

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV :

<http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>

Nom d'utilisateur : formationcontinue

Mot de passe : pediatrie (pas de majuscule ni d'accent)

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 9 mai 2017

Deuxième heure :

Il s'habille en princesse, elle joue au camion, c'est grave docteur ? et autres questions d'identité de genre chez les enfants et les adolescents

Orateurs: M. Cafilisch, M. Dirlewanger et A. Merglen (HUG)

Beaucoup d'articles ont été publiés dans la presse à propos de cette problématique : changement de nom, annonce aux camarades de classe, traitement hormonal dès l'âge de 12 ans. À Genève et à Lausanne, une vingtaine de jeunes sont entourés pour cette demande.

Par exemple, dans une fratrie de deux jumeaux homozygotes, un des deux garçons joue et s'habille comme une fille.

S'agit-il d'un problème d'identité sexuelle et de genre ? Cela implique cinq dimensions : le sexe physique, l'identité de genre, l'expression du genre, l'attraction sexuelle et l'identité romantique.

Le sexe est un aspect morphologique, parfois il peut exister une mauvaise différenciation et un doute sur l'identité sexuelle physique.

L'identité de genre est la perception neurologique, soit comme homme, soit comme femme, parfois mélangé. Elle se développe vers l'âge de deux ans et se stabilise vers l'âge de sept ans.

L'expression de genre est l'adoption d'un comportement ou habillage soit masculin, soit féminin.

L'attraction sexuelle ou orientation peut se faire soit vers le sexe féminin, soit le sexe masculin.

La majorité de la population est à l'aise avec une concordance des cinq dimensions. Une partie de la population est en non concordance et cela peut avoir un impact sur la santé avec un risque de stigmatisation ou de violence.

La non concordance de genre n'est pas un diagnostic ni une maladie. La dysphorie de genre et une non concordance entraînant une souffrance, et a remplacé dans le DSMV l'ancien trouble de l'identité de genre.

Le petit garçon jumeau se déguise en princesse, refuse de se faire couper les cheveux, se fait appeler Nicole.

Il est possible de voir des phénomènes transitoires, sur quelques mois, sans signification. Quand le problème se fixe, on peut se poser la question de transgenre.

Est-ce grave ? La souffrance peut être transitoire ou rester toute la vie. Il peut y avoir une baisse d'estime de soi, une augmentation du risque suicidaire. Un soutien familial positif diminue le risque suicidaire. Il y a un risque de danger à l'école (risque de harcèlement) avec conséquences à long terme.

Les options sont de soutenir l'adolescent, d'aider sa famille, d'offrir des soins médicaux pour une transformation de sexe.

Les jeunes transgenres ayant grandi dans un entourage soutenant ont une évolution aussi bonne que les autres jeunes. L'attitude de soutien est donc utile.

Quelle est la place du pédiatre ? Elle est d'offrir un accueil bienveillant et sans a priori, de s'intéresser aux personnes entourant l'enfant, de faire preuve de curiosité et d'évaluation. Il existe un risque immédiat par rapport à l'école, à la sexualité, au risque suicidaire. Le problème doit toujours rester intégré dans la croissance et la santé globale de l'enfant.

Chez l'adolescent, il faut être à l'écoute. Il est par exemple utile de demander quel prénom le jeune a choisi. Souvent, il existe une mauvaise estime de soi. Il faut rechercher des idées suicidaires, des scarifications.

Ces jeunes ont une mauvaise perception de leur santé avec risque de stress et rupture scolaire. La prise de risque est augmentée : toxique, jeux excessifs. Il reste utile de pratiquer le score HEADSS. Les parents se sentent souvent isolés, stigmatisés, apeurés avec des problèmes d'acceptation. Les portes d'entrée existent en pédiatrie : CHUV DMCP Dr Ambresin, HUG DEA Dr Mengler.

Il agit d'une consultation multidisciplinaire incluant pédopsychiatre, endocrinologue, pédiatre, gynécologue, intervenants scolaires, groupes de parole le en collaboration avec les parents.

Exemple de Nicole : arrivée à la puberté, il est décidé de procéder à un arrêt de la puberté par traitement hormonal, avec un soutien scolaire. Il y a eu une évaluation pédopsychiatrique pour confirmer la dysphorie de genre et ensuite une transition vers la médecine de l'adulte.

Aspect endocrinologique : à la phase I, le diagnostic est confirmé.

À la phase II, il y a freination de la puberté (stade Tanner 2).

A la phase III, après confirmation, un traitement hormonal est introduit pour obtenir un cross hormone (dès l'âge de 16 ans) (hormones féminines chez le garçon, hormone masculine chez la fille).

A la phase IV, il y a traitement chirurgical.

La freination de la puberté emploie des agonistes GnRH comme le Décapeptyl, le Lucrin ou agonistes apparentés. Ce traitement reste réversible. Il est largement employé dans la puberté précoce, les effets à long terme chez le transgenre ne sont pas bien connus.

La phase III emploie œstrogène ou testostérone : le traitement est débuté avec un quart de la dose adulte et est augmentée progressivement pour développer les caractères sexuels secondaires (seins, graisse de répartition féminine avec les œstrogènes, pilosité, voix, augmentation de la masse musculaire avec la testostérone). Ce traitement est irréversible. La thérapie féminisante emploie le 17 bêta œstradiol et la thérapie masculinisant le Testoviron.

Attention, il y a risque thrombogénique, de prise de poids, d'hyperprolactinémie ou de cancer du sein avec la thérapie féminisante.

Attention, il y a risque thrombogénique, d'acné, d'augmentation de la libido, de dyslipidémie avec le traitement masculinisant, nécessitant un suivi régulier.

Il existe un réseau de prise en charge à Genève et un autre à Lausanne, et il existe des réunions romandes régulières conjointes entre le CHUV et les HUG.

Nicole a eu un changement chirurgical à l'âge de 20 ans, ainsi qu'un changement d'état civil.

La question d'identité de genre est associée à des risques de santé.

Le pédiatre est concerné pour adresser le jeune à la consultation spécialisée.

En absence de prise en charge, il y a un problème de risque de toxicomanie, d'addiction, ou de suicide.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch