plus de lieux ?) après les avoir reçus ponctuellement pour des bilans...

La mise en péril des lieux de soin au long cours va fragiliser l'ensemble du réseau de soins psychiatriques: les lieux d'hospitalisation temps plein (secteurs et CHU) n'auront plus de lieux

où adresser les patients dans les suites immédiates des soins en aigu, les établissements médico-sociaux seront submergés de demandes, les secteurs et les intersecteurs n'auront plus, non plus, de recours pour les patients ayant besoin de prise en charge institutionnelle.

Le mode de financement proposé dans l'article 34 met en péril les prises en charge des patients les plus en souffrance, de l'enfance à la vieillesse, ceux dont les troubles nécessitent des prises en charge quotidiennes et pluridisciplinaires. Le financement tel qu'il est conçu ne prévoit pas de financer le soin, mais la recherche sur le soin, sa codification, son évaluation, son organisation par procédures...

Sous couvert d'intégrer au maximum les patients dans les dispositifs de droit commun, il introduit de nouvelles injustices graves, entre autres :

- qu'une personne autiste ou schizophrène naisse ici ou là, la dotation qui lui sera allouée sera différente. La situation actuelle est déjà celle de fortes inégalités territoriales ; mais cette réforme s'effectuant à enveloppe fermée, elle ne fera que déplacer les inégalités.
- Les lieux de soins qui accueillent actuellement des adolescents et jeunes adultes seront fragilisés dès que les patients auront atteint 18 ans, via une perte massive de financement.
- Seuls pourront tirer leur épingle du jeu ceux dont l'amélioration psychique sera rapide. Les patients les plus en difficulté, les plus résistants aux traitements, qui ont besoin de soins fréquents, réguliers et longs, qui excèdent les possibilités d'accueil des dispositifs de droit commun (école, travail ordinaire) ne sont pas pris en considération par cette réforme : pour un grand nombre d'entre eux, ils ne trouveront plus ni praticiens ni lieux de soin.
- Il s'agit d'une remise en question radicale de tout projet de soin collectif, niant le besoin d'inscription institutionnelle d'un certain nombre de nos patients, qui est pourtant l'un des points essentiels des prises en charge des personnes présentant des pathologies complexes.

En psychiatrie nous soignons l'instabilité psychique. Le mode de financement proposé dans l'article 34 programme l'instabilité matérielle, des patients comme des professionnels, et donc psychique. Il ajoutera de la souffrance à la souffrance.

Nous vous appelons à rejoindre cette mobilisation contre la réforme du financement de la psychiatrie.

Loriane Bellahsen,  
Psychiatre cheffe de service du  
Centre Françoise Grémy –  
Hôpital de jour Santos-Dumont

Laurent Delhommeau,  
Psychiatre médecin directeur de  
l'Hôpital de jour Gombault Darnaud  
24 rue Bayen, 75017 Paris

Éclairages et articles concernant la réforme :

<https://www.reformepsychiatrie.org/>

Temps de réflexion avec l'Association Ecole de Bayen :

<https://sites.google.com/view/ecoledabayen/le-angry-hour>

## L'Appel de l'Observatoire des discours idéologiques sur l'enfant et l'adolescent : impacts des pratiques médicales sur les enfants diagnostiqués « dysphoriques de genre »

### I – Le Contexte :

L'évolution du diagnostic de « dysphorie de genre » chez des enfants et des adolescents ces dernières années a de quoi interpeller : depuis dix ans, les demandes de réassignation de sexe se sont, dans cette catégorie d'âge, accrues de manière exponentielle selon les pays<sup>1</sup>.

Que doivent comprendre les professionnels de l'enfance et de la jeunesse, pédagogues, médecins ou psychologues, de l'explosion récente de cette demande voire revendication ?

La parole libérée au sujet de la dite « transidentité » a-t-elle seule permis au phénomène de prendre une telle ampleur ? Ou bien l'activisme parfois très offensif et très clivant de certaines associations militantes LGBTQI - potentialisé par les réseaux sociaux - n'induit-il pas des pressions politiques sur les jeunes et leurs familles ?

On assiste à l'émergence de discours idéologiques sur la « transition de genre » des mineurs, idéologiques en ce qu'ils préemptent tout débat : le moindre doute sur les pratiques est aussitôt qualifié de « transphobe » alors que l'intérêt supérieur de l'enfant est en jeu en particulier à propos des conséquences médicales irréversibles sur le corps de l'enfant (cf. *infra*).

L'Appel de l'Observatoire porte essentiellement sur la protection de l'enfant et la préservation de son intégrité physique et psychique. C'est sur ce point-là précisément qu'il est urgent d'alerter les politiques (ministère de la santé, ministère de l'éducation nationale, secrétariat d'état à la protection de l'enfance) et le Conseil national de l'Ordre des médecins.

En effet, la « dysphorie de genre » des enfants et des adolescents témoigne à la fois d'une question intime posée par un enfant ou un adolescent mais aussi de la manière dont les enfants et les adolescents se font caisse de résonance, voire instrument, du corps social qui valide immédiatement leur demande.

De jeunes personnes expliquent se sentir appartenir à l'autre sexe et y voir assurément la réponse à leur mal-être.

---

<sup>1</sup> <https://tradfem.wordpress.com/2020/02/07/dossier-trans-les-agents-bloqueurs-de-puberte-de-plus-en-plus-contestes-the-economist/>

Les pratiques médicales cèderaient-elles donc à l'injonction de nouvelles normes sociales sans débat possible, sans réflexion concertée entre les différents professionnels de l'enfance, sans observation élémentaire du principe de précaution ?

N'est-il pas permis, sans nous voir frapper de l'anathème de « transphobie », d'interroger au préalable ce mal-être des jeunes en mal d'identité et en proie à toutes sortes d'angoisses ?

## II – Le cas symptomatique du documentaire « Petite fille » :

Le documentaire *Petite fille*, de Sébastien Lifshitz, diffusé sur Arte en décembre 2020, et qui fait suite à un autre film, *Girl*, de Lukas Dhont, sorti en 2018, a révélé au grand public ce sujet très sensible de « la dysphorie de genre ».

Ce sujet de la « transition » de genre envisagée chez un jeune enfant est lié à la vulnérabilité de l'enfant et au désarroi des familles confrontées à cette problématique. Ce film présente le désir d'un petit garçon de devenir une fille comme un état de fait non discutable sans prendre en compte la complexité familiale alors même que la construction de l'identité de l'enfant est consubstantielle du milieu dans lequel il évolue.

Dans ce documentaire, on nous présente un enfant, Sasha, 8 ans, dont la mère rapporte les paroles selon lesquelles il aurait exprimé (très précocement) le désir de devenir une fille « comme elle » quand il serait grand, ce qui est interprété comme « devenir une femme ». Autrement dit, quand l'enfant fait entendre son rêve de devenir **comme** sa mère, la réponse apportée est celle d'un traitement médical, autorisé et même préconisé, et qui débiterait dès le plus jeune âge :

- Dans un premier temps, l'entourage de l'enfant, dont l'école, est invitée à considérer, dans les termes et dans les faits, Sasha comme une petite fille et non plus comme un petit garçon.
- Des bloqueurs de la puberté lui seront prescrits avant même la puberté, pour éviter que les caractères sexuels secondaires ne s'installent.
- Des hormones de l'autre sexe pourront lui être proposées avant sa majorité (dès 14 ans, en France).
- Les interventions chirurgicales seront possibles, avec l'accord des parents, dès avant la majorité.

Cet enchaînement des faits soulève selon nous plusieurs questions capitales :

### 1. Documentaire ou docu-fiction ? La mise en scène du protocole médical

Le parti pris militant du documentaire interroge. On n'y entend qu'un seul point de vue (rarement celui de Sasha au final, plutôt celui de sa mère) et aucun autre professionnel qui gravite, normalement, autour d'un enfant, n'est interrogé : pédiatre, psychologue, enseignants, etc.

Plus étonnant encore, le déroulé de la prise en charge par le centre spécialisé que la mère de Sasha consulte. En effet, soit *Petite fille* est une création partielle, engagée, mise en scène, qui devrait alors être présenté comme un « documentaire-fiction »<sup>2</sup> composé d'inexactitudes, de caricatures et d'ellipses, et dénoncé par la consultation spécialisée de Robert Debré comme ne représentant pas la réalité de leur travail ; soit ce documentaire est réaliste et en ce sens, il nous paraît très inquiétant de découvrir qu'**un diagnostic de « dysphorie de genre » peut être posé dès le premier entretien** par un pédopsychiatre :

- sans un entretien seul avec l'enfant,
- sans que l'enfant n'ait jamais rencontré de psychologue avant orientation vers l'un des centres français spécialisés connu pour son approche doctrinale
- sans que la pédopsychiatre rencontre les deux parents,
- sans investigation particulière (bilan psychologique complet : tests projectifs, questionnaires, regard sur la scolarité, questions auprès des autres adultes qui connaissent l'enfant),
- sans que l'enfant n'énonce plus que quelques phrases,
- sans même qu'on le laisse répondre par lui-même aux questions qui lui sont posées.

