

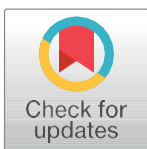
## ARTICLE DE RECHERCHE

# Rapports des parents d'adolescents et de jeunes adultes perçus comme présentant des signes d'apparition rapide de la dysphorie de genre

Lisa Littman  \*

Département des sciences comportementales et sociales, École de santé publique de l'Université Brown, Providence, Rhode Island, États-Unis d'Amérique

\* [Lisa\\_Littman@brown.edu](mailto:Lisa_Littman@brown.edu)



## Résumé

### Objectif

Dans des forums en ligne, des parents ont rapporté que leurs enfants semblaient connaître une soudaine  
programme de protection des sujets humains (PPHS) de l'Icahn School of Medicine at Mount Sinai n'autorise pas le partage des données au-delà de ce qui est indiqué dans l'article, en raison de la nature sensible des informations recueillies, du contexte du sujet de l'étude, de l'impact possible de leur publication sur la réputation des participants et sur leur statut dans la communauté, et de la possibilité que les données ne soient pas divulguées.



### ACCÈS OUVERT

**Citation** : Littman L (2018) Rapports des parents d'adolescents et de jeunes adultes perçus comme présentant des signes d'apparition rapide de la dysphorie de genre. PLoS ONE 13(8) : e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>

**Rédacteur** : Daniel Romer, Université de Pennsylvanie, ÉTATS-UNIS

**Reçu** : 7 octobre 2017

**Accepté** : 1er août 2018

**Publié** : 16 août 2018

**Copyright** : © 2018 Lisa Littman. Il s'agit d'un article en accès libre distribué selon les termes de la [licence Creative Commons Attribution](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), qui permet l'utilisation, la distribution et la reproduction sans restriction sur tout support, à condition que l'auteur original et la source soient crédités.

**Déclaration de disponibilité des données** : Les données ne peuvent pas être mises à disposition en raison de restrictions éthiques et réglementaires. Les participants à l'étude n'ont pas donné leur consentement pour que leurs réponses soient partagées publiquement, partagées dans des bases de données publiques ou partagées avec des chercheurs extérieurs. Le

ou l'apparition rapide de la dysphorie de genre, apparaissant pour la première fois pendant la puberté ou même après son achèvement. Les parents décrivent que l'apparition de la dysphorie de genre semble se produire dans le contexte de l'appartenance à un groupe de pairs où un, plusieurs ou même tous les amis sont devenus dysphoriques de genre et identifiés comme transgenres au cours de la même période. Les parents rapportent également que leurs enfants ont montré une augmentation de l'utilisation des médias sociaux/de l'Internet avant la révélation de leur identité transgenre. Récemment, des cliniciens ont signalé que les présentations post-pubères de la dysphorie de genre chez les femmes natales, qui semblent être d'apparition rapide, est un phénomène qu'ils voient de plus en plus dans leur clinique. Les universitaires se sont interrogés sur le rôle des médias sociaux dans le développement de la dysphorie de genre. L'objectif de cette étude était de recueillir des données sur les observations, les expériences et les perspectives des parents concernant leurs enfants adolescents et jeunes adultes (AJA) montrant des signes d'une apparente apparition soudaine ou rapide de la dysphorie de genre qui a commencé pendant ou après la puberté, et de développer des hypothèses sur les facteurs qui peuvent contribuer à l'apparition et/ou à l'expression de la dysphorie de genre dans ce groupe démographique.

## Méthodes

Pour cette étude descriptive et exploratoire, des informations sur le recrutement, accompagnées d'un lien

vers une enquête de 90 questions à choix multiples, de type Likert et ouvertes, ont été placées sur trois sites web où des parents avaient signalé des apparitions soudaines ou rapides de dysphorie de genre chez leurs enfants adolescents ou jeunes adultes. Les critères d'éligibilité de l'étude comprenaient la réponse des parents indiquant que leur enfant avait un début soudain ou rapide de dysphorie de genre et l'indication par les parents que la dysphorie de genre de leur enfant avait commencé pendant ou après la puberté. Pour maximiser les chances de trouver des cas répondant aux critères d'éligibilité, les trois sites web (4thwavenow, transgender trend, et youthtranscriticalprofessionals) ont été sélectionnés pour un recrutement ciblé. Les modérateurs du site Web et les participants potentiels ont été encouragés à partager les informations relatives au recrutement et le lien vers l'enquête avec les personnes ou les communautés qui, selon eux, ont besoin d'aide.

le risque de reconnaissance des participants par le biais du couplage des détails. Les identifiants des participants n'ayant pas été collectés, il n'est pas possible de contacter les participants et de leur demander leur consentement à la divulgation pour le moment. Pour toute question concernant la restriction du partage des données, veuillez contacter le PPHS à l'Icahn School of Medicine at Mount Sinai (IRB@mssm.edu).

**Financement :** L'auteur n'a reçu aucun financement spécifique pour ce travail.

**Intérêts concurrents :** Lisa Littman, MD, MPH, fournit des conseils en santé publique sur des sujets sans rapport avec cette recherche. Elle est membre de plusieurs organisations professionnelles, dont l'American College of Preventive Medicine (ACPM), l'American Public Health Association (APHA), la Society for Adolescent Health and Medicine (SAHM), la Society of Family Planning (SFP), l'International Academy of Sex Research (IASR) et la World Professional Association for Transgender Health (WPATH).

pourrait inclure des participants éligibles afin d'étendre la portée du projet grâce à des techniques d'échantillonnage en boule de neige. Les données ont été recueillies de manière anonyme via SurveyMonkey. Les résultats quantitatifs sont présentés sous forme de fréquences, de pourcentages, de fourchettes, de moyennes et/ou de médianes. Les réponses ouvertes de deux questions ont été ciblées pour une analyse qualitative des thèmes.

## Résultats

Les 256 questionnaires remplis par les parents répondaient aux critères de l'étude. Les enfants AJA décrits étaient principalement des filles nées à l'étranger (82,8 %), âgées en moyenne de 16,4 ans au moment où elles ont rempli le questionnaire et de 15,2 ans au moment où elles ont annoncé leur identification transgenre. Selon le rapport des parents, 41 % des AJA avaient exprimé une orientation sexuelle non hétérosexuelle avant de s'identifier comme transgenre. Un grand nombre (62,5 %) des AJA avaient reçu un diagnostic d'au moins un trouble de santé mentale ou d'un handicap neurodéveloppemental avant l'apparition de leur dysphorie de genre (fourchette du nombre de diagnostics préexistants : 0-7). Dans 36,8 % des groupes d'amitié décrits, les parents participants ont indiqué que la majorité des membres s'étaient identifiés comme transgenres. Les parents ont fait état d'un déclin subjectif de la santé mentale (47,2 %) et des relations parents-enfants (57,3 %) de leurs AJA depuis que ces derniers ont fait leur coming-out, et ils ont constaté que les AJA ont adopté divers comportements, notamment : se méfier des personnes non transgenres (22,7 %), cesser de passer du temps avec des amis non transgenres (25,0 %), essayer de s'isoler de leur famille (49,4 %) et ne croire que les informations sur la dysphorie de genre provenant de sources transgenres (46,6 %). La plupart (86,7 %) des parents ont signalé que, parallèlement à l'apparition soudaine ou rapide de la dysphorie de genre, leur enfant avait soit augmenté son utilisation des médias sociaux et d'Internet, soit appartenu à un groupe d'amis dans lequel un ou plusieurs amis s'étaient identifiés comme transgenres au cours d'une période similaire, soit les deux.

## Conclusion

Cette étude descriptive et exploratoire des rapports des parents fournit des informations détaillées précieuses qui permettent de générer des hypothèses sur les facteurs qui peuvent contribuer à l'apparition et/ou à l'expression de la dysphorie de genre chez les AJA. Les hypothèses émergentes comprennent la possibilité d'une nouvelle sous-catégorie de dysphorie de genre (appelée dysphorie de genre à déclenchement rapide) qui n'a pas encore été validée cliniquement et la possibilité d'influences sociales et de mécanismes d'adaptation inadaptés. Les conflits entre parents et enfants peuvent également expliquer certains des résultats. D'autres recherches comprenant la collecte de données auprès des AJA, des parents, des cliniciens et des informateurs tiers sont nécessaires pour explorer davantage les rôles de l'influence sociale, des mécanismes d'adaptation inadaptés, des approches parentales et de la dynamique familiale dans le développement et la durée de la dysphorie de genre chez les adolescents et les jeunes adultes.

Ces dernières années, un certain nombre de parents ont commencé à signaler, dans des groupes de discussion en ligne tels que 4thwavenow aux États-Unis (<https://4thwavenow.com>) et Transgender Trend au Royaume-Uni (<https://www.transgendertrend.com>), que leurs enfants adolescents et jeunes adultes (AJA), qui n'avaient pas d'antécédents de problèmes d'identité de genre dans l'enfance, ont connu un changement soudain ou rapide de leur identité de genre.

l'apparition de la dysphorie de genre. Les parents ont décrit des groupes de dysphorie de genre dans des groupes d'amis préexistants, dont plusieurs ou même tous les membres deviennent dysphoriques de genre et s'identifient comme transgenres, un schéma qui semble statistiquement improbable d'après les recherches précédentes [1-8]. Les parents décrivent un processus d'immersion dans les médias sociaux, tel que le "binge-watching" de vidéos de transition sur YouTube et l'utilisation excessive de Tumblr, précédant immédiatement la dysphorie de genre de leur enfant [1-2, 9]. Ces types de présentations n'ont pas été décrits dans la littérature de recherche sur la dysphorie de genre [1-10] et soulèvent la question de savoir si les influences sociales peuvent contribuer à ces occurrences de la dysphorie de genre, voire même y contribuer, dans certaines populations d'adolescents et de jeunes adultes. (Note : La terminologie du "sexe natal", y compris les termes "femme natale" et "homme natal", sera utilisée tout au long de cet article . Le sexe natal désigne le sexe d'un individu tel qu'il a été observé et documenté au moment de la naissance . Certains chercheurs utilisent également la terminologie "assigné à la naissance").

## Contexte

### Dysphorie de genre chez les adolescents

La dysphorie de genre (DG) est définie comme un malaise persistant d'un individu par rapport à son sexe biologique ou au genre qui lui a été assigné [11]. Les deux types de dysphorie de genre étudiés sont la dysphorie de genre à début précoce, où les symptômes de la dysphorie de genre commencent dans la petite enfance, et la dysphorie de genre à début tardif, où les symptômes commencent après la puberté [11]. La dysphorie de genre à déclenchement tardif qui survient à l'adolescence est maintenant appelée dysphorie de genre à déclenchement adolescent. La majorité des adolescents qui consultent pour une dysphorie de genre sont des individus qui ont connu une dysphorie de genre à début précoce qui a persisté ou s'est aggravée à la puberté, bien qu'une présentation atypique ait été décrite où des adolescents qui n'ont pas connu de symptômes pendant l'enfance présentent de nouveaux symptômes à l'adolescence [7, 12]. L'apparition de la dysphorie de genre à l'adolescence n'a été que récemment rapportée dans la littérature pour les femmes natales [5,10, 13-14]. En fait, avant 2012, il n'y avait que peu ou pas d'études sur les adolescentes dont la dysphorie de genre avait commencé à l'adolescence [10]. Ainsi, on en sait beaucoup plus sur les adolescents présentant une dysphorie de genre à début précoce que sur les adolescents présentant une dysphorie de genre à début adolescent [6, 15].

Bien que les études sur les adolescents dysphoriques n'excluent pas toutes les personnes souffrant de dysphorie de genre à l'adolescence (10), il est important de noter que la plupart des études sur les adolescents, en particulier celles portant sur les taux de persistance et de désistance de la dysphorie de genre et sur les résultats de l'utilisation de la suppression de la puberté ( ), Il est important de noter que la plupart des études sur les adolescents, en particulier celles portant sur les taux de persistance et de désistance de la dysphorie de genre et sur les résultats de l'utilisation de la suppression de la puberté, des hormones transsexuelles et de la chirurgie, n'ont inclus que des sujets dont la dysphorie de genre a commencé dans l'enfance et les sujets dont la dysphorie de genre a commencé à l'adolescence n'auraient pas satisfait aux critères d'inclusion de ces études [16-24]. Par conséquent, la plupart des recherches menées à ce jour sur les adolescents atteints de dysphorie de genre ne sont pas généralisables aux adolescents souffrant de dysphorie de genre à l'adolescence [16-24] et les résultats pour les personnes atteintes de dysphorie de genre à l'adolescence, y compris les taux de persistance et de désistance et les résultats des traitements, sont actuellement inconnus.

En 2012 encore, seules deux cliniques (une au Canada et une aux Pays-Bas) avaient rassemblé suffisamment de données pour fournir des informations empiriques sur les principaux problèmes des adolescents dysphoriques de genre [25]. Les deux institutions ont

conclu que la prise en charge de la dysphorie de genre à l'adolescence est plus compliquée que la prise en charge de la dysphorie de genre à l'adolescence et que les personnes souffrant de la dysphorie de genre à l'adolescence sont plus susceptibles d'avoir des problèmes psychopathologiques importants [25]. La présentation de la dysphorie de genre peut survenir dans le contexte de troubles psychiatriques sévères, de difficultés de développement ou dans le cadre de problèmes d'identité à grande échelle et, pour ces patients, la transition médicale peut ne pas être conseillée [13]. Le groupe de travail de l'APA sur le traitement du trouble de l'identité de genre note que les adolescents souffrant de dysphorie de genre "doivent faire l'objet d'un dépistage attentif afin de détecter l'émergence du désir de réassignation sexuelle dans le contexte

de traumatisme ainsi que pour tout trouble (tel que la schizophrénie, la manie, la dépression psychotique) qui peut produire une confusion de genre. Lorsqu'elle est présente, une telle psychopathologie doit être abordée et prise en compte avant d'aider l'adolescent à prendre la décision de poursuivre ou non un changement de sexe ou de l'aider effectivement à effectuer sa transition de genre. " [25].

### Changements démographiques et cliniques pour la dysphorie de genre

Bien qu'en 2013, des recherches aient montré qu'un nombre important de garçons nés dans le pays souffraient de dysphorie de genre qui avait commencé pendant ou après la puberté, il y avait peu d'informations sur ce type de présentation pour les femmes nées dans le pays [5]. Depuis le milieu des années 2000, on observe un changement important dans la démographie des patients qui se présentent pour des soins, notamment une augmentation du nombre d'adolescentes et une inversion du sex-ratio, qui passe d'une préférence pour les hommes à une préférence pour les femmes [26-28]. Et maintenant, certains cliniciens ont remarqué qu'ils voient de plus en plus souvent dans leur clinique, à l'adresse, le phénomène des femmes nées exprimant un début rapide de dysphorie de genre après la puberté [14]. Certains chercheurs ont suggéré que la visibilité accrue des personnes transgenres dans les médias, la disponibilité d'informations en ligne, ainsi qu'une réduction partielle de la stigmatisation peuvent expliquer une partie de l'augmentation du nombre de patients cherchant à se faire soigner [27], mais ces facteurs n'expliqueraient pas l'inversion du rapport de masculinité, l'augmentation disproportionnée du nombre de femmes natales adolescentes, et le nouveau phénomène des femmes natales présentant une dysphorie de genre qui commence pendant ou après la puberté. S'il y a eu des changements culturels qui ont rendu plus acceptable le fait que les femmes nées cherchent à changer de sexe [27], cela n'expliquerait pas pourquoi l'inversion du rapport de masculinité signalée pour les adolescents n'a pas été signalée pour les populations adultes plus âgées [26]. De nombreuses questions restent sans réponse quant aux causes potentielles des récents changements démographiques et cliniques chez les personnes souffrant de dysphorie de genre.

### Influence de la société et des pairs

Les rapports parentaux (sur les médias sociaux) de groupes d'amis présentant des signes de dysphorie de genre [1-4] et l'exposition accrue aux médias sociaux/internet précédant l'annonce par un enfant de son identité transgenre [1-2, 9] soulèvent la possibilité d'influences sociales et de pairs. Dans la recherche en psychologie du développement, les impacts des pairs et des autres influences sociales sur le développement d'un individu sont parfois décrits en utilisant les termes de contagion par les pairs et de contagion sociale, respectivement. L'utilisation du terme "contagion" dans ce contexte est distincte de son utilisation dans l'étude des maladies infectieuses ( ). De plus, son utilisation en tant que concept académique établi tout au long de cet article ne vise en aucun cas à caractériser le processus, le résultat ou le comportement de développement comme une maladie ou un état semblable à une maladie, ni à transmettre un jugement de valeur. La contagion sociale [29] est la propagation d'affects ou de comportements dans une population. La contagion par les pairs, en particulier, est le processus par lequel un individu et ses pairs s'influencent mutuellement d'une manière qui favorise les émotions et les comportements qui peuvent potentiellement avoir des effets négatifs sur leur développement [30]. La contagion par les pairs a été associée à des symptômes dépressifs, des troubles de l'alimentation, des agressions, des brimades et la consommation de drogues [30-31]. Les symptômes d'intériorisation tels que la dépression peuvent se propager par le biais des mécanismes de co-rumination, qui impliquent la discussion répétitive des problèmes, la recherche excessive de réassurance (ERS) et le feedback négatif [30, 32-34]. L'entraînement à la déviance, qui a été décrit pour la première fois dans le

cas du non-respect des règles, de la délinquance et de l'agression, est le processus par lequel les attitudes et les comportements associés aux comportements problématiques sont encouragés par le renforcement positif des pairs [35, 36].

Il a été démontré que la contagion par les pairs est un facteur dans plusieurs aspects des troubles du comportement alimentaire. Il existe des exemples dans la littérature sur les troubles de l'alimentation et l'anorexie mentale de la façon dont les symptômes et les comportements d'intériorisation ont été partagés et propagés par l'influence des pairs [37-41], ce qui peut être pertinent pour les considérations relatives à l'apparition rapide de la dysphorie de genre chez les AJA.

Les cliques d'amis peuvent établir des normes pour la préoccupation de son corps, de son image corporelle,



et les techniques de perte de poids, et peut prédire les préoccupations relatives à l'image corporelle et les comportements alimentaires d'un individu [37-39]. L'influence des pairs est intensifiée dans les établissements de traitement hospitaliers et ambulatoires pour les patients anorexiques ( ) et des sous-cultures contre-thérapeutiques qui promeuvent activement les croyances et les comportements de l'anorexie mentale ont été observées (39-41). Dans ces contextes, il existe une dynamique de groupe où les "meilleurs" anorexiques (ceux qui sont les plus minces, les plus résistants à la prise de poids et qui ont connu le plus de complications médicales liées à leur maladie) sont admirés, validés et considérés comme authentiques, tandis que les patients qui veulent se rétablir de l'anorexie et coopérer avec le traitement médical sont calomniés, ridiculisés et marginalisés [39-41]. De plus, les comportements associés à la tromperie des parents et des médecins sur l'alimentation et la perte de poids, appelés "trucs d'anorexique", sont partagés par les patients d'une manière qui s'apparente à une formation à la déviance [39-41]. Les environnements en ligne offrent de nombreuses opportunités pour la recherche excessive de réconfort, la co-rumination, les retours positifs et négatifs et l'entraînement à la déviance de la part de pairs qui souscrivent à des comportements malsains et autodestructeurs. Les sites pro-troubles de l'alimentation proposent une motivation pour une perte de poids extrême (en appelant parfois le contenu motivationnel "thin- spiration") [42-44]. Ces sites encouragent la validation du trouble alimentaire en tant qu'identité et proposent des "trucs et astuces" pour perdre du poids et pour tromper les parents et les médecins afin que les individus puissent poursuivre leurs activités de perte de poids [42-44]. Si des mécanismes similaires sont à l'œuvre dans le contexte de la dysphorie de genre, cela complique grandement l'évaluation et le traitement des AJA touchés.

Au cours de la dernière décennie, on a assisté à une augmentation de la visibilité, des médias sociaux et du contenu en ligne généré par les utilisateurs sur les questions de transgenre et de transition [45], ce qui peut constituer une arme à double tranchant. D'une part, l'augmentation de la visibilité a donné une voix aux individus qui auraient été sous-diagnostiqués et sous-traités par le passé [45]. D'autre part, il est plausible que le contenu en ligne puisse encourager les personnes vulnérables à croire que des symptômes non spécifiques et des sentiments vagues doivent être interprétés comme une dysphorie de genre découlant d'un état transgénique. Récemment, d'éminents commentateurs universitaires et cliniques internationaux ont soulevé la question du rôle des médias sociaux et du contenu en ligne dans le développement de la dysphorie de genre [46]. On s'inquiète du fait que les adolescents puissent en venir à croire que la transition est la seule solution à leur situation individuelle, que l'exposition à des contenus Internet positifs sans critique sur la transition puisse intensifier ces croyances, et que ces adolescents puissent prescrire aux médecins un traitement médical immédiat [25]. Il existe de nombreux exemples sur des sites populaires tels que Reddit ([www.reddit.com](http://www.reddit.com) avec le subreddit [ask/r/transgender](https://www.reddit.com/r/transgender)) et Tumblr ([www.tumblr.com](http://www.tumblr.com)) où des conseils en ligne promeuvent l'idée que des symptômes non spécifiques doivent être considérés comme une dysphorie de genre, transmettent l'urgence de la transition et indiquent aux individus comment tromper leurs parents, médecins et thérapeutes pour obtenir rapidement des hormones [47]. La [figure 1](#) présente des exemples de conseils en ligne provenant de Reddit et de Tumblr.

## Objectif

Les présentations rapides de la dysphorie de genre à l'adolescence survenant dans des groupes d'amis préexistants ne correspondent pas aux connaissances actuelles sur la dysphorie de genre et n'ont pas été décrites dans la littérature scientifique à ce jour [1-8]. L'objectif de cette recherche descriptive et exploratoire est de (1) recueillir des données sur les observations, les expériences et les perspectives des parents concernant leurs enfants adolescents montrant des signes d'apparition rapide de la dysphorie de genre qui a commencé pendant ou après la

---

puberté, et (2) de développer des hypothèses sur les facteurs qui peuvent contribuer à l'apparition et/ou à l'expression de la dysphorie de genre dans ce groupe démographique.

### Matériaux et méthodes

Le programme de protection des sujets humains de l'école de médecine Icahn de Mount Sinai a approuvé la recherche pour ce projet (HS# : 16-00744).

Instructions on lying	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “TL;DR find out what they want to hear if they’re gonna give you T and then tell them just that. It’s about getting treatment, not about being true to those around you. It’s not their business and a lot of time doctors will screw stuff up for you.”<sup>a</sup></li> <li>• “...Get a story ready in your head, and as suggested keep the lie to a minimum. And only for stuff that can’t be verified. Like how you were feeling, but was too afraid to tell anyone including your family.”<sup>b</sup></li> <li>• “I’d also look up the DSM for the diagnostic criteria for transgender and make sure your story fits it, assuming your psych follows it.”<sup>c</sup></li> </ul>
Urgency to transition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “...If you don’t do it when you are young. You’ll be miserable and unhappy with your body for the rest of your life.”<sup>d</sup></li> </ul>
Vague and nonspecific symptoms called signs of GD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Signs of indirect gender dysphoria: 1. Continual difficulty with simply getting through the day. 2. A sense of misalignment, disconnect, or estrangement from your own emotions. 3. A feeling of just going through the motions in everyday life, as if you’re always reading from a script. 4. A seeming pointlessness to your life, and no sense of any real meaning or ultimate purpose. 5. Knowing you’re somehow different from everyone else, and wishing you could be normal like them...”<sup>e</sup></li> </ul>
	<p>a. <a href="https://www.reddit.com/r/asktransgender/comments/2nt8gi/having_a_psych_eval_soon/#bottom-comments">https://www.reddit.com/r/asktransgender/comments/2nt8gi/having_a_psych_eval_soon/#bottom-comments</a></p> <p>b. <a href="https://www.reddit.com/r/asktransgender/comments/4agf76/is_it_best_to_be_completely_honest_or_lie_a/">https://www.reddit.com/r/asktransgender/comments/4agf76/is_it_best_to_be_completely_honest_or_lie_a/</a></p> <p>c. <a href="https://www.reddit.com/r/asktransgender/comments/4ihwar/what_things_should_i_never_tell_my_psychologist/">https://www.reddit.com/r/asktransgender/comments/4ihwar/what_things_should_i_never_tell_my_psychologist/</a></p> <p>d. <a href="https://www.reddit.com/r/asktransgender/comments/3gpb94/at_the_final_stage_of_questioning_need_some/#bottom-comments">https://www.reddit.com/r/asktransgender/comments/3gpb94/at_the_final_stage_of_questioning_need_some/#bottom-comments</a></p> <p>e. <a href="https://transgenderteensurvivalguide.tumblr.com/post/62036014416/that-was-dysphoria-8-signs-and-symptoms-of">https://transgenderteensurvivalguide.tumblr.com/post/62036014416/that-was-dysphoria-8-signs-and-symptoms-of</a></p>

**Fig 1. Exemples de citations de conseils en ligne provenant de Reddit et Tumblr.**

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.g001>

### Participants

Au cours de la période de recrutement, 256 parents ont rempli des questionnaires en ligne qui répondaient aux critères d’étude. L’échantillon de parents comprenait plus de femmes (91,7%) que d’hommes (8,3%) et les participants étaient principalement âgés de 45 à 60 ans (66,1%) (tableau 1). La plupart des répondants étaient blancs (91,4 %), non hispaniques (99,2 %) et vivaient aux États-Unis (71,7 %). La plupart des répondants étaient titulaires d’une licence (37,8 %) ou d’un diplôme d’études supérieures (33,1 %). Les adolescents et jeunes adultes (AJA) décrits par leurs parents étaient majoritairement de sexe féminin à la naissance (82,8 %) et avaient un âge moyen actuel de 16,4 ans (fourchette : 11-27 ans). Voir le tableau 2.

### Procédure

Le chercheur a créé un instrument d’enquête de 90 questions à choix multiples, de type Likert, et des questions ouvertes. L’enquête a été conçue pour que les parents (répondants) y répondent au sujet de leurs enfants adolescents et jeunes adultes. L’enquête a été téléchargée sur Survey Mon-key (SurveyMonkey, Palo Alto, CA, USA) via un compte compatible HIPPA. L’étude a été approuvée par l’IRB de l’Icahn School of Medicine at Mount Sinai à New York, NY. Des informations de recrutement contenant un lien vers l’enquête ont été placées sur trois sites Web où l’on avait observé que des parents et des professionnels décrivaient ce qui semblait être une apparition soudaine ou rapide de la dysphorie de genre (4thwavenow, transgender trend et youthtranscriticalpro- fessionals), bien que la terminologie spécifique "dysphorie de genre à apparition rapide" ne soit pas apparue sur ces sites Web avant que les informations de recrutement utilisant ce terme ne soient d’abord publiées sur les sites. Les modérateurs des sites Web et les participants potentiels ont été encouragés à partager les informations de recrutement et le lien vers l’enquête avec toute personne ou communauté qui, selon eux, pourrait inclure des participants éligibles, afin d’étendre la portée du projet par des techniques d’échantillonnage en boule de neige. L’enquête a été active du 29 juin 2016 au



Tableau 1. Caractéristiques démographiques et autres caractéristiques de base des parents répondants.

Caractéristiques des parents-répondants		n	%
Sexe		254	
	Femme	233	91.7
	Homme	21	8.3
Age (y)		254	
	18-29	3	1.2
	30-44	74	29.1
	45-60	168	66.1
	> 60	9	3.5
Race/ethnicité <sup>†</sup>		255	
	Blanc	233	91.4
	Autre <sup>††</sup>	22	8.6
Pays de résidence		254	
	US	182	71.7
	ROYAUME-UNI	39	15.4
	Canada	17	6.7
	Autre	16	6.3
Éducation		254	
	Baccalauréat	96	37.8
	Diplôme d'études supérieures	84	33.1
	Diplôme universitaire ou diplôme d'études supérieures	63	24.8
	Diplôme d'études secondaires ou GED	10	3.9
	< École secondaire	1	0.4
L'attitude des parents sur l'autorisation des couples de gays et de lesbiennes à se marier légalement		256	
	Favoriser	220	85.9
	S'opposer à	19	7.4
	Je ne sais pas.	17	6.6
La conviction des parents que les personnes transgenres méritent les mêmes droits et protections que les autres.		255	
	Oui	225	88.2
	Non	8	3.1
	Je ne sais pas.	20	7.8
	Autre	2	0.8

<sup>†</sup> Vous pouvez sélectionner plus d'une réponse.

<sup>†††</sup> L'ordre décroissant comprend : Autre, Multiracial, Asiatique, Hispanique.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.t001>

et a pris de 30 à 60 minutes à compléter. Les participants ont répondu à l'enquête à l'heure et à l'endroit de leur choix. Les données ont été recueillies de manière anonyme et stockées en toute sécurité avec Survey Monkey.

La participation à cette étude était volontaire et son objectif était clairement décrit dans les informations relatives au recrutement. Le consentement a été obtenu par voie électronique. Les participants avaient la possibilité de retirer leur consentement à tout moment avant de soumettre leurs réponses. Les critères d'inclusion étaient les suivants : (1) remplir une enquête avec une réponse parentale indiquant que l'enfant avait une dysphorie de genre soudaine ou rapide ; et (2) l'indication parentale que la dysphorie de genre de l'enfant avait

---

commencé pendant ou après la puberté. Une logique intégrée à l'enquête disqualifiait les enquêtes qui répondaient " non " (ou sautaient la question) à la question de savoir si l'enfant avait un début soudain ou rapide de dysphorie de genre et 23 enquêtes ont été disqualifiées avant d'être complétées (20 réponses " non " et 3 sauts de question).

**Tableau 2. Caractéristiques démographiques et autres caractéristiques de base des AJA.**

Caractéristiques des AJA		n	%
Sexe de l'AYA à la naissance (sexe natal)		256	
	Femme	212	82.8
	Homme	44	17.2
AYA âge moyen actuel (fourchette d'âges)	16.4 (11-27)	256	
Diagnostiques académiques		253	
	Doué	120	47.4
	Troubles de l'apprentissage	11	4.3
	Les deux sites	27	10.7
	Ni l'un ni l'autre	95	37.5
Une femme du Natal a exprimé son orientation sexuelle avant l'annonce <sup>‡</sup>		212	
	Asexuel	18	8.5
	Bisexuel ou Pansexuel	78	36.8
	Gay ou lesbienne	58	27.4
	Hétéro (hétérosexuel)	75	35.4
	N'a pas exprimé	57	26.9
L'homme du Natal a exprimé son orientation sexuelle avant l'annonce <sup>‡</sup>		44	
	Asexuel	4	9.1
	Bisexuel ou Pansexuel	5	11.4
	Gay	5	11.4
	Hétéro (hétérosexuel)	25	56.8
	N'a pas exprimé	11	25.0
La dysphorie de genre a commencé		256	
	Pendant la puberté	125	48.8
	Après la puberté	131	51.2
En plus d'une apparition rapide de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, l'AYA a également :		256	
	Appartenance à un groupe d'amis dont un ou plusieurs amis se sont identifiés comme transgenres au cours de l'année, une période de temps similaire	55	21.5
	Augmentation de l'utilisation des médias sociaux/de l'Internet	51	19.9
	Les deux ci-dessus	116	45.3
	Ni l'un ni l'autre	13	5.1
	Je ne sais pas.	21	8.2

<sup>‡</sup> peuvent choisir plus d'une réponse.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.t002>

réponses). Après avoir nettoyé les données des 274 enquêtes complétées, 8 enquêtes ont été exclues parce que la dysphorie de genre n'était pas apparue soudainement ou rapidement et 10 enquêtes ont été exclues parce que la dysphorie de genre n'avait pas commencé pendant ou après la puberté, ce qui laissait 256 enquêtes complétées à inclure. Comme l'enquête était volontaire, il n'y a pas eu de taux de refus ou d'abandon.

### Sites de recrutement

Quatre sites étaient connus pour afficher des informations de recrutement sur l'étude de recherche. Les trois premiers ont été affichés grâce à une communication directe avec les modérateurs des sites. Le quatrième site a affiché des informations sur le recrutement grâce à

---

la technique d'échantillonnage en boule de neige. Les descriptions suivantes fournissent des détails sur ces sites.



### 4thwavenow

4thwavenow a été créé en 2015. Le site, comme on peut le voir sur les captures d'écran archivées numériquement de 2015 et 2016, déclarait être un " lieu sûr pour les parents sceptiques quant au genre et leurs alliés ", offrait un soutien aux parents et exprimait son inquiétude face à la précipitation à diagnostiquer les jeunes comme transgenres et à la précipitation à procéder à un traitement médical pour eux [2, 48]. En juin 2016, le site s'est élargi pour inclure les écrits de plusieurs parents, " des personnes anciennement trans-identifiées, et des personnes ayant une expertise professionnelle et une expérience avec des jeunes qui s'interrogent sur leur identité de genre " [9]. La perspective de ce site pourrait être décrite comme prudente à l'égard de la transition médicale et chirurgicale dans son ensemble - plus précisément avec une vision prudente ou négative des interventions médicales et chirurgicales pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes et une vision acceptant que les adultes matures puissent prendre leurs propres décisions sur la transition [2, 9].

### Transgendertrend

Transgendertrend a été fondé en novembre 2015. Les captures d'écran archivées numériquement de la section " Qui sommes-nous ? " de novembre 2015 et de juillet 2016 comprennent la description suivante : " Nous sommes un groupe international de parents basés principalement au Royaume-Uni, aux États-Unis et au Canada, qui sont concernés par la tendance actuelle à diagnostiquer les enfants " non-conformes au genre " comme étant transgenres. Nous rejetons les vues conservatrices, réactionnaires et religieuses fondamentalistes actuelles sur la sexualité.

Nous venons d'horizons divers, certains ayant une expertise dans le domaine du développement et de la psychologie de l'enfant, d'autres ayant été eux-mêmes des enfants et des adolescents non conformes au genre, d'autres encore dont les propres enfants se sont autodiagnostiqués 'trans' et d'autres qui connaissent des adultes trans solidaires qui remettent également en question les récentes théories du 'transgénérisme' ". [49]. En juillet 2016, un texte supplémentaire a été ajouté, exprimant des inquiétudes concernant la législation relative aux salles de bains et vestiaires publics [50].

### Jeunes professionnels transcritiques

Youth Trans Critical Professionals a été créé en mars 2016. La capture d'écran archivée numériquement de la section " À propos " d'avril 2016 indiquait ce qui suit : " Ce site web est une communauté de professionnels " pensant de manière critique au mouvement transgenre des jeunes. Nous sommes des psychologues, des travailleurs sociaux, des médecins, des éthiciens médicaux et des universitaires. Nous avons tendance à être de gauche, ouverts d'esprit et favorables aux droits des homosexuels. Cependant, nous sommes préoccupés par la tendance actuelle à qui consiste à diagnostiquer et à affirmer rapidement que les jeunes sont transgenres, les mettant souvent sur la voie d'une transition médicale. Notre préoccupation concerne la transition médicale pour les enfants et les jeunes. Nous estimons que les interventions chirurgicales inutiles et/ou les traitements hormonaux dont la sécurité à long terme n'a pas été prouvée représentent des risques importants pour les jeunes " [51].

### Parents d'enfants transgenres

Parents of Transgender Children est un groupe privé sur Facebook qui compte plus de 8 000 membres [52]. La section " À propos " actuelle indique que les demandes d'adhésion au groupe "seront refusées si vous n'êtes pas le parent (ou le soignant immédiat ou un membre de la famille) d'un enfant transgenre, gender-fluid, gender-questioning, agender, ou autre gender-nonconforming (de tout âge) ; ou si vous n'êtes pas coopératif pendant le dépistage" et

que le "groupe est composé de parents et de figures parentales, ainsi que d'un groupe choisi de défenseurs INVITÉS par le personnel administratif pour nous assister et nous aider à comprendre les préoccupations juridiques et autres" [52]. Bien que les discussions et les commentaires des parents ne soient pas accessibles aux non-membres [52], ce groupe est perçu comme étant favorable à l'affirmation des générations. Le groupe Facebook Parents of Transgender Children est considéré comme un site permettant de trouver des parents qui soutiennent l'identité de genre de leur enfant [53].

dans un guide parental affirmant le genre [54] et par des organisations affirmant le genre [55-56].

## Mesures

### Caractéristiques démographiques et de base

Des questions de base sur la démographie et les caractéristiques de base, y compris les attitudes des parents à l'égard des droits des LGBT, ont été incluses. Les parents ont été interrogés sur les troubles de santé mentale et les déficiences neurodéveloppementales de leurs enfants qui ont été diagnostiqués avant l'apparition de la dysphorie de genre chez leur enfant, ainsi que pendant et après. La question "Votre enfant a-t-il été officiellement identifié comme étant doué pour les études, comme ayant des difficultés d'apprentissage, les deux, ni l'un ni l'autre ?" a été utilisée comme approximation pour estimer les taux de douance pour les études et de difficultés d'apprentissage. Des questions sur les traumatismes et les automutilations non suicidaires ont également été incluses, ainsi que des questions sur les difficultés sociales décrites dans une étude précédente sur les adolescents dysphoriques [13].

### Critères diagnostiques du DSM-5 pour la dysphorie de genre chez les enfants

Les critères du DSM 5 pour la dysphorie de genre chez les enfants consistent en huit indicateurs de dysphorie de genre [57]. Pour répondre aux critères de diagnostic, un enfant doit manifester au moins six des huit indicateurs, y compris l'indicateur A1, "Un fort désir d'être de l'autre sexe ou une insistance à être de l'autre sexe (ou un autre sexe différent de celui qui lui a été attribué)". Trois des indicateurs (A1, A7 et A8) font référence aux désirs ou aux aversions de l'enfant. Cinq des indicateurs (A2-A6) sont des comportements et des préférences facilement observables, tels qu'une forte préférence ou une forte résistance à porter certains types de vêtements ; une forte préférence ou un fort rejet de certains jouets, jeux et activités ; et une forte préférence pour les camarades de jeu de l'autre sexe [57]. Les huit indicateurs ont été simplifiés pour le langage et les parents ont été invités à noter lesquels, le cas échéant, leur enfant avait présentés avant la puberté. L'exigence d'une durée de six mois pour les symptômes n'a pas été retenue.

### Critères diagnostiques du DSM-5 pour la dysphorie de genre chez les adolescents et les adultes

Les critères du DSM-5 pour la dysphorie de genre chez les adolescents et les adultes se composent de six indicateurs de la dysphorie de genre [57]. Pour satisfaire aux critères de diagnostic, un adolescent ou un adulte doit manifester au moins au moins deux des six indicateurs. Les six indicateurs ont été simplifiés pour des raisons linguistiques, le premier indicateur a été ajusté pour qu'un parent puisse répondre au sujet de son enfant, et il a été demandé aux parents de noter quels symptômes, le cas échéant, leur enfant exprimait actuellement. L'exigence d'une durée de six mois pour les symptômes n'a pas été incluse.

### Exposition aux groupes d'amis et au contenu des médias sociaux/de l'Internet

Des questions d'enquête ont été élaborées pour décrire les groupes d'amis des AJA, notamment le nombre d'amis qui se sont identifiés comme transgenres au cours d'une période similaire à celle de l'AJA, la dynamique et les comportements du groupe de pairs, et l'exposition à des types spécifiques de contenus et de messages des médias sociaux/internet qui ont été observés sur des sites populaires auprès des adolescents, tels que Reddit et Tumblr.

## Comportements, résultats, interactions cliniques

Les questions de l'enquête ont été élaborées pour quantifier spécifiquement les comportements des adolescents qui avaient été décrits par les parents dans des discussions en ligne et observés ailleurs. On a demandé aux participants de décrire des résultats tels que le bien-être mental de leur enfant et la relation parent-enfant depuis qu'ils se sont identifiés comme transgenres. Les parents ont également été interrogés sur leurs expériences avec les cliniciens et sur la disposition de leurs enfants concernant les mesures prises pour la transition et la durée de la transition.

l'identification transgenre à la fois pour les enfants qui étaient encore identifiés comme tels et pour les enfants qui ne l'étaient plus.

### Faire face à des émotions fortes ou négatives

Deux questions sur la capacité des AJA à faire face aux émotions négatives et fortes ont été incluses. La première question était la suivante : " Comment votre enfant gère-t-il les émotions fortes ? (veuillez choisir la meilleure réponse)". Les réponses proposées étaient les suivantes : " Mon enfant est submergé par les émotions fortes et fait tout son possible pour éviter de les ressentir ", " Mon enfant est submergé par les émotions fortes et essaie d'éviter de les ressentir ", " Mon enfant n'évite ni ne recherche les émotions fortes ", " Mon enfant essaie de rechercher des situations afin de ressentir des émotions fortes ", " Mon enfant fait tout son possible pour rechercher des situations afin de ressentir des émotions fortes ", " Aucune de ces réponses ", " Je ne sais pas ". L'autre question était la suivante : "Comment évaluez-vous la capacité de votre enfant à gérer ses émotions négatives et à les canaliser vers quelque chose de productif?" Un exemple a été donné concernant la capacité à faire face à une mauvaise note à un test en étudiant davantage pour le prochain test (excellent) ou en l'ignorant, en piquant une colère, en blâmant l'enseignant ou en se distrayant avec des jeux informatiques, de l'alcool, des drogues, etc. (extrêmement mauvais). Les réponses proposées étaient : excellent, bon, moyen, mauvais, extrêmement mauvais et je ne sais pas.

### Analyse des données

Les analyses statistiques des données quantitatives ont été réalisées à l'aide d'Excel et de scripts shell personnalisés (Unix). Les résultats quantitatifs sont présentés sous forme de fréquences, de pourcentages, de fourchettes, de moyennes et/ou de médianes. Des comparaisons ANOVA, chi-carré et t-tests ont été utilisées le cas échéant à l'aide de calculatrices accessibles au public et  $p < 0,05$  a été considéré comme significatif. Les données qualitatives ont été obtenues à partir des réponses en texte libre aux questions qui permettaient aux participants de fournir des informations ou des commentaires supplémentaires. Les types de commentaires et de descriptions ont été catégorisés, comptabilisés et rapportés sous forme numérique. Une approche de théorie ancrée a été choisie comme stratégie analytique de choix pour traiter les réponses qualitatives, car elle a permis au chercheur d'assembler les données en fonction des points saillants que les répondants ont soulevés sans forcer les données dans un cadre théorique préconçu choisi par le chercheur lui-même [58]. Des citations illustratives des répondants et des résumés des données qualitatives sont utilisés pour illustrer les résultats quantitatifs et fournir des exemples pertinents. Deux questions ont été ciblées pour une analyse qualitative complète des thèmes (une question sur les comportements des groupes d'amis et une autre sur les interactions avec les cliniciens). Pour ces questions, un deuxième examinateur spécialisé dans les méthodes qualitatives a été engagé (MM). L'auteur (LL) et l'examineur (MM) ont analysé indépendamment le contenu des réponses ouvertes et ont identifié les principaux thèmes. Les divergences ont été résolues par une discussion collaborative et les thèmes ont été explorés et affinés jusqu'à ce qu'un accord soit atteint pour les listes finales de thèmes. Des citations représentatives de chaque thème ont été sélectionnées par LL, revues par MM, et un accord a été trouvé.

### Résultats

#### Caractéristiques de base

Selon les caractéristiques de base ([tableau 1](#)), la grande majorité des parents étaient favorables au droit des couples homosexuels et ~~à~~ à se marier légalement (85,9 %) et estimaient que les personnes transgenres méritaient les mêmes droits et protections que les autres individus

dans leur pays (88,2 %). En plus de l'apparition soudaine ou rapide de la dysphorie de genre, les AJA appartenaient à un groupe d'amis dont un ou plusieurs amis sont devenus dysphoriques de genre et se sont révélés transgenres à la même période qu'eux (21,5 %), ont montré une augmentation de leur utilisation des médias sociaux/de l'Internet (19,9 %), et ont tous les deux fait preuve d'une plus grande confiance en eux.

(45,3 %), ni l'un ni l'autre (5,1 %), et ne sait pas (8,2 %) (tableau 2). Pour les comparaisons, les trois premières catégories seront combinées et appelées " influence sociale " (86,7 %) et les deux dernières combinées comme " aucune influence sociale " (13,3 %). Près de la moitié (47,4 %) des AJA avaient été officiellement diagnostiqués comme étant surdoués, 4,3 % avaient des troubles d'apprentissage, 10,7 % étaient à la fois surdoués et avaient des troubles d'apprentissage, et 37,5 % n'étaient ni l'un ni l'autre. L'orientation sexuelle telle qu'exprimée par l'AJA avant l'identification transgenre est indiquée séparément pour les femmes et les hommes nés dans le pays (tableau 2). Dans l'ensemble, 41 % des AJA ont exprimé une orientation sexuelle non hétérosexuelle avant de révéler une identification transgenre.

Il est important de noter qu'aucun des AJA décrits dans cette étude n'aurait satisfait aux critères diagnostiques de la dysphorie de genre dans l'enfance (tableau 3). En fait, la grande majorité (80,4 %) n'avait aucun indicateur des critères diagnostiques du DSM-5 pour la dysphorie de genre dans l'enfance, 12,2 % en possédaient un, 3,5 % deux et 2,4 % trois. Si l'on décompose ces résultats, pour les indicateurs facilement observables (A2-6), 83,5 % des AJA n'avaient aucun indicateur, 10,2 % avaient un indicateur, 3,9 % avaient deux indicateurs et 1,2 % avaient trois indicateurs. Pour les indicateurs de désir/désir (A1, A7, A8), dont un parent aurait connaissance si l'enfant les exprimait verbalement, mais pourrait ne pas le savoir si l'enfant ne le faisait pas, 95,7 % n'avaient aucun indicateur et 3,5 % en avaient un. Les parents ont répondu à la question de savoir quels étaient, le cas échéant, les indicateurs des critères du DSM pour la dysphorie de genre de l'adolescent et de l'adulte que leur enfant présentait.

**Tableau 3. Indicateurs du DSM 5 pour la dysphorie de genre.**

Caractéristiques		n	%
les AJA qui auraient répondu aux critères de diagnostic de la dysphorie de genre dans l'enfance.		0	0
Nombre d'indicateurs DSM 5 pour dysphorie de genre chez les enfants qui se manifeste avant la puberté		255	
	Indicateurs zéro	205	80.4
	Un indicateur	31	12.2
	Deux indicateurs	9	3.5
	Trois indicateurs	6	2.4
	Quatre indicateurs	3	1.2
Indicateurs de désir/désir (A1, A7, ou A8)		255	
	Indicateurs zéro	244	95.7
	Un indicateur	9	3.5
	Deux indicateurs	0	0
	Trois indicateurs	1	0.4
Indicateurs facilement observables (A2-A6)		254	
	Indicateurs zéro	212	83.5
	Un indicateur	26	10.2
	Deux indicateurs	10	3.9
	Trois indicateurs	3	1.2
	Quatre indicateurs	3	1.2
Nombre moyen d'indicateurs du DSM 5 pour la dysphorie de genre de l'adolescent et de l'adulte que l'AJA éprouve actuellement (fourchette)			
	3,5 (fourchette 0-6)	247	
Les AJA qui présentent actuellement deux indicateurs ou plus de dysphorie de genre pour les adolescents et les adultes.		250	
	Oui	208	83.2
	Non	40	16.0
	Je ne sais pas.	2	0.8





actuellement. Le nombre moyen d'indicateurs positifs actuels était de 3,5 (fourchette de 0 à 6) et 83,2 % de l'échantillon des AJA présentaient actuellement deux indicateurs ou plus. Ainsi, bien que les AJA visés n'aient pas connu la dysphorie de genre pendant l'enfance, la majorité de ceux qui ont fait l'objet de cette étude étaient effectivement dysphoriques de genre au moment où ils ont rempli le questionnaire.

Les AJA qui ont fait l'objet de la présente étude présentaient de nombreuses comorbidités et vulnérabilités avant l'apparition de leur dysphorie de genre, notamment des troubles psychiatriques, des déficiences neurodéveloppementales, des traumatismes, des automutilations non suicidaires (INS) et des difficultés à faire face à des émotions fortes ou négatives (tableau 4). La majorité (62,5 %) des AJA avaient reçu un ou plusieurs diagnostics de troubles psychiatriques ou de déficiences neurodéveloppementales avant l'apparition de la dysphorie de genre (fourchette du nombre de diagnostics préexistants : 0-7). Beaucoup (48,4 %) avaient vécu un événement traumatique ou stressant avant l'apparition de leur dysphorie de genre. Les descriptions en texte libre des traumatismes ont été classées dans les catégories suivantes : "familial" (y compris le divorce des parents, le décès d'un parent, les troubles mentaux d'un frère ou d'un parent), "lié au sexe ou au genre" (comme le viol, la tentative de viol, le harcèlement sexuel, les relations amoureuses abusives, la rupture), "social" (comme l'intimidation, l'isolement social), "déménagement" (déménagement de la famille ou changement d'école) ; "psychiatrique" (comme l'hospitalisation en psychiatrie) et médical (comme une maladie grave ou une hospitalisation médicale). Près de la moitié (45,0 %) des AJA du site pratiquaient l'automutilation non suicidaire (INS) avant l'apparition de la dysphorie de genre. Les styles d'adaptation de ces AJA comprenaient une capacité faible ou extrêmement faible à gérer les émotions négatives de manière productive (58,0 %) et le fait d'être submergé par des émotions fortes et d'essayer d'éviter (ou de faire de grands efforts pour éviter) de les vivre (61,4 %) (tableau 4). La majorité des répondants (69,4 %) ont répondu que leur enfant souffrait d'anxiété sociale pendant l'adolescence ; 44,3 % que leur enfant avait de la difficulté à interagir avec ses pairs et 43,1 % que leur enfant avait des antécédents d'isolement (ne pas fréquenter ses pairs en dehors des activités scolaires).

### Annouer une identification transgenre

Au moment où les AJA ont annoncé qu'ils s'identifiaient comme transgenres (" coming out "), la plupart vivaient à la maison avec un ou deux parents (88,3 %) et un petit nombre vivaient au collège (6,2 %). L'âge moyen de l'annonce d'une identification transgenre était de 15,2 ans (fourchette de 10 à 21 ans) (tableau 5). La plupart des parents (80,9 %) ont répondu par l'affirmative à la question de savoir si l'annonce de l'identité transgenre de leur enfant avait été faite "à l'improviste, sans preuve préalable de dysphorie de genre". On a demandé aux répondants d'indiquer un moment où leur enfant ne semblait pas du tout dysphorique et d'estimer le temps écoulé entre ce moment et l'annonce de l'identité transgenre de leur enfant. Près d'un tiers des répondants (32,4%) ont indiqué que leur enfant ne semblait pas dysphorique au moment de l'annonce et 26,0% ont déclaré que le délai entre le moment où il ne semblait pas dysphorique et l'annonce de son identité transgenre était compris entre moins d'une semaine et trois mois. Les exemples les plus frappants de "ne pas sembler du tout dysphorique de genre" avant de faire l'annonce comprennent une fille qui aimait les étés et semblait aimer son apparence en bikini, une autre fille qui portait volontiers des bikinis et du maquillage, et une autre fille qui avait déjà dit "J'aime mon corps !".

La majorité des répondants (69,2 %) pensent que leur enfant utilisait un langage trouvé en ligne lorsqu'il a fait son " coming out ". Au total, 130 participants ont fourni des réponses ouvertes facultatives à cette question, et les réponses se répartissent dans les catégories suivantes : pourquoi ils pensaient que l'enfant utilisait un langage trouvé en ligne (51) ; description de ce que l'enfant a dit mais sans fournir de raison pour laquelle ils

souçonnaient que l'enfant utilisait un langage trouvé en ligne (61) ; autre chose concernant la conversation (8) ou l'enfant (7) et ne sait pas (3). Parmi les 51 réponses décrivant les raisons pour lesquelles les répondants pensaient que leur enfant reproduisait le langage

Tableau 4. Comorbidités et vulnérabilités de base des AJA avant l'apparition de la dysphorie de genre.

Caractéristiques	n	%
Trouble mental ou handicap neurodéveloppemental diagnostiqué avant l'apparition de la dysphorie de genre. <sup>†</sup>	251	
Anxiété	117	46.6
Dépression	99	39.4
Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	29	11.6
Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	21	8.4
Trouble du spectre autistique (TSA)	20	8.0
Trouble de l'alimentation	12	4.8
Trouble bipolaire	8	3.2
Psychose	6	2.4
Aucun des éléments ci-dessus	94	37.5
(Autre) Limite	3	1.2
(Autre) Trouble oppositionnel avec provocation	2	0.8
Expérience traumatisante ou stressante avant l'apparition de la dysphorie de genre.	252	
Oui	122	48.4
Non	91	36.1
Je ne sais pas.	38	15.1
Autre	1	0.4
Types de traumatismes <sup>†</sup>	113	
Famille	50	44.2
Lié au sexe/genre	34	30.1
Social	23	20.4
Déménagement	20	17.7
Psychiatrique	9	8.0
Médical	7	6.2
Automutilation non suicidaire (INS) avant le début de la dysphorie de genre.	180	
	81	45.0
Capacité à gérer les émotions négatives de manière productive	255	
Excellent/Bon	34	13.3
Foire	70	27.5
Pauvre/extrêmement pauvre	148	58.0
Je ne sais pas.	3	1.2
Style d'adaptation pour faire face aux émotions fortes	254	
Submergé par des émotions fortes, il essaie d'éviter de les ressentir ou fait tout pour ne pas les ressentir.	156	61.4
N'évite ni ne recherche les émotions fortes	29	11.4
Essaie/se donne beaucoup de mal pour chercher des émotions fortes	33	13.0
Je ne sais pas.	25	9.8
Aucune de ces réponses	11	4.3
Vulnérabilités sociales	255	
Pendant l'adolescence, l'enfant souffrait d'anxiété sociale	177	69.4
L'enfant avait des difficultés à interagir avec ses camarades	113	44.3
Antécédents d'isolement (absence d'interaction avec les pairs en dehors des activités scolaires)	110	43.1
L'enfant s'est senti exclu par ses pairs pendant la majeure partie de l'école primaire.	93	36.5
L'enfant avait des expériences persistantes d'intimidation avant l'apparition de la dysphorie de genre.	74	29.0

<sup>†</sup>peut sélectionner plus d'une réponse.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.t004>

**Tableau 5. Annoncer une identification transgenre.**

Caractéristiques		n	%
Âge de l'AYA lorsque celui-ci a annoncé son identification transgenre (fourchette)	15,2 de moyenne (10-21)	255	
Conditions de vie à l'annonce		256	
	Vivre à la maison avec un ou deux parents	226	88.3
	Vivre au collège ou à l'université	16	6.2
	Autre	14	5.5
L'annonce de l'AYA est venue "de nulle part, sans preuve préalable significative de dysphorie de genre".		256	
	Oui	207	80.9
	Non	33	12.9
	Autre	16	6.2
Si un moment a été identifié où l'enfant semblait pas du tout dysphorique de genre, combien de temps entre ce moment et l'annonce par l'enfant d'une identité transgenre ?		250	
	Ne semblaient pas du tout dysphoriques lorsqu'ils ont annoncé leur identité transgenre.	81	32.4
	Moins d'une semaine à 3 mois	65	26.0
	4-6 mois	31	12.4
	7-9 mois	10	4.0
	10 à 12 mois	29	11.6
	Plus de 12 mois	20	8.0
	Je ne sais pas.	14	5.6
Le parent soupçonne que lorsque l'enfant a annoncé pour la première fois son identité transgenre, il a utilisé un langage qu'ils ont trouvé en ligne		253	
	Oui	175	69.2
	Non	53	20.9
	N/A	25	9.9
Le parent pense que son enfant a raison de croire qu'il est transgenre.		255	
	Oui	6	2.4
	Non	195	76.5
	Je ne sais pas.	38	14.9
	Autre	16	6.3
Combien de temps après l'annonce l'AYA a-t-elle demandé une transition ?		255	
	Dans le même temps	86	33.7
	Entre moins d'une semaine et un mois	33	12.9
	2-5 mois après l'annonce	26	10.2
	6 mois ou plus après l'annonce	19	7.5
	Autre	16	6.3
	N/A	75	29.4
Intention et demande de transition <sup>†</sup>		189	
	L'AYA a dit au parent qu'elle voulait des hormones de sexe opposé.	127	67.2
	L'AYA a dit au parent qu'il voulait aller voir un thérapeute ou une clinique spécialisée dans les questions de genre.	111	58.7
	L'AYA a dit au parent qu'il voulait une chirurgie	101	53.4
	L'AYA a évoqué la question des suicides chez les adolescents transgenres comme une raison pour laquelle leurs parents devraient accepter le traitement.	59	31.2

(Suite)

Tableau 5. (Suite)

Caractéristiques		n	%
Les AJA espèrent fortement que la transition résoudra leurs problèmes sociaux et scolaires, les domaines de la santé professionnelle ou de la santé mentale	Oui	143	55.9
	Non	13	5.1
	Je ne sais pas.	100	39.1
L'AJA était prête à travailler sur sa santé mentale de base avant de chercher des traitements sexospécifiques.		253	
	Oui	111	43.9
	Non	71	28.1
	Je ne sais pas.	30	11.9
	N/A	41	16.2

<sup>1 peut</sup> sélectionner plus d'une réponse.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.t005>

qu'ils ont trouvé en ligne, les deux principales raisons étaient que cela ne ressemblait pas à la voix de leur enfant (19 répondants) et que le parent avait ensuite regardé en ligne et reconnu les mêmes mots et phrases que leur enfant avait utilisés lorsqu'il avait annoncé son identité transgenre (14 répondants). L'observation selon laquelle cela ne ressemblait pas à la voix de l'enfant a également été exprimée comme "semblant écrit", comme si l'enfant "lisait un script", "en bois", "comme une lettre type", et que cela ne ressemblait pas aux mots de l'enfant. Les parents ont décrit avoir trouvé les mots que leur enfant leur a dit "verbatim", "mot à mot", "pratiquement copier-coller" et "identiques" dans des sources en ligne et autres. Les citations suivantes résument ces deux observations principales. Un parent a déclaré : "Cela semblait différent de la façon dont elle parlait habituellement - je me souviens avoir pensé que c'était comme entendre quelqu'un qui avait mémorisé beaucoup de définitions pour un test de vocabulaire." Un autre répondant a déclaré : "Le courriel [que mon enfant m'a envoyé] ressemblait presque mot pour mot à tous les récits publiés en ligne."

Les résumés de cas suivants ont été sélectionnés pour illustrer des contextes de pairs, de traumatisme et de psychiatrie qui pourraient indiquer des tableaux cliniques plus complexes.

- Une fillette de 12 ans a été victime d'intimidation en raison de sa puberté précoce. Le parent qui a répondu a écrit : "En conséquence, elle a dit qu'elle se sentait grosse et qu'elle détestait ses seins." Elle a appris en ligne que le fait de détester ses seins est un signe de transgenre. Elle a modifié son journal intime (en barrant le texte existant et en écrivant un nouveau texte) pour faire croire qu'elle a toujours eu le sentiment d'être transgenre.
- Une jeune fille de 14 ans et trois de ses amies suivent des cours collectifs avec un entraîneur très populaire. L'entraîneur a fait son coming out en tant que transgenre et, en l'espace d'un an, les quatre élèves ont annoncé qu'elles étaient également transgenres.
- Une femme natale a été traumatisée par un viol lorsqu'elle avait 16 ans. Avant le viol, elle était décrite comme une fille heureuse ; après le viol, elle est devenue renfermée et craintive. Plusieurs mois après le viol, elle a annoncé qu'elle était transgenre et a dit à ses parents qu'elle avait besoin d'une transition.
- Un homme de 21 ans, qui avait réussi sur le plan scolaire dans une université prestigieuse, a semblé déprimé pendant environ six mois. Depuis qu'il a conclu qu'il était transgenre, il a connu un déclin marqué de son fonctionnement social et est devenu de plus en plus colérique et

hostile à sa famille. Il refuse de déménager ou de chercher un emploi. Toute sa famille, y compris plusieurs membres très favorables à la communauté transgenre, estime qu'il "souffre d'un trouble mental qui n'a rien à voir avec le genre."

- Une jeune fille de 14 ans et trois de ses amies font partie d'un groupe d'amis qui passe beaucoup de temps à parler de genre et de sexualité. Les trois amies natales ont toutes annoncé qu'elles étaient des garçons trans et ont choisi des noms masculins similaires. Après avoir passé du temps avec ces trois amies, la jeune fille de 14 ans a annoncé qu'elle était également un garçon trans.

La majorité (76,5 %) des parents interrogés ont estimé que leur enfant avait tort de croire qu'il était transgenre (tableau 5). Plus d'un tiers (33,7 %) des AJA ont demandé une transition médicale et/ou chirurgicale en même temps qu'ils ont annoncé qu'ils s'identifiaient comme transgenres. Les deux tiers (67,2 %) des AJA ont dit à leurs parents qu'ils voulaient prendre des hormones transsexuelles, 58,7 % qu'ils voulaient consulter un thérapeute ou une clinique spécialisée dans les questions de genre et 53,4 % qu'ils voulaient subir une chirurgie de transition. Près d'un tiers (31,2 %) des AJA ont mentionné la question des suicides chez les adolescents transgenres comme raison pour laquelle leur parent devrait accepter le traitement. Plus de la moitié des AJA (55,9 %) avaient de très grandes attentes quant au fait que la transition résoudrait leurs problèmes dans les domaines social, académique, professionnel ou de la santé mentale. Alors que 43,9 % des AJA étaient prêts à travailler sur leur santé mentale de base avant de chercher des traitements pour l'identité sexuelle, une minorité non négligeable (28,1 %) n'était pas prête à travailler sur leur santé mentale de base avant de chercher un traitement pour l'identité sexuelle. Au moins deux parents ont indiqué que leur enfant avait cessé de recevoir des soins psychiatriques et des médicaments pour des problèmes de santé mentale préexistants après s'être identifié comme transgenre. Un parent, en réponse à la question de savoir si son enfant avait des attentes très élevées que la transition résoudrait ses problèmes, a élaboré : " Tout à fait. [Elle a rapidement cessé de prendre des antidépresseurs, a cessé de voir un psychiatre, a commencé à voir un thérapeute spécialiste du genre, a cessé de manger sainement. [Elle a déclaré que "rien de tout cela" (faire attention à ce qu'elle mangeait et prendre ses médicaments) "n'avait plus d'importance". C'était sa guérison, à son avis."

### Exposition à un groupe d'amis

Les adolescents et les jeunes adultes avaient, en moyenne, 14,4 ans lorsque leur premier ami s'est identifié comme transgenre (tableau 6). Au sein des groupes d'amis, le nombre moyen de personnes qui se sont identifiées comme transgenres était de 3,5 par groupe. Dans 36,8 % des groupes d'amis décrits, la majorité des personnes du groupe se sont identifiées comme transgenres. L'ordre dans lequel l'AYA concerné a fait son coming-out par rapport au reste de son groupe d'amis a été calculé à partir des 119 participants qui ont indiqué le nombre d'amis qui ont fait leur coming-out avant et après leur enfant, et 74,8 % des AYA étaient les premiers, deuxièmes ou troisièmes de leur groupe. Les parents ont décrit une dynamique de groupe intense où les groupes d'amis louaient et soutenaient les personnes identifiées comme transgenres et ridiculisaient et calomniaient les personnes non transgenres. Lorsque le statut et les activités de popularité étaient connus, 60,7 % des AJA ont connu une popularité accrue au sein de leur groupe d'amis lorsqu'ils ont annoncé leur identification transgenre et 60,0 % des groupes d'amis étaient connus pour se moquer des personnes non transgenres ou LGBTIA (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, intersexes ou asexuels).

Pour la question sur les changements de popularité lorsque l'enfant a révélé son identité transgenre, 79 participants ont fourni des réponses ouvertes facultatives qui ont été catégorisées comme suit : descriptions des réponses reçues par l'enfant (39) ; descriptions

des amis (14) ; description du fait que l'enfant n'a pas fait de " coming out " auprès de ses amis (8) ; pas sûr (9) ; spéculation sur ce que l'enfant a ressenti à partir de la réponse (4), autre (5). Sur les 39 descriptions de réponses, 19 de ces réponses faisaient référence à des avantages positifs que l'enfant a reçus après avoir fait son coming out, y compris une attention positive, des compliments, un statut accru, une popularité accrue, un nombre accru de visites en ligne, etc.

**Tableau 6. Exposition du groupe d'amis.**

Caractéristiques		n	%
L'AJA a fait partie d'un groupe d'amis dont un ou plusieurs membres ont fait leur coming out transgenre à peu près à la même période qu'eux.		254	
	Oui	176	69.3
	Non	47	18.5
	Je ne sais pas.	31	12.2
Âge des AJA lorsque leur premier ami s'est identifié comme transgenre (fourchette)	14,4 de moyenne (11-21)	174	
Nombre d'amis du groupe d'amis qui sont devenus dysphoriques de genre moyenne (fourchette)	3,5 de moyenne (2-10)	138	
Lorsque les numéros sont connus, les groupes d'amis où la MAJORITÉ des amis du groupe d'amis s'est identifié comme transgenre		125	
	Oui	46	36.8
	Non	79	63.2
Ordre de " coming out " des AJA par rapport aux autres membres du groupe d'amis		119	
	Premier du groupe d'amis	4	3.4
	Deuxième du groupe d'amis	52	43.7
	Troisième du groupe d'amis	33	27.7
	Quatrième du groupe d'amis	18	15.1
	Cinquième dans le groupe d'amis	5	4.2
	Sixième ou septième du groupe d'amis	6	5.0
Lorsque le statut de popularité est connu, le changement de popularité au sein du groupe d'amis lorsque l'AJA a annoncé ses identification transgenre		178	
	Une popularité accrue	108	60.7
	Baisse de la popularité	11	6.2
	Popularité inchangée	59	33.1
Lorsque les activités du groupe d'amis sont connues, le groupe d'amis est connu pour se moquer des personnes qui ne sont pas transgenres/LGBT.		145	
	Oui	87	60.0
	Non	58	40.0

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.t006>

et une meilleure protection contre l'intimidation continue. Voici des citations de parents sur les avantages perçus de l'identification transgenre pour leur enfant. L'un d'entre eux a déclaré : "Une grande augmentation de la popularité parmi le corps étudiant dans son ensemble. Être trans est une étoile d'or aux yeux des autres adolescents". Un autre répondant a expliqué : "La popularité n'a pas tant augmenté que le statut. De plus, elle est devenue intouchable en termes d'intimidation à l'école, car les enseignants qui ignoraient l'intimidation homophobe... ont maintenant tout intérêt à être sur les talons de toute intimidation transgenre". Sept répondants ont décrit une réponse mitigée où la popularité de l'enfant a augmenté avec certains amis et diminué avec d'autres. Sept répondants ont décrit une réponse neutre telle que "Tous les amis semblaient extrêmement acceptables". Deux ont décrit une augmentation temporaire de la popularité de leur enfant : "Il y a eu une ruée immédiate de soutien lorsqu'il a fait son coming out. Ces mêmes amis se sont réduits à néant car il leur parle rarement maintenant." Un autre a décrit la perte d'amis. Et deux parents ont décrit le fait que le "coming out" a permis d'éviter la perte d'amis, comme l'explique l'un d'eux : "Si on n'avait pas été trans, on n'aurait pas été inclus dans son groupe".



Plusieurs AJA ont exprimé une grande inquiétude quant aux répercussions potentielles de leur groupe d'amis lorsqu'ils ont conclu qu'ils n'étaient pas transgenres après tout. Il y a eu deux cas non liés avec des trajectoires similaires où les AJA ont passé un certain temps dans un environnement différent, loin de leur groupe d'amis habituel, sans accès à l'Internet. Les parents ont décrit que ces adolescents ont noué de nouvelles amitiés, ont eu une relation amoureuse avec une autre personne et ont conclu pendant leur séjour qu'ils n'étaient pas transgenres. Dans les deux cas, les adolescents, plutôt que d'affronter leurs amis de l'école, ont demandé à déménager et à changer d'école secondaire. Un parent a déclaré que son enfant "... ne pouvait pas faire face à la stigmatisation de retourner à l'école et d'être considéré comme un faux ou un .....imposteur. Oupire, un traître ou une sorte de...

.....traître[et] nous a demandé si nous pouvions déménager". Dans l'autre cas, le parent a relayé que son

L'enfant pensait qu'aucun de ses amis d'origine ne comprendrait et a exprimé un fort désir de ."sortir de la culture selon laquelle "si tu es cis, alors tu es mauvais, oppressif ou ignorant"". Les deux sites

Les deux familles ont pu déménager et les deux répondants ont déclaré que leurs adolescents s'étaient épanouis dans leur nouvel environnement et leur nouvelle école. Un répondant a décrit que leur enfant s'est dit soulagé que la transition médicale n'ait jamais été entamée et a estimé qu'il y aurait eu une pression pour aller de l'avant si la famille ne s'était pas éloignée du groupe de pairs.

## Analyse qualitative

Les réponses ouvertes à la question de savoir si les AJA et leurs amis se moquaient ou non des personnes qui n'étaient pas transgenres ou LGBTIA ont été sélectionnées pour une analyse qualitative supplémentaire. Sept thèmes principaux ont été identifiés à partir des commentaires fournis par les participants et sont décrits, avec des citations représentatives à l'appui.

**Thème : Les groupes ciblés.** Les groupes visés par les moqueries des groupes d'amis sont souvent les personnes hétérosexuelles (hétéro) et les personnes non transgenres (dites "cis" ou "cisgenre"). Parfois, l'animosité est également dirigée vers les hommes, les Blancs, les gays et les lesbiennes (non transgenres), les personnes aromatiques et asexuelles, et les "terfs". Un participant a expliqué : "Ils rabaissent constamment les hétéros blancs parce qu'ils sont privilégiés, bêtes et ennuyeux." Un autre participant a développé : "En général, les personnes cisgenres sont considérées comme mauvaises et sans soutien, quelle que soit leur opinion réelle sur le sujet. Le fait d'être hétérosexuel, à l'aise avec le genre qui vous a été assigné à la naissance et de ne pas appartenir à une minorité vous place dans la catégorie "la plus mauvaise" de ce groupe d'amis. Les déclarations d'opinions de la population cisgenre maléfique sont considérées comme phobiques et discriminatoires et sont généralement écartées comme non éclairées."

**Thème : Individus visés.** En plus de cibler des groupes spécifiques de personnes pour se moquer, les AJA et leurs groupes d'amis se sont également moqués de personnes dans la vie des AJA, comme les parents, les grands-parents, les frères et sœurs, les pairs, les alliés et les enseignants. Les citations suivantes décrivent les personnes visées. Un participant a déclaré : "Ils traitent les enfants qui ne sont pas LGBT d'idiots et de cis. Et les moqueries ont visé le frère ou la sœur de mon enfant identifié comme transgenre." Un autre parent a déclaré : "Ils se sont définitivement moqués des parents et des enseignants qui n'étaient pas d'accord avec eux." Et un troisième participant a déclaré : ."On leur demandé de quitter [un groupe scolaire LGBT club] parce qu'ils n'étaient pas assez queer [en tant qu'alliés hétéros et bisexuels]. [L'un d'entre

eux] a [ensuite] été victime d'intimidation, de harcèlement et de dénonciation en ligne. "

**Thème : Les comportements se sont produits à la fois en personne et dans des contextes en ligne.** Les parents ont observé les comportements à la fois en personne et en ligne, et ont spécifiquement mentionné avoir vu des messages et des conversations sur Tumblr, Twitter, Facebook et Instagram. Un participant a déclaré : "Ils parlent avec dérision de la façon dont les personnes cisgenres ne les comprennent pas et sont si étroites d'esprit." Un autre participant a déclaré : "Je les entends dénigrer l'hétérosexualité, le mariage et les familles nucléaires." Un autre participant a déclaré : "Sur le blog Tumblr de ma fille, elle a aimé, favorisé ou réaffiché des commentaires désobligeants sur les personnes qui ne sont pas transgenres ou qui semblent l'être.

comprennent mal l'identité transgenre". Et un autre parent a rapporté : "Ses amis dans la vie réelle ne [se moquent pas des personnes non-LGBT] mais en ligne, ils échangent toujours des blagues et des commentaires sur les cisgenres et sur la transphobie."

**Thème : Exemples de comportements.** Les participants ont donné de nombreux exemples de comportements moqueurs envers les personnes non transgenres et non LGB. Un participant a déclaré : "Ma fille m'a traité de "reproducteur" et dit des choses avec une "voix d'hétéro" moqueuse. Ses amis l'encouragent lorsqu'elle fait cela". Un autre parent a proposé : "S'ils ne se moquent pas des personnes 'cis', ils jouent à la police des pronoms et se moquent des personnes qui ne peuvent pas utiliser les pronoms corrects." Un autre participant a déclaré : "Le nouveau vocabulaire comprend 'cis-stupide' et 'cis- stupidité.'" Et un quatrième participant de décrire : "Ils supposent que toute personne qui critique le fait d'être transgenre (ne serait-ce que pour poser des questions) est soit ignorante, soit remplie de haine."

**Thème : Accent mis sur le statut de victime.** Les participants ont décrit que leurs enfants et leur groupe d'amis semblaient se concentrer sur le sentiment d'être des victimes. Un participant a décrit : " Ils semblent porter tous les problèmes qu'ils peuvent avoir, réels ou perçus, comme des insignes d'honneur. . . J'ai l'impression qu'ils veulent croire qu'ils sont opprimés et qu'ils ont vraiment 'traversé la vie', alors qu'ils ont peu d'expérience de la vie." Un autre participant a déclaré : "... on se sent souvent victime [et on fait partie] d'un club de victimes". Un autre parent a déclaré : "Mais tout le discours est très centré sur la 'victime'". Et enfin, un autre a déclaré : "Ils décrivent avec passion le "privilege de l'hétéro" et le "privilege de l'homme blanc", tout en mettant l'accent sur leur propre "victimisation"".

**Thème : Conséquences des comportements.** Quelques participants décrivent qu'en raison du comportement de leur enfant , il y a eu des conséquences, notamment la difficulté pour un enfant de retourner à son école et la description suivante d'un autre parent : "La plupart des membres de la famille l'ont bloquée sur [les médias sociaux] en raison des blagues constantes concernant les personnes cis et hétérosexuelles."

**Thème : Alimenter les comportements.** Dans certains cas, les parents décrivent un effet synergique des enfants qui encouragent d'autres enfants à persister dans leur comportement, comme décrit dans une citation précédente, " Ses amis l'encouragent quand elle fait ça ", ainsi que dans la suivante : " Beaucoup de discussions tournent autour de la façon dont leurs professeurs font de la 'discrimination' ou sont 'méchants' avec eux en raison de leur identité LGBTIA déclarée, et ils s'énervent mutuellement en se convainquant les uns les autres de leur persécution par ces torts perçus.... En privé, ils se moquent de notre intolérance et, en personne, ils agissent en fonction de ces fausses croyances en nous traitant comme des personnes qui veulent leur peau. . . "

## Exposition à l'internet et aux médias sociaux

Dans la période qui a précédé l'annonce de leur transgenre, 63,5 % des AJA ont montré une augmentation de leur utilisation d'Internet et des médias sociaux (tableau 7). Pour évaluer l'exposition des AJA au contenu en ligne existant, on a demandé aux parents quel type de conseil leur enfant avait reçu d'une ou plusieurs personnes en ligne. Les AJA avaient reçu des conseils en ligne, notamment sur la façon de savoir s'ils étaient transgenres (54,2 %) ; les raisons pour lesquelles ils devaient faire leur transition immédiatement (34,7 %) ; que si leurs parents n'étaient pas d'accord pour qu'ils prennent des hormones, ils étaient " abusifs " et " transphobes " (34,3 %) ; que s'ils attendaient pour faire leur transition, ils le regretteraient (29,1 %) ; ce qu'il fallait dire et ne pas dire à un médecin ou à un thérapeute pour le convaincre de leur donner des hormones (22,3 %) ; que si leurs parents n'étaient pas d'accord avec la transition, ils ne le feraient pas.3 %) ; que si leurs parents étaient réticents à leur faire prendre des hormones, ils devraient utiliser la "menace du suicide" (en disant aux parents qu'il y a un taux élevé de suicide chez les adolescents transgenres) pour les convaincre (20,7 %) ; et

qu'il est acceptable de mentir ou de dissimuler des informations sur ses antécédents médicaux ou psychologiques à un médecin ou à un thérapeute afin d'obtenir des hormones/de recevoir des hormones plus rapidement (17,5 %). Deux répondants, en réponse à d'autres questions, ont décrit que leurs enfants leur ont raconté plus tard ce qu'ils avaient appris sur des listes de discussion et des sites en ligne. Un parent a déclaré : " Il nous a dit récemment qu'il était inscrit sur plusieurs listes de discussion et qu'il y avait appris des trucs. Des endroits où les adolescents et d'autres personnes transgenres échangent des informations. Il aime utiliser des mots [spécifiques] [avec] le mot "trans".

Tableau 7. Exposition à Internet et aux médias sociaux.

	n	%
Utilisation de l'internet/des médias sociaux par les AJA juste avant l'annonce	255	
Utilisation accrue des médias sociaux/de l'Internet	162	63.5
Diminution de l'utilisation des médias sociaux/de l'Internet	3	1.2
Utilisation inchangée des médias sociaux/de l'Internet	49	19.2
Je ne sais pas.	41	16.1
Exposition de l'AYA à des contenus/conseils sur Internet <sup>†</sup>	251	
Comment savoir s'ils sont transgenres	136	54.2
Les raisons pour lesquelles ils devraient faire la transition dès maintenant	87	34.7
que si leurs parents ne sont pas d'accord pour les prendre aux hormones, les parents sont "abusifs" et "transphobe"	86	34.3
Que s'ils attendaient pour faire la transition, ils le regretteraient.	73	29.1
Que s'ils ne faisaient pas la transition immédiatement, ils ne seraient jamais heureux.	72	28.7
Comment commander des articles physiques (classeurs, emballeurs, etc.) sans que les parents s'en aperçoivent ?	67	26.7
Ce qu'il faut dire et ce qu'il ne faut PAS dire à un médecin ou à un thérapeute afin de le convaincre de vous fournir hormones	56	22.3
que si leurs parents sont réticents à les emmener aux hormones, ils doivent utiliser le "suicide". narration" pour les convaincre (dire aux parents que il y a un taux élevé de suicide chez les adolescents transgenres).	52	20.7
Avis médical sur les risques et les avantages des hormones	55	21.9
Un avis médical sur les risques et les avantages de la chirurgie	47	18.7
qu'il est acceptable de mentir ou de dissimuler des informations sur ses antécédents médicaux ou psychologiques d'un médecin ou d'un thérapeute afin d'obtenir des hormones/ obtenir des hormones plus rapidement	44	17.5
Comment cacher des objets physiques aux parents	40	15.9
Comment cacher ou excuser les changements physiques ?	26	10.4
Comment obtenir de l'argent des autres en ligne afin de payer les médicaments, etc.	25	10.0
Comment obtenir des hormones à partir de sources en ligne	24	9.6
Comment cacher les hormones aux parents	21	8.4
Je ne sais pas si mon enfant a reçu des conseils en ligne sur ces sujets.	127	50.6

<sup>†</sup>peut sélectionner plus d'une réponse.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.t007>

un thérapeute quand vous décrivez votre DG, car [ils sont] codés comme potentiellement suicidaires et vous obtiendront un diagnostic et une ordonnance pour des hormones." Un autre parent a révélé : "La menace de suicide était un énorme levier. Que peut-on répondre à cela ? Il est difficile d'avoir la main ferme et de dire non à la transition médicale quand l'autre option est la mort de l'enfant. Elle a appris des choses à dire pour nous pousser à bout et obtenir ce qu'elle voulait, et elle nous a dit maintenant qu'elle avait appris cela sur des sites de discussion sur les transgenres."

Les parents ont identifié les sources qui, selon eux, ont le plus contribué à ce que leur enfant devienne dysphorique de genre. Les influences les plus fréquemment citées sont Les vidéos de transition sur YouTube (63,6 %) ; Tumblr (61,7 %) ; un groupe d'amis qu'ils

connaissent en personne (44,5 %) ; une communauté/un groupe de personnes qu'ils ont rencontré en ligne (42,9 %) ; une personne qu'ils connaissent en personne (pas en ligne) 41,7 %. Contrairement à la majorité des réponses, deux participants ont fait remarquer qu'ils ne pensaient pas que le site Web de l

Les sources ont influencé leur enfant pour qu'il devienne dysphorique de genre, elles ont plutôt donné à leur enfant un nom pour ses sentiments ou lui ont donné confiance pour qu'il fasse son coming out. Les citations suivantes illustrent les résultats quantitatifs dominants. Un parent a écrit : "Nous pensons que la plus grande influence a été les blogs et les vidéos youtube pro-transition en ligne . Nous pensons qu'elle a été fortement influencée par la philosophie 'si tu te poses des questions sur ton genre, tu es probablement transgenre'. . . Dans le 'monde réel', ses amis, d'autres pairs transgenres et sa nouvelle popularité ont été des domaines supplémentaires de réinfluence." Une autre personne interrogée a décrit l'influence en ligne dans le cadre d'une question différente : "Je crois que mon enfant a vécu ce que beaucoup d'enfants vivent à l'aube de la puberté - un sentiment d'inconfort - mais il y avait un monde en ligne prêt à lui dire que ces sentiments très normaux signifiaient qu'elle n'était pas dans le bon corps."

### Bien-être mental, santé mentale et comportements

Les trajectoires des AJA ne correspondaient pas au récit de la découverte de son moi authentique et de son épanouissement. Plus précisément, les parents ont signalé qu'après leur " coming out ", leurs enfants ont vu leur bien-être mental se détériorer. De plus, les parents ont noté une détérioration de la relation parent-enfant et ont observé que leurs enfants avaient réduit leurs intérêts (tableau 8). Bien qu'un petit nombre d'AJA aient connu une amélioration de leur bien-être mental (12,6 %), de leur relation parent-enfant (7,4 %), de leurs notes et de leurs résultats scolaires (6,4 %), et qu'ils aient élargi leurs intérêts et leurs loisirs (5,1 %), les résultats les plus courants sont une détérioration du bien-être mental (47,2 %), une détérioration de la relation parent-enfant (57,3 %), des notes et des résultats scolaires inchangés ou mitigés (59,1 %), et un rétrécissement de la gamme d'intérêts et de loisirs.

Tableau 8. Résultats et comportements.

Caractéristiques	n	%
Le bien-être mental de l'AYA depuis l'annonce	254	
Pire	120	47.2
Meilleur	32	12.6
Inchangé ou mixte	101	39.8
Je ne sais pas.	1	0.4
Relation parent-enfant depuis l'annonce	253	
Pire	145	57.3
Meilleur	18	7.4
Inchangé ou mixte	89	35.2
Je ne sais pas.	1	0.4
Notes/performance académique	220	
Pire	76	34.5
Meilleur	14	6.4
Inchangé/mélangé	130	59.1
Gamme d'intérêts et de passe-temps	255	
Beaucoup plus large	2	0.8
Un peu plus large	11	4.3
Inchangé	93	36.5
Un peu plus étroit	64	25.1
Beaucoup plus étroit	56	22.0
Il y a très peu de sujets en dehors des questions de transsexualité qui intéressent mon enfant.	28	11.0
Ne sait pas	1	0.4





(58.1%). Un parent a décrit la trajectoire de son enfant en ces termes : "Après avoir annoncé qu'elle était transsexuelle, la dépression de ma fille a augmenté de manière significative. Elle est devenue plus renfermée. Elle a cessé de participer à des activités qu'elle aimait auparavant, de participer à des activités familiales et a considérablement réduit ses interactions avec ses amis. Ses symptômes sont devenus si graves qu'elle a été placée sous traitement par son médecin." Le [tableau 9](#) décrit les taux cumulatifs de maladie mentale et de déficience neurodéveloppementale au moment de l'enquête.

A total of 63.8% of the parents have been called "transphobic" or "bigoted" by their children for one or more reasons, the most common being for: disagreeing with the child about the child's self-assessment of being transgender (51.2%); recommending that the child take more time to figure out if their feelings of gender dysphoria persist or go away (44.6%); expressing concerns for the child's future if they take hormones and/or have surgery (40.4 %); appeler leur enfant par les pronoms qu'il utilisait auparavant (37,9 %) ; dire à l'enfant qu'ils pensaient que les hormones ou la chirurgie ne l'aideraient pas (37,5 %) ; recommander à leur enfant de régler d'abord d'autres problèmes de santé mentale afin de déterminer s'ils sont la cause de la dysphorie (33,3 %) ; appeler l'enfant par son nom de naissance (33,3 %) ; ou recommander une évaluation complète de la santé mentale avant de commencer à prendre des hormones ou à subir une chirurgie (20,8 %) ([tableau 10](#)). Il y a eu huit cas d'éloignement. Dans six cas, l'enfant a pris l'initiative de s'éloigner, de déménager ou de refuser tout contact avec le parent. Dans deux cas, l'éloignement a été initié par le parent parce que les crises de l'AJA affectaient les frères et sœurs plus jeunes ou qu'il y avait une menace de violence de la part de l'AJA envers le parent.

AYAs are reported to have exhibited one or more of the following behaviors: expressed dis-trust of information about gender dysphoria and transgenderism coming from mainstream doctors and psychologists (51.8%); tried to isolate themselves from their family (49.4 %) ; exprimé qu'ils ne font confiance qu'aux informations sur la dysphorie de genre et le transgendérisme provenant de sites Web transgenres et/ou de personnes et de sources transgenres (46,6 %) ; perdu tout intérêt pour les activités dont les participants ne sont pas majoritairement transgenres ou LGBTIA (32,3 %) ; cessé de passer du temps avec des amis qui ne sont pas transgenres (25,1 %) ; exprimé de la méfiance envers les personnes qui ne sont pas transgenres (22,7 %) ([Tableau 10](#)). De nombreux AJA se sont également retirés de leur famille (45,0 %) ; ont dit à d'autres personnes ou ont publié sur les médias sociaux que leur parent est " transphobe ", " abusif " ou " toxique " parce qu'il n'est pas d'accord avec l'auto-évaluation de l'enfant en tant que transgenre (43,0 %) ; ont refusé de parler à leur parent (28,5 %) , ont défendu la pratique consistant à mentir ou à dissimuler des informations aux thérapeutes ou aux médecins afin d'obtenir plus rapidement des hormones pour la transition (16,5 %) ; ont essayé de s'enfuir (6,8 %). Les comportements et résultats énumérés ci-dessus

**Tableau 9. Diagnostics cumulatifs de troubles mentaux et de déficiences neurodéveloppementales chez les AJA.**

Caractéristiques	n	%
Trouble mental ou handicap neurodéveloppemental	243	
Anxiété	154	63.4
Dépression	143	58.8
Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	36	14.8
Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	30	12.3
Trouble du spectre autistique (TSA)	30	12.3
Trouble de l'alimentation	17	7.0
Trouble bipolaire	17	7.0
Psychose	8	3.3
Aucun des éléments ci-dessus	52	21.4
(Autre) Limite	7	2.9

---

(Autre) Trouble oppositionnel avec provocation	2	0.8
--	---	-----

---

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.t009>

Tableau 10. Comportements supplémentaires.

	n	%
Des parents ont été traités de "transphobes" ou de "bigots" par leur enfant pour les raisons suivantes <sup>†</sup>	240	
Ne pas être d'accord avec leur enfant sur l'évaluation qu'il fait de sa transsexualité.	123	51.2
Recommander à l'enfant de prendre plus de temps pour déterminer si ses sentiments de dysphorie de genre persistent ou disparaissent.	107	44.6
Ils expriment des inquiétudes quant à l'avenir de leur enfant s'il devait prendre des hormones et/ou subir une intervention chirurgicale.	97	40.4
Se référer à leur enfant par les pronoms qu'ils utilisaient avant l'annonce	91	37.9
Dire à son enfant qu'il pense que les hormones ou la chirurgie ne l'aideront pas.	90	37.5
Appeler son enfant par son nom de naissance.	80	33.3
Recommander à l'enfant de travailler d'abord sur d'autres problèmes de santé mentale afin de déterminer s'ils sont la cause de sa dysphorie.	80	33.3
Recommander une thérapie pour des problèmes de santé mentale de base (non liés au sexe).	74	30.8
Recommander une évaluation complète avant de commencer à prendre des hormones et/ou à subir une intervention chirurgicale.	50	20.8
Aucune de ces réponses	87	36.2
Méfiance et comportements d'isolement manifestés par les AJA <sup>†</sup>	251	
Méfiance exprimée à l'égard des informations sur la dysphorie de genre et le transgendérisme provenant de médecins et de psychologues conventionnels.	130	51.8
Essayé de s'isoler de sa famille	124	49.4
Ont exprimé qu'ils ne font confiance qu'aux informations sur la dysphorie de genre et le transgendérisme qui proviennent de sites web transgenres et/ou de personnes et de sources transgenres.	117	46.6
Perte d'intérêt pour les activités dont les participants ne sont pas majoritairement transgenres ou LGBTIA.	81	32.3
Perte d'intérêt pour des activités qui n'étaient pas liées aux questions transgenres ou LGBTIA	65	25.9
Il a cessé de passer du temps avec des amis qui ne sont pas transgenres.	63	25.1
Méfiance exprimée à l'égard des personnes qui ne sont pas transgenres.	57	22.7
Expression d'hostilité envers les personnes qui ne sont pas transgenres	46	18.3
Aucune de ces réponses	44	17.5
Autres comportements et résultats pour les AJA <sup>†</sup>	249	
Retrait de la famille	112	45.0
dit à d'autres personnes ou publié sur les médias sociaux que leur parent est " transphobe ", " abusif " ou " toxique " parce qu'il ne fait pas ce qu'il veut.	107	43.0
être d'accord avec l'évaluation de l'enfant sur le fait qu'il est transgenre		
Refus de parler au parent	71	28.5
a défendu la pratique consistant à mentir ou à dissimuler des informations à des thérapeutes ou des médecins afin d'obtenir plus rapidement des hormones de transition.	41	16.5
J'ai essayé de m'enfuir	17	6.8
Impossibilité d'obtenir un emploi	25	10.0
Incapacité à conserver un emploi	18	7.2
Abandon de l'université	12	4.8
Abandon de l'école secondaire	12	4.8
Nécessité de prendre un congé de l'université	12	4.8
Vous avez été licencié d'un emploi	9	3.6
Besoin d'un congé de l'école secondaire	1	0.4
Aucune de ces réponses	86	34.5
Pour l'un des éléments ci-dessus, s'agit-il d'un changement significatif par rapport au comportement de base de l'enfant ?	161	
Oui	115	71.4

---

	Non	46	28.6
--	-----	----	------

---

<sup>1</sup>peut sélectionner plus d'une réponse.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.t010>

ont été considérés comme des changements significatifs par rapport aux comportements de base de l'enfant pour 71,4% des personnes ayant coché l'un ou l'autre des items.

Dans un sous-ensemble de huit cas, les parents ont décrit avoir vu leur enfant voir son bien-être mental décliner au fur et à mesure qu'il devenait dysphorique de genre et s'identifiait comme transgenre, puis s'améliorer au fur et à mesure qu'il abandonnait ou s'éloignait de son identité transgenre. Un parent a décrit un changement marqué chez sa fille lorsqu'elle était temporairement absente de l'école. "Sa routine a été perturbée. Elle passait toute la journée sur Internet, et a perdu ses nombreux amis d'école - ses seuls amis étaient en ligne et les membres de la communauté transgenre. En trois mois, ma fille a annoncé qu'elle était trans, qu'elle souffrait de dysphorie de genre, qu'elle voulait des classeurs et une chirurgie supérieure, des injections de testostérone. . elle a commencé à s'automutiler. Elle est maintenant de retour à l'école. . elle a tweeté qu'elle est si jeune, qu'elle n'est pas sûre d'être trans, qu'elle ne veut plus être appelée par le nom masculin qu'elle avait choisi. . . Depuis qu'elle est retournée à l'école et qu'elle est exposée à une grande variété de personnes, elle est BEAUCOUP plus heureuse." Un autre parent a décrit : "La perspicacité de ma fille s'est considérablement améliorée au cours des dernières années, et elle a également dépassé la croyance qu'elle est transgénique. Ma fille semblait en fait chercher une raison à sa dépression, qui est maintenant traitée avec succès. . . Ma fille est BEAUCOUP plus heureuse maintenant qu'elle est traitée pour ses véritables problèmes. Le fait de sortir du placard en tant que transgenre a aggravé son état pendant un certain temps".

Dans un sous-ensemble de 30 cas, l'identification transgenre des AJA s'est produite dans le contexte d'un déclin de leur capacité à fonctionner (comme l'abandon de l'école secondaire ou de l'université, la nécessité d'un congé de l'école secondaire ou de l'université, et/ou l'incapacité à obtenir ou à conserver un emploi), que les parents ont signalé comme un changement significatif par rapport au comportement de base de leur enfant. Les baisses étaient substantielles car 43,3 % de ces AJA avaient été identifiés comme des élèves doués sur le plan scolaire (certains ont été décrits comme les premiers de leur classe au lycée, obtenant des notes exceptionnelles dans des universités prestigieuses) avant qu'ils ne commencent à échouer en classe, à abandonner le lycée ou le collège et à ne plus pouvoir occuper un emploi. Dans la plupart de ces cas (76,7 %), un ou plusieurs diagnostics psychiatriques ont été posés en même temps ou dans l'année (60,0 %) ou dans les deux ans (16,7 %) suivant la nouvelle identification transgenre de l'AJA. Parmi les 23 personnes qui ont reçu un diagnostic psychiatrique dans les deux ans suivant leur identification transgenre, 91,3 % (21/23) ont reçu un diagnostic de dépression, 73,9 % (17/23) un diagnostic d'anxiété, 26,0 % (6/23) un diagnostic de trouble bipolaire, 17,4 % (4/23) un diagnostic de trouble de la personnalité limite, 8,7 % (2/23) un diagnostic de psychose/épisode psychotique et 8,7 % (2/23) un diagnostic de trouble alimentaire.

## Rencontres cliniques

On a demandé aux parents si leur enfant avait vu un thérapeute spécialisé dans le genre, s'était rendu dans une clinique spécialisée dans le genre ou avait consulté un médecin dans le but d'entamer une transition et 92 répondants (36,2 %) ont répondu par l'affirmative (tableau 11). Plusieurs des répondants ont précisé que leur enfant avait vu un clinicien concernant sa dysphorie de genre pour une évaluation seulement. Bien que l'on n'ait pas demandé directement aux participants quel type de prestataire leur enfant avait vu, les spécialités mentionnées dans les réponses comprenaient : les psychologues généraux, les pédiatres, les médecins de famille, les travailleurs sociaux, les thérapeutes de genre et les endocrinologues. Parmi les parents qui connaissaient le contenu de l'évaluation de leur enfant, 71,6 % ont déclaré que le clinicien n'avait pas exploré les questions de santé mentale, de traumatisme antérieur ou de toute autre cause de dysphorie de genre avant de procéder et 70,0 % ont

déclaré que le clinicien n'avait pas demandé de dossier médical avant de procéder. Bien que tous les AJA de l'échantillon de cette étude aient une présentation atypique de la dysphorie de genre (pas de dysphorie de genre avant la puberté), 23,8 % des parents qui connaissaient le contenu de la visite de leur enfant ont déclaré que l'enfant s'était vu proposer des ordonnances pour des bloqueurs de puberté et/ou des hormones transsexuelles lors de la première visite.

Un participant a décrit : " Pour la plupart, j'étais extrêmement frustré par le fait que les prestataires ne reconnaissaient PAS le trouble mental, l'anxiété, la dépression, etc. avant de recommander

Tableau 11. Interactions avec les cliniciens.

		n	%
L'AJA a-t-il consulté un thérapeute spécialisé dans les questions de genre, s'est-il rendu dans une clinique spécialisée dans les questions de genre ou a-t-il consulté un médecin en vue d'une transition ?		254	
	Non	151	59.4
	Oui	92	36.2
	Je ne sais pas.	11	4.3
Est-ce que le thérapeute/médecin/ personnel de la clinique a exploré les problèmes de santé mentale, de traumatismes antérieurs ou de toute autre cause. de la dysphorie de genre avant de poursuivre ?		100	
	Oui	21	21.0
	Non	53	53.0
	Je ne sais pas.	26	26.0
Le thérapeute/médecin/ personnel de la clinique a-t-il demandé un dossier médical avant de procéder ?		99	
	Oui	21	21.2
	Non	49	49.5
	Je ne sais pas.	29	29.3
Parmi les parents qui connaissaient le contenu de la visite, l'AJA a-t-il reçu une ordonnance pour des inhibiteurs de la puberté et/ou une ordonnance pour le traitement de l'asthme ? des hormones transsexuelles lors de leur première visite ?		80	
	Les AJA ont reçu une ordonnance pour des bloqueurs de puberté et/ou des hormones transsexuelles lors de leur première visite.	17	21.2
	L'AYA s'est vu proposer une prescription de bloqueurs de puberté et/ou de des hormones transsexuelles lors de leur première visite, mais l'AYA ou le parent a refusé	2	2.5
	Nombre total d'AJA ayant reçu ou s'étant vu proposer une ordonnance à la première visite	19	23.8
	Les AJA qui n'ont pas reçu/ne se sont pas vu proposer une ordonnance lors de leur première visite.	61	76.2
Les AJA ont-ils mal présenté leurs antécédents au médecin ou les ont-ils relatés avec exactitude ?		96	
	Le parent est raisonnablement sûr ou positif que son enfant a déformé ou omis des parties de son histoire.	64	66.7
	Le parent est raisonnablement sûr ou positif que son enfant a raconté son histoire de manière complète et précise.	12	12.5
	Je ne sais pas.	20	20.8

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.t011>

traitement hormonal de substitution". Et deux participants ont décrit comment le clinicien traitant la dysphorie de genre de leur enfant a refusé de parler avec les médecins de soins primaires des patients. Un participant a déclaré : "Lorsque nous avons téléphoné à la clinique, le médecin s'est montré hostile à notre égard et nous a dit de nous occuper de nos affaires. Notre médecin de famille a essayé de joindre le nouveau médecin de notre fils, mais le médecin trans a refusé de lui parler." Un autre répondant a déclaré : "La pédiatre/spécialiste du genre n'a pas répondu aux appels ou aux courriels du médecin de soins primaires qui avait demandé à lui parler des antécédents médicaux de mon fils avant de le voir et de le traiter . . elle n'a pas tenu compte de toutes les informations historiques fournies par la famille et le médecin de soins primaires. ... n'a pas vérifié les informations fournies par mon fils... . fils lors de sa première visite, même après avoir reçu de multiples autres sources médicales qui différaient

considérablement de son histoire.

Lorsqu'on leur a demandé si leur enfant avait relaté ses antécédents de façon complète et exacte aux cliniciens ou s'il avait déformé ou omis des parties de ses antécédents, parmi ceux qui connaissaient le contenu de la visite de leur enfant, 84,2 % des parents répondants étaient raisonnablement certains ou positifs que leur enfant avait déformé ou omis des parties de ses antécédents. Vingt-huit participants ont fourni des réponses ouvertes facultatives à cette question et les réponses ont été classées comme suit : description de la façon dont le parent a su que l'enfant avait fait de fausses déclarations sur ses antécédents.



(5) ; le contenu des fausses déclarations de l'enfant (6 fausses déclarations en général, 4 fausses déclarations au clinicien pour un total de 10 exemples) ; ne sais pas/ne suis pas sûr (4) ; exprimer une certitude (1) ; et non pertinent (8). Pour les cinq participants qui ont décrit comment ils ont su, les raisons comprenaient : être présent lorsque cela s'est produit, lire le rapport du spécialiste du genre, se faire dire par leur enfant que celui-ci avait déformé la vérité, et être informé par le psychiatre de l'enfant. Un répondant a partagé : "J'ai lu le rapport du spécialiste du genre et il omet tout le contexte pertinent, peignant une image presque méconnaissable de mon fils." Un deuxième parent a simplement répondu : "J'étais présent." Un autre répondant a raconté ce qui suit au sujet de son enfant (de sexe masculin) : " Ma fille nous a dit, à sa mère et à moi, que le premier thérapeute qu'elle a vu lui a posé des questions stéréotypées. . . Elle avait peur que si elle ne se décrivait pas comme une 'fille typique', on ne la croirait pas." Et enfin, un répondant a écrit : " Il a dit maintenant qu'il avait [déformé son histoire] et utilisé des mots clés qu'on lui avait conseillé de dire. " Dix participants ont fourni 13 exemples du contenu des fausses déclarations, dont six auraient pu être facilement vérifiés comme étant faux (prétendre être sous les soins d'un psychiatre, prétendre prendre des médicaments pour traiter un trouble psychiatrique, parler de ses résultats scolaires, prétendre avoir eu des camarades de jeu d'un seul sexe pendant l'enfance alors que le contraire a été observé, et prétendre avoir eu des préférences enfantines pour des jouets et des vêtements spécifiques, ce qui est le contraire de ce que plusieurs personnes ont observé). Trois des exemples de contenu auraient été difficiles à vérifier comme étant faux, notamment : comment on se sentait dans l'enfance, comment on se sentait quand une photo a été prise et si on venait d'un foyer violent. Et quatre des exemples de contenu ne fournissaient pas assez d'informations pour déterminer s'il était facile ou difficile de vérifier s'ils étaient faux, comme "Mon enfant déforme régulièrement son histoire et notre vie de famille" et "Il a créé tout un récit qui n'est tout simplement pas vrai".