Tel est le regard du réalisateur sur le problème et c'est ce point de vue (partiel et partial) qui est montré au grand public. Tel est le protocole médical que restitue le réalisateur.

Si l'on compare avec des diagnostics plus communs, ayant de bien moindres conséquences médicales, on s'aperçoit que le processus, étrangement, est beaucoup plus strict :

- Pour qu'un enfant bénéficie d'un tiers temps aux examens en cas de dyslexie, il faut monter un dossier auprès de la MDPH, incluant un bilan orthophonique, psychologique et un rapport pédiatrique.
- Pour qu'un enfant soit diagnostiqué TDA/h et bénéficie d'un traitement médicamenteux adapté, il lui faut une recommandation médicale et un bilan neuropsychologique avant même d'obtenir un rendez-vous auprès d'un pédopsychiatre, exclusivement hospitalier, qui sera le seul à pouvoir la première fois ET les suivantes lui prescrire de la méthylphénidate (plus connue sous le nom de Ritaline).

Le film, qui suppose un montage réfléchi et orienté, montre que, au second rendez-vous avec la pédopsychiatre, deux ou trois mois plus tard, l'enfant n'est toujours pas rencontré seul, il n'a toujours pas bénéficié de la moindre investigation psychologique alors que, en revanche un rendez-vous avec l'endocrinologue va se faire le jour même afin de préparer le protocole de changement de sexe.

---

<sup>2</sup> Comme c'est le cas pour les films de Michael Moore par exemple, car il ne respecte pas les codes du contrat documentaire, cf. Lipson, D. (2015). Michael Moore et le nouveau contrat documentaire : de l'info-argument à l'info-tainment. *Revue française d'études américaines, spécial 145(4)*, 142-158. <https://doi.org/10.3917/rfea.145.0142>

De quoi s'agit-il ? De proposer des bloqueurs de la puberté et de permettre à Sasha de conserver malgré cela ses capacités de procréation, soit en arrêtant le traitement qui inhibe sa puberté (mais cette option semble moins privilégiée par le médecin), soit par une maturation *in vitro* des testicules, tout cela « expliqué » en quelques mots à un enfant de huit ans. Il est donc déjà prévu que Sasha, 8 ans, entre dans un parcours de transition de genre qui entraîne un changement radical de son apparence, impliquant sa future castration.

Ces premiers protocoles invasifs peuvent s'apparenter à de mauvais traitements à enfants, qui commencent dans plusieurs pays à générer des procédures juridiques engagées par certains adultes ayant subi ces traitements avant leur majorité et ayant amorcé ensuite une « détransition », sur la base d'un abus de l'adulte qui a accepté sa demande alors qu'ils n'avaient pas le discernement nécessaire pour en décider (Cf en Angleterre le jugement Bell c : Tavistock (QBD 1.12.220))

On peut croire que Sasha rêve d'être une fille ; on doute déjà un peu plus qu'il ait bien compris ce qu'étaient les bloqueurs de la puberté, ce que la prise d'un tel traitement impliquait comme renoncements et complications jusqu'à la fin de ses jours, et on peut être certains qu'il ne peut pas concevoir la réalité d'une ablation de son appareil génital, dont l'usage sexuel lui est encore inconnu, tout autant que la sexualité de l'adulte.

Vis-à-vis de l'**éthique médicale**, force est de constater **une double transgression** :

- L'absence d'écoute des parents et surtout de l'enfant avant de poser le diagnostic de dysphorie de genre
- Le fait de pratiquer des interventions avant la puberté

## 2. Le mauvais objet : l'école de l'intolérance

Un autre aspect très problématique dans la présentation des faits soulève à notre sens une **défaillance de déontologie politique en plus du problème de déontologie médicale** : l'école de Sasha est d'emblée présentée comme une institution réactionnaire et rétive face à la demande des parents de voir leur enfant considéré comme une fille, parce que censément intolérante et hostile.

Si l'on peut comprendre la colère et la frustration de la mère de Sasha, il nous paraît surprenant que ne soit pas loué le bon sens de l'établissement scolaire :

- Premièrement les institutions scolaires n'ont pas à accepter systématiquement des demandes particulières de parents quand celles-ci ne sont pas justifiées et reconnues par un spécialiste (on notera que l'école accepte sans problème le protocole recommandé par l'hôpital Robert Debré pour la rentrée suivante). L'école est tenue de respecter les articles du Code Civil relatif au changement de sexe (art. 61-5 et s. du Code civil) et changement de prénom (article 57 et 60 du Code civil). Si un élève demande à être désigné par un prénom qui ne figure pas sur son état civil, l'établissement scolaire n'est pas tenu de donner suite à cette demande.