En plus du cas mentionné précédemment où l'enfant a littéralement réécrit son histoire en modifiant son journal intime, sept répondants ont fait part d'un processus où leur enfant récrivait constamment son histoire personnelle pour la rendre cohérente avec l'idée qu'il avait toujours été transgenre et/ou avait créé une histoire d'enfance qui ne correspondait pas à ce que les autres avaient observé. Il n'est pas clair si ce processus était délibéré ou si les individus n'étaient pas conscients de leurs actions. Les citations suivantes décrivent ce phénomène. Un parent a déclaré ,

". . . elle réécrit activement son histoire personnelle pour soutenir l'idée qu'elle a toujours été trans." Un autre répondant a ajouté : " . . . ma fille nie les événements de son enfance et de sa puberté dont je me souviens et qui contredisent son récit selon lequel elle a toujours su qu'elle était un garçon". Une autre personne interrogée a déclaré : "Il réécrit son histoire personnelle pour l'adapter à son nouveau récit." Et un quatrième répondant de décrire : " [Notre] fils a complètement inventé son enfance pour n'avoir que des amies filles, s'habiller avec des vêtements de filles, jouer à la poupée, etc. Ce n'est pas la même enfance que celle que nous avons vue en tant que parents".

## Analyse qualitative

Les commentaires ouverts de la question de savoir si le clinicien a exploré la santé mentale, le traumatisme ou les causes alternatives de la dysphorie de genre avant de procéder ont été sélectionnés pour une analyse qualitative. Neuf thèmes principaux ont émergé des données. Chaque thème est décrit dans les paragraphes suivants avec des citations des participants à l'appui.

**Thème : Absence d'exploration de la santé mentale, du traumatisme ou des causes alternatives de la DG.** Les parents ont décrit que les cliniciens n'ont pas exploré la santé mentale de leur enfant, les traumatismes ou toute autre cause de la dysphorie de genre de

l'enfant. Cette absence d'exploration de la santé mentale et des traumatismes s'est produite même lorsque les patients avaient des antécédents de troubles de santé mentale ou de traumatismes, étaient actuellement traités pour un trouble de santé mentale ou présentaient des symptômes. Un participant a déclaré : " Rien d'autre que la dysphorie de genre n'a été envisagé pour expliquer la dysphorie de ma fille.

désir de transition". Un autre participant a déclaré : "Ma fille a vu un thérapeute pour enfants et le thérapeute se préparait à soutenir le transgenre et n'a pas exploré la dépression et l'anxiété ou les traumatismes antérieurs."

**Thème : Évaluation insuffisante.** Un autre thème est celui de l'évaluation insuffisante, les parents décrivant des évaluations trop limitées ou trop superficielles pour explorer la santé mentale, les traumatismes ou les causes alternatives de la dysphorie de genre. Voici trois citations de trois parents différents décrivant des évaluations insuffisantes. Un parent a déclaré : "L'exploration était notoirement insuffisante, très superficielle, aucun effort pour poser des questions, engager une réflexion critique sur l'anxiété coexistante, ou freiner ou même ralentir." Un autre participant a déclaré : "Lorsque nous avons essayé de donner au médecin trans de notre fils un historique médical de notre fils, elle a refusé de l'accepter. Elle a dit que la demi-heure de diagnostic dans son bureau avec lui était suffisante, car elle se considère comme une experte dans ce domaine." Et un troisième parent a écrit : "Nous avons été abasourdis par le manque d'informations, les antécédents médicaux demandés par le thérapeute et la suggestion de traitement radical. Une [...] visite. L'idée est la suivante : 's'ils disent qu'ils sont nés dans le mauvais corps, ils le sont'. Le remettre en question ne fera que la blesser et prolonger sa souffrance". [Notre fille a subi des traumatismes dans le passé. [On ne lui a jamais posé de questions à ce sujet. [Le thérapeute n'a pas posé aux parents une seule question sur notre fille."

**Thème : Manque de volonté ou désintérêt pour l'exploration de la santé mentale, des traumatismes ou des causes alternatives du DG.** Les parents ont décrit que les cliniciens ne semblaient pas intéressés ou désireux d'explorer les causes alternatives. Un parent a décrit. "Son thérapeute actuel semble accepter son autodiagnostic de dysphorie de genre et suit ce qu'elle dit sans sembler trop intéressé à explorer le traumatisme sexuel de son passé." Un autre parent a écrit : "Le psychiatre d'Asperger ne semblait pas se soucier de savoir si la dysphorie de genre de notre fille provenait du syndrome d'Asperger. Si notre fille voulait être un homme, alors cela suffisait." Et un troisième parent a déclaré : "Le thérapeute s'est effectivement interrogé sur ces questions, mais il semblait vouloir accepter sans réserve l'idée que ma fille était avant tout transgenre, tous les autres facteurs mis à part."

**Thème : La santé mentale a été explorée.** Quelques parents ont vécu l'expérience où le clinicien a soit fait un renvoi approprié pour une évaluation plus approfondie, soit les problèmes avaient été abordés précédemment. Un parent a déclaré : " [Les] problèmes de santé mentale antérieurs [avaient] déjà été explorés par d'autres thérapeutes ([mon] enfant suivait une thérapie et prenait des médicaments avant de se révéler transgenre). "

**Thème : Incapacité à communiquer avec les prestataires médicaux des patients.** Plusieurs participants ont décrit des cliniciens qui ne voulaient pas communiquer avec les médecins de soins primaires et les professionnels de la santé mentale, même ceux qui traitaient le patient. Un participant a raconté : "Elle n'a pas examiné les dossiers psychiatriques détaillés qui étaient disponibles dans un DME [dossier médical électronique] partagé et elle n'a pas consulté son psychiatre externe avant ou après avoir commencé l'hormonothérapie transsexuelle." Un autre parent a déclaré : "Mon enfant avait été vu pour des problèmes de santé mentale pendant plusieurs années avant de présenter cette nouvelle identité, mais l'endocrinologue n'a pas consulté les professionnels de la santé mentale pour obtenir leur avis avant de proposer des hormones."

**Thème : Fausse représentation de l'information par le patient.** Plusieurs participants ont décrit comment leur enfant a fait une fausse représentation de son histoire au clinicien, limitant ainsi la capacité du clinicien à explorer adéquatement la santé mentale, le traumatisme et les causes alternatives. Un participant a écrit : " Lors de la première visite, le dialogue de [ma] fille consistait en des histoires fabriquées de toutes pièces sur sa vie, racontées pour obtenir le résultat qu'elle souhaitait. Elle répétait comme un perroquet des personnes trouvées sur Internet". Un autre parent a déclaré : "Mon fils a dissimulé les traumatismes et les problèmes de

santé mentale que lui et sa famille avaient subis." Et un troisième parent a déclaré : "J'ai entendu mon fils se vanter au téléphone auprès de son frère aîné que 'le docteur a avalé tout ce que j'ai dit, hameçon, ligne et plomb. C'est la chose la plus facile que j'aie jamais faite".

**Thème : Les étapes de la transition étaient poussées par le clinicien.** Certains parents ont décrit des cliniciens qui semblaient pousser le processus de transition avant que le patient ne le demande. Un parent a raconté que le médecin avait donné à sa fille une ordonnance qu'elle n'avait pas demandée.

Le médecin qui lui a donné la prescription d'Androgel ne lui a PAS posé beaucoup de questions (ce qui l'a surprise) et n'a pas attendu qu'elle soit évaluée par un psychiatre agréé avant de lui donner cette prescription. Elle ne lui a pas non plus demandé cette ordonnance". Un autre parent a rapporté qu'elle et son enfant étaient au bureau de l'endocrinologue uniquement pour poser des questions, et a décrit, "... [il] n'écoutait pas un mot de ce que nous disions. Il était trop pressé de nous faire rencontrer un 'thérapeute de genre' pour obtenir le formulaire légal dont il avait besoin pour commencer les hormones, tout en s'assurant que nous fixions notre prochain rendez-vous dans les 6 mois pour commencer les hormones. . . "

**Thème : Le point de vue des parents n'a pas été pris en compte ou a été ignoré.** Les parents décrivent que les cliniciens n'ont pas pris leurs préoccupations au sérieux. Un parent a décrit : " Je dois dire que je ne sais pas, mais il est difficile de croire qu'ils ont examiné de manière adéquate l'histoire de l'intimidation et de l'ostracisme pour être différent, et les traits autistiques qui pousseraient une personne comme mon fils à tout risquer pour s'identifier à un groupe. Je sais que lors des quelques contacts que j'ai eus avec les prestataires, mes préoccupations ont été écartées." Et un autre a déclaré : "Tous nos courriels sont restés sans réponse et ont été ignorés. Nous sommes exclus de tout parce que nous remettons constamment en question la pertinence de ce programme pour notre fille [en raison de son] traumatisme et de ses problèmes actuels de dépression, d'anxiété et d'estime de soi . "

**Thème : Les parents avaient des doutes sur la compétence, le professionnalisme ou l'opinion des cliniciens.** Les parents ont exprimé des doutes sur les cliniciens concernant leur expérience, leur compétence ou leur professionnalisme. Un parent a déclaré : "La clinique m'a dit qu'elle avait exploré ces questions. J'ai demandé au gestionnaire de risques de [redacted] s'ils avaient envisagé un trouble de la personnalité. Oh, non, m'a-t-elle répondu en riant. Ce n'est qu'avec les patients plus âgés, pas avec les adolescents". Je me méfie profondément de leur compétence." Un autre parent décrit : "Ce qui me préoccupe, c'est que les personnes auxquelles elle a parlé ne semblaient avoir aucun sens des devoirs professionnels, mais seulement la mission de promouvoir une idéologie sociale spécifique."

## Étapes vers la transition et statut actuel d'identification

Cette section présente la durée de l'identification transgenre de l'AJA (temps écoulé entre l'annonce de l'identité transgenre de l'AJA et le moment où le parent a répondu à l'enquête) qui couvre, en moyenne, 15,0 mois (plage de 0,1 à 120 mois) avec une médiane de 11 mois. (tableau 12). Les mesures prises en vue de la transition pendant cette période sont énumérées au tableau 12. À la fin de la période, 83,2 % des AJA s'identifiaient toujours comme transgenres, 5,5 % ne s'identifiaient plus comme transgenres (désistements), 2,7 % semblaient s'éloigner de l'identification transgenre et 8,6 % des parents ne savaient pas si leur enfant s'identifiait toujours comme transgenre. Les descriptions du recul ou du passage de l'identification transgenre à la non-identification transgenre sont les suivantes. Un parent a observé : " Elle s'est identifiée comme transgenre pendant six mois... Maintenant, de retour à l'école, elle pense que peut-être elle n'est pas trans". Un autre parent a déclaré : "Ma fille s'est identifiée comme trans de 13 à 16 ans. Elle a progressivement cessé de le faire au fur et à mesure qu'elle comprenait mieux qui elle était." Un parent a décrit qu'après un an d'identification comme transgenre, "en fait, elle a changé d'avis une fois qu'elle a cessé de passer du temps avec ce groupe d'amis particulier". La durée de l'identification transgenre des AJA qui s'identifiaient toujours comme tels au moment de l'enquête a été comparée à la durée de ceux qui ne s'identifiaient plus comme transgenres et de ceux qui semblaient s'éloigner de l'identification transgenre (combinés) par un test t. La différence entre ces groupes était statistiquement significative. La différence entre ces groupes était statistiquement significative ( $p = 0,025$ ), avec une valeur t de  $-2,25$  montrant que ceux qui n'étaient plus identifiés comme transgenres et qui reculaient avaient une durée d'identification plus longue (moyenne = 24,1

mois) et ceux qui étaient encore identifiés comme transgenres avaient une durée moyenne plus courte (moyenne = 14,4 mois).

Afin d'explorer les différences entre les AJA qui ont été exposés à l'influence sociale (groupe d'amis, Internet/médias sociaux, ou les deux) et les AJA qui n'ont pas été clairement exposés à l'influence sociale (ni l'un ni l'autre et ne sait pas), une série de calculs de chi carré a été effectuée pour les éléments suivants

Tableau 12. Étapes de transition et disposition.

		n	%
Étapes de la transition <sup>†</sup>		256	
	Changement de coiffure	216	84.4
	Changement de style vestimentaire	210	82.0
	Demande à être appelé par un nouveau nom	188	73.4
	Demande des pronoms différents	175	68.4
	Prise d'hormones transsexuelles	29	11.3
	Changement légal de nom sur les documents officiels	19	7.4
	Prise d'anti-androgènes	11	4.3
	Prise de bloqueurs de puberté	7	2.7
	A été opéré	5	2.0
Disposition	Aucune de ces réponses	14	5.5
		256	
	Toujours identifié comme transgenre	213	83.2
	Ne s'identifie plus comme transgenre (désiste)	14	5.5
	Il semble faire marche arrière en ce qui concerne l'identification des transgenres.	7	2.7
	Le parent ne sait pas si l'enfant est toujours identifié comme transgenre.	22	8.6
Durée de l'identification transgenre globale	Dé-transitionné (également compté dans la catégorie désisté)	3	1.2
	Durée médiane de 11 mois, durée moyenne de 15,0 mois (plage de 0,1 mois à 120 mois), médiane de 11 mois.	225	
	Durée de l'identification transgenre si l'on est toujours identifié comme transgenre	204	
	Durée de l'identification transgenre si l'on ne s'identifie plus comme transgenre	13	
	Durée de l'identification transgenre en cas d'éloignement	8	
	Durée médiane 12 mois, durée moyenne 24,2 mois, fourchette (.75 mois à 120 mois)		
	Durée médiane 12 mois, durée moyenne 15 mois, fourchette (3 mois-36 mois)		

<sup>†</sup>peut sélectionner plus d'une réponse.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.t012>

variables sélectionnées. (Voir le [tableau 13](#).) Des différences statistiquement significatives ont été révélées pour les AJA exposés aux influences sociales, dont les résultats sont moins bons en ce qui concerne le bien-être mental et les relations parents-enfants, et qui sont plus nombreux à manifester de la méfiance, à s'isoler et à adopter des comportements antisociaux, notamment les suivants une gamme réduite de centres d'intérêt et de passe-temps, le fait d'exprimer qu'ils ne faisaient confiance qu'aux informations provenant de sources transgenres, le fait d'essayer de s'isoler de leur famille, le fait de se désintéresser des activités qui ne comptaient pas majoritairement des participants transgenres ou LGBTIA, et le fait de dire aux gens ou de poster sur les médias sociaux que leur parent est "transphobe", "abusif" ou "toxique" parce que le parent n'est pas d'accord avec l'évaluation que fait l'enfant de son transgenre. Bien que les différences dans les autres comportements d'isolement et antisociaux n'aient pas atteint la signification statistique, ces comportements tendent vers des taux plus élevés chez les AJA qui ont été exposés à l'influence sociale et peuvent ne pas avoir atteint des niveaux significatifs en raison des petits nombres. Une ANOVA à sens unique n'a pas permis de déceler de différence significative entre les groupes en ce qui concerne l'âge des AJA (à l'annonce ou au moment de remplir le questionnaire).

## Discussion

Cette recherche décrit les rapports parentaux sur un échantillon d'AJA qui n'auraient pas répondu aux critères diagnostiques de la dysphorie