- Deuxièmement on peut se féliciter que l'école, rare tiers entre l'enfant et ses parents, ne prenne pas pour argent comptant les discours des parents, et fasse une réponse dilatoire dans l'attente d'une expertise médicale et psychologique. L'École, en tant que représentant de l'État, est porteuse d'assistance auprès des enfants (code de l'éducation<sup>3</sup>), censée prévenir et protéger les élèves et leur liberté de conscience contre toute tentative de pression, d'endoctrinement et de violence, qu'elles aient lieu dans l'établissement ou en famille.

Ainsi, il apparaît clairement qu'un parti pris politique sous-tend l'argumentaire du film : pris dans une rhétorique radicale et militante, l'enfant est ici transformé en porte-parole de la cause trans face à une société tenue d'obtempérer sans sourciller aux injonctions communautaires imposées par des associations LGBTQI sous peine de faire entrave au progrès sociaux et aux droits de futurs citoyens. **Or, cette pensée essentialiste qui détermine et fige les identités sexuelles dès l'enfance est profondément contraire aux principes universalistes et humanistes dont se réclame l'École.**

Les enseignants n'ont pas pour mission d'accéder automatiquement aux revendications particulières de chaque communauté au détriment des principes fondateurs de l'École républicaine, mais au contraire de prémunir les élèves des pressions de groupes (religieuse, communautaire, politique, etc.), d'assurer leur intégrité corporelle et de préserver leur esprit encore en formation, des discours sectaires, radicaux ou des influences extérieures. C'est dans cet esprit que s'inscrivent les règles de notre laïcité scolaire, et c'est sur la foi de celles-ci que l'on pourrait aussi bien interpréter les réticences des professeurs de Sacha face à ses parents. Aurions-nous tant de préventions devant le refus de l'institution scolaire face aux doléances d'un élève fervent amish, fût-il soutenu par ses parents ?

### III – L'enfant, un être en développement

Il nous paraît surtout fondamental d'être attentif au processus développemental propre à l'enfance et à l'adolescence et de prendre le temps avant toute indication de traitement médical. L'urgence à intervenir étant mise sur le compte de la survenue des transformations pubertaires, qui modifieraient la « réussite » potentielle des transformations chirurgicales à venir.

Le 3 décembre 2020, une tribune parue dans *The Guardian*<sup>4</sup>, a mis en exergue le cas de Bell, une ancienne patiente qui regrette le traitement de transformation de genre reçu pendant son adolescence et fait valoir qu'elle était trop jeune pour consentir au traitement médical qui a commencé sa transition femme-homme à cette époque précoce de sa vie. Dans une décision de 36 pages, le tribunal de Londres, a conclu que les enfants de moins de 16 ans qui envisagent de changer de sexe ne sont pas suffisamment mûrs pour donner leur consentement éclairé à se voir

---

<sup>3</sup> Article L141-5-2

<sup>4</sup> <https://www.theguardian.com/society/2020/dec/03/puberty-blockers-ruling-curbng-trans-rights-or-a-victory-for-common-sense->

prescrire des médicaments bloquant la puberté. Par ce jugement, l'intervention médicale pour les moins de 16 ans souffrant de dysphorie de genre sera, nous l'espérons, plus prudente.

### 1. Troubles psychiques associés

La « transidentité » chez les mineurs est présentée par certains comme un droit, une avancée sociétale, qu'il serait discriminant de questionner, de considérer comme un symptôme. Pourtant, notre expérience après un siècle de travaux en psychologie de l'enfant nous oblige à la considérer d'abord comme transitoire voire symptomatique.

A l'adolescence notamment, l'interrogation de son identité sexuée fait partie du questionnement transitoire propre à cet âge. Or cette quête adolescente, moteur habituel du processus de maturation indispensable à la construction subjective du futur adulte, serait susceptible de trouver à présent un mode de nomination que les réseaux sociaux instaurent comme vérité subjective. L'offre technico-médicale grandement relayée par les réseaux sociaux et les propagandes communautaristes nient et voudraient abolir cette étape fondamentale de la construction subjective.

L'augmentation des demandes interroge leur cohérence supposée et surtout la réponse univoque qui leur est apportée. Cette multiplication récente (moins de 10 ans) a pu être favorisée par deux facteurs, très différents mais pas nécessairement incompatibles :

- les sujets concernés par un questionnement sur leur sexe se sentent enfin autorisés à exprimer leur détresse grâce à une plus grande tolérance de la société à leur égard ;
- un pan important de ces demandes proviennent d'un phénomène sociétal<sup>5</sup>, où la « transidentité » apparaît comme une réponse à un mal-être profond à l'adolescence, réponse radicale, médicalisée, qui résoudrait une fois pour toutes les difficultés.

C'est sur ce deuxième point que nous souhaitons attirer l'attention. En effet, il apparaît que depuis que le désir de transition de genre n'est plus considéré comme une entité psychopathologique par la nouvelle version du DSM, il n'est plus non plus envisagé comme symptôme d'une structure psychique vulnérable, alors même qu'on trouve, chez ces jeunes, un nombre très important de troubles psychiatriques associés : anorexie, autisme, dépression, troubles psychotiques, traumatismes liés à des agressions sexuelles, etc.

### 2. Un enfant n'est pas un adulte miniature

Notre questionnement ne se pose pas sur la « transidentité » en tant que telle, ni sur son diagnostic ou son étiologie, mais bien sur la continuité, qui semble trop évidente dans les discours militants autour de cette question, entre le trouble de l'enfance, celui de l'adolescent et celui de l'adulte.

---

<sup>5</sup> Comme l'expose le Dr Lisa Littman, dans une étude portant sur l'influence des réseaux sociaux sur les dysphories de genre soudaines

- En effet, un enfant – et même un adolescent – n'est pas un adulte : c'est un être en développement, son système neuronal est en voie de maturation, ses capacités cognitives et intellectuelles sont immatures, son fonctionnement psychique est labile, sa suggestibilité aux discours des adultes est importante, son expérience de la vie est limitée. Pour résumer, la psychopathologie de l'enfant est singulière, les nosographies diffèrent entre enfant, adolescent et adultes, on ne peut donc pas lui appliquer les mêmes critères ni la même amplitude de décision.
- D'autre part, la puberté n'est pas seulement un phénomène physique mais bien un processus de développement et de maturation psychologique, impliquant des remaniements psychiques, permettant à l'individu de devenir davantage « sujet » quand cette étape se déroule suffisamment bien. À l'inverse, la puberté et plus largement l'adolescence est une période à risques psychiques importants, et nous savons tous depuis fort longtemps à quel point cette partie de l'existence est majeure dans l'apparition de pathologies psychiatriques.

### 3. La demande de l'enfant ?

Il nous apparaît crucial d'interroger la demande, supposée être celle de l'enfant, de changer de sexe.

Nous savons comme l'enfant est influençable par le discours des adultes et de ses pairs. Cela ne remet pas en question ses capacités de penser par lui-même, mais nier les suggestions extérieures, parfois d'emprise, relèverait de la mauvaise foi.

Sans même chercher à discuter le fait que l'enfant « se sente » appartenir à l'autre sexe, **nous pointons comme n'allant pas de soi le principe de la mise en œuvre d'une transformation irréversible qui débiterait avant et durant la puberté et le processus d'adolescence.**

De nombreuses études sur ce sujet montrent que la majorité des enfants présentant des questionnements quant à leur identité sexuée et les critères d'appartenance à un genre, ne poursuivront pas leur transformation après la puberté (85%). Ces données étant connues, pourquoi est-il immédiatement prévu, dès lors que la dysphorie est diagnostiquée, d'engager un protocole sur plusieurs années impliquant des rencontres avec les endocrinologues, des prévisions sur la maturité des organes sexuels de naissance, des projets chirurgicaux, etc. ?

## IV – L'atteinte au corps de l'enfant ou de l'adolescent

### 1. De prétendus bénéfices psychiques

Certains psychiatres brandissent systématiquement un risque suicidaire prétendument majeur chez cette jeune population, pour disqualifier comme ayant des conséquences criminelles tous les comportements relevant de la prudence et questionnant la radicalité du traitement, ou suggérant simplement la nécessité de prendre du temps.

Ainsi, le père d'une jeune fille qui a décidé de changer de sexe, témoigne-t-il de la façon dont il lui est demandé, chaque fois qu'il interroge l'urgence de la prise en charge « Monsieur,

préférez-vous une fille morte ou un garçon vivant ? »<sup>6</sup>. Cette formule, régulièrement reprise par différents interlocuteurs, prend en otage ce père qui est sommé de choisir entre être un bon père ou un mauvais père « transphobe », qui plus est responsable du suicide supposé de son enfant.

Il paraît important pourtant de souligner :

- Que les études qui prétendent qu'il existe un tel risque sont limitées et controversées<sup>7</sup>, car elles ne peuvent démontrer que d'autres facteurs ne soient pas en cause. Elles ne se fondent sur aucun dispositif scientifique comme la tenue de groupes de contrôle, ou d'études longitudinales
- (on peut voir un effet bénéfique du traitement hormonal sur le moment, mais on ne sait pas plus ce qui se passe les années suivantes).
- Que le risque suicidaire est en effet plus important dans la population trans, mais cela même chez les adultes, même après les transformations sociales et physiques effectuées.
- Qu'enfin, quand bien même ce traitement paraîtrait pertinent dans certains cas, il s'avère que la réalité des regrets est patente chez certains sujets « détransitionneurs »<sup>8</sup>.

## 2. Les inhibiteurs de la puberté

Les bloqueurs de la puberté, permettant la non-apparition des caractères sexuels secondaires, sont présentés comme ayant un effet apparemment réversible dès lors qu'ils sont arrêtés. Les médecins n'ont à ce jour que peu d'étude sur cette question.

En revanche, des études montrent des effets secondaires à court et moyen terme chez l'enfant, on peut noter :

- maux de tête,
- bouffées de chaleur,
- douleurs abdominales,
- saignements vaginaux chez la fille,
- acné,
- prise de poids,
- diminution de la densité osseuse (1% par mois),
- risque de dépression,
- changements d'humeur,
- nervosité

Ces bloqueurs de puberté, associés à des hormones antagonistes, peuvent entraîner **la stérilité définitive**, quand bien même les organes génitaux seraient préservés. Il paraît très étonnant

---

<sup>6</sup> Témoignage écrit d'un père qui pour le moment a gardé l'anonymat mais qui est prêt à témoigner ouvertement.

<sup>7</sup> Etudes retoquées, incomplètes, ou qui extrapolent les résultats. Cf. <https://medicine.yale.edu/news-article/26859/>, mais aussi les enquêtes réalisées pour le jugement Bell contre la Tavistock Clinic ainsi que l'enquête du documentaire Suédois *Trans train*.

<sup>8</sup> Cf. Bell vs Tavistock +témoignages d'adultes +trans train

d'imaginer qu'un enfant ou un adolescent est en mesure de renoncer, pour le reste de sa vie adulte, à une possible conception d'enfant.

Enfin, la puberté chez l'humain ne correspond pas seulement à l'accès à la génitalité adulte, mais elle est simultanément une **période d'intenses remaniements psychiques qui contribuent au processus de subjectivation** : chaque adulte sait à quel point cette période de sa vie est fondatrice de sa personnalité, de son orientation sexuelle, de la découverte de son corps et des plaisirs génitaux, de la nécessaire séparation d'avec les figures parentales, etc.

La question est vive : peut-on, sans cette expérience, s'assurer que l'individu se développe de manière à pouvoir savoir ce qu'il veut réellement ? **La question de l'expérience de vie réelle est majeure et ne peut être secondarisée.** L'éthique nous impose ces questions qui, d'ailleurs, sont actuellement très vives quant au consentement, à la possibilité de décider librement lorsqu'on vit encore, ce qui est le cas pour chaque enfant, sous l'autorité des adultes à qui l'on prête un savoir.

### 3. Les hormones antagonistes

L'hormothérapie suivie dans le cadre d'un changement de sexe n'est pas sans danger pour la santé.

Les **œstrogènes** sont à déconseiller en cas d'hypertension artérielle, diabète, épilepsie, lupus, troubles hépatiques, migraines sévères, otospongiose. Ils entraînent des **risques à long terme** : pourcentage d'AVC augmenté, accidents thrombo-emboliques veineux voire artériels, problèmes métaboliques avec hypercholestérolémie, calculs biliaires et prise de poids.

Les risques métaboliques et vasculaires des **progestatifs** de synthèse s'additionnent à ceux des œstrogènes et entraînent l'augmentation de méningiomes secondaires à des traitements par acétate de chlormadinone, ou acétate de noméggestrol, progestatifs fréquemment prescrits.

En ce qui concerne la **testostérone**, l'effet est définitif au niveau de la virilisation, notamment la pilosité et la voix. L'existence d'effets secondaires nombreux nécessite un examen médical approfondi avant toute prescription, ainsi qu'un suivi biologique : hypertension artérielle et risque d'infarctus du myocarde, hypercholestérolémie, thromboembolie veineuse, hypercalcémie, prise de poids, prudence en cas de thrombophilie, chez les migraineuses, diabétiques, épileptiques, insuffisantes hépatiques entre autres.

Fréquemment sont notées des sautes d'humeur, une agressivité, de l'impatience en cours de traitement.

D'après une étude de 2018<sup>9</sup>, les femmes transgenres présentent un risque presque deux fois plus important de développer une maladie thromboembolique veineuse. Ce risque s'accroît encore davantage avec les années. En ce qui concerne le risque de faire un AVC causé par un

---

<sup>9</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30073551/>

thrombus, les probabilités étaient 9,9 fois plus élevées chez les femmes transgenres que dans le groupe témoin.

#### 4. La chirurgie

La chirurgie est incontestablement lourde, à risque et très imparfaite<sup>10</sup>. En fonction du pays, elle est possible avant la majorité. C'est le cas en France même si cela semble encore peu pratiqué pour le moment. Il faudrait connaître le nombre d'opérations effectuées chez les mineurs présentant une « dysphorie de genre » puisque ces interventions chirurgicales sont mutilantes (mastectomie chez la fille notamment, ablation des testicules chez le garçon).

Il ressort de tout cela que dans le contexte actuel, on est en face d'**expérimentations médicales sur enfants**, ce qui est formellement interdit, et contraire à la déontologie médicale (et le « primum non nocere » du serment hippocratique)

### V – Des recommandations de bon sens

Il ne s'agit pas, bien évidemment, de laisser un enfant seul face à sa détresse réelle dans un conflit de genre. Si la souffrance de l'enfant se doit bien évidemment d'être entendue, accueillie et accompagnée, les adultes doivent, de leur côté, assurer protection aux enfants et cela parfois au détriment de la satisfaction immédiate de leur désir. L'attente d'une solution semble souvent une souffrance insupportable, d'autant qu'elle s'ajoute à une détresse initiale. Et pourtant nous savons tous fort bien que l'attente permet un travail de réflexion sans précipitation, l'introspection détachée des influences de l'environnement, permet aussi de dépasser les moments critiques et de poursuivre son développement, son évolution personnelle. Psychique et somatique sont intimement liés, et il n'existe jamais de réponse unilatérale et immédiate à une problématique psychique. Il est donc capital dans toute approche de préserver **la possibilité d'un temps long** aujourd'hui malmené par l'idée d'une supposée urgence médicale et de savoir attendre en particulier l'âge requis pour s'assurer de la faculté de discernement de ces sujets

#### 1. Sur le plan médical

Il nous paraît très inquiétant et problématique de traiter des sujets en devenir en leur interdisant l'accès à un stade de développement indispensable à leur construction psychique. L'intérêt supérieur de l'enfant, lié à son immaturité physique et cognitive, devrait nous **interdire toute intervention sur son corps qui ne relève pas de l'urgence vitale ou des soins essentiels à sa santé**. Les thérapies verbales, familiales et individuelles, devraient primer durant toute

---

<sup>10</sup> Témoignage d'un homme trans : <https://quillette.com/2020/10/06/forget-what-gender-activists-tell-you-heres-what-medical-transition-looks-like/>

l'enfance et l'adolescence pour aider l'enfant à trouver des réponses particulières à sa souffrance (et non pas lui proposer un protocole médical systématisé) en préservant ou en ouvrant chez lui la possibilité d'un doute sur sa problématique.

Nous préconisons :

- Des **études pluridisciplinaires de santé publique** menées dans les services hospitaliers, les collèges et les lycées afin de montrer l'importance quantitative de la « dysphorie de genre »
- Des **études et recherches médicales et psychiatriques** sérieuses, sans conflit d'intérêts ou visée idéologique, doivent être entreprises pour mieux connaître cette nouvelle et très jeune population, pour déterminer l'impact physique et psychique de ce type de traitement chez l'adulte avant de l'appliquer uniformément chez l'enfant et l'adolescent, pour observer l'impact de l'environnement familial mais aussi des influences sociétales récentes.
- Il serait pertinent, comme l'a fait le Royaume-Uni et comme commencent à y penser d'autres pays (États-Unis, Suède, Suisse), de soumettre à un Comité de Réflexion et d'Éthique composé d'**experts psychiatriques et juridiques, mais aussi de personnes concernées par la protection de l'enfance** cette question afin que, nous aussi en France, nous légiférions sur cette atteinte au corps du mineur.
- Enfin, la création de **consultations d'investigation longues et/ou de psychothérapies spécialisées** indépendantes des hôpitaux, des lieux de consultations neutres et indépendants de toute emprise idéologique, menées par des personnels spécialisés ayant suivi **une formation multi-critères (médicale, psychologique, sociologique, juridique, etc...) adaptée à ces problématiques**, afin d'accueillir ces familles en questionnement et souvent en crise, et devant rendre compte de leur travail devant des juridictions adéquates. On ne peut limiter cette tâche à des actes médicaux consistant à signer des autorisations de traitement menées par les endocrinologues, aussi performants soient-ils, comme on le constate dans nombre de service de psychiatrie dédiés à la dysphorie de genre.

## 2. Le rôle de l'École

### **Faire confiance à la communauté éducative**

En tout état de cause, l'École ne peut en aucun cas devenir un lieu dont la société pourrait forcer les portes à coups de menaces ou d'anathèmes sur la communauté scolaire : nous réprovoons donc vigoureusement l'approche envisagée consistant à aborder ces questions par des injonctions ou l'ombre de sanctions à l'endroit des équipes enseignantes.

Du reste, le traitement de ces problématiques est éminemment complexe et assurément irréductible à une règle unique ou une réponse systématique : chaque cas est par nature un cas particulier et réclame une véritable concertation de tous les adultes qui entourent et accompagnent l'enfant – parents, pédagogues, médecins, psychologues.

Or, cette concertation ne peut sereinement voir le jour que dans un climat de confiance, et non de défiance : les mesures les plus appropriées doivent pouvoir être discutées librement entre les différents protagonistes, sans passer par le biais de processus légaux sur le sujet, au risque de d'exacerber inutilement les tensions. Il nous semble capital en pareille circonstance que l'institution fasse confiance à la communauté éducative pour travailler de concert avec les familles et les élèves concernés.

## Conclusion

D'un côté on souhaite dépsychiatriser la « dysphorie de genre » et dans le même temps on sollicite la pédopsychiatrie pour un diagnostic qui aboutira probablement à un traitement : les bloqueurs de puberté et/ou des traitements hormonaux qui sont prescrits à des mineurs qui ne « se sentent » pas appartenir à leur sexe biologique. Le diagnostic étant nécessaire pour la reconnaissance du tort subi et l'ouverture de « droits ».

C'est une reconsidération des discours sur l'enfance à quoi nous assistons guidée par des idéologies qui se traduisent dans les faits par de nouvelles catégories diagnostics et aux traitements qui les accompagnent, des traitements qui certes existent déjà mais pas dans ce cadre où ils peuvent être considérés comme expérimentaux.

Avec une redéfinition des droits de l'homme, c'est la notion d'inclusion qui s'impose à tous les niveaux de la société et notamment à l'école. L'École doit s'adapter à tous les élèves, elle doit créer des dispositifs pour tous les élèves selon des catégories diverses et parfois peu objectivables. Ce n'est plus l'élève qui doit s'adapter à un modèle valable pour tous (universaliste et républicain) mais l'École qui doit se préoccuper de toutes les particularités de ses élèves au risque de devoir faire face au désaccord des parents (et leurs associations respectives). Mais encore une fois, ces nouvelles normes ne sont que des effets de discours.

On observe un écart entre ces discours et les pratiques cliniques qui sont à entendre au cas par cas et qui sont bien plus complexes et contradictoires qu'on le laisse entendre.

Ne pourrait-on pas penser que la « dysphorie de genre » telle qu'elle est définie dans le DSM relèverait davantage d'un « programme politique » à l'instar du TDAH<sup>11</sup> ? On observe une passion pour les évaluations, les diagnostics afin d'étiqueter les enfants. Et à chaque étiquetage on risque de produire des protocoles voire une nouvelle langue ou un vademecum (cf. *transphobie*) afin de ne pas stigmatiser les enfants qui relèveraient de ces catégories (autistes, TDAH, trans...). Mais n'est-ce pas là réduire ces enfants à des identités forcément figées ? Ne risque-t-on pas de faire de ces enfants-identités des étendards de la cause des adultes ? Qu'est ce qui est projeté sur l'enfance de la société et du trouble qui la traverse, de la crise de la culture ?

---

<sup>11</sup> T. Garcia-Fons, « Le déni de l'enfance », à paraître...

Il convient de prendre soin de l'enfant c'est-à-dire de lui donner la possibilité de grandir en le préservant des projections des adultes afin de ne pas confondre la langue des adultes avec elle de l'enfant.

Document réalisé par le groupe de travail de l'Observatoire

Céline Masson, professeur des universités à l'Université de Picardie Jules Verne, psychanalyste, Anna Cognet, psychologue clinicienne, enseignante à Psychoprat, Delphine Girard, professeur de Lettres classiques, Claire Squires, psychiatre, maître de conférences HDR à l'Université de Paris, Laurence Croix, psychanalyste, Maître de Conférences à l'Université Paris Ouest Nanterre, Anne Perret, pédopsychiatre, praticien hospitalier, Pascale Belot-Fourcade, psychiatre, Karinne Gueniche, psychologue clinicienne à l'hôpital Necker, Maître de conférences HDR à l'Université de Paris, Xavier Gassmann, psychanalyste, Hôpital René Dubos, Hana Rottman, pédiatre, psychiatre, Olivia Sarton, Aude Mirkovic, juristes, Association « Juristes pour l'enfance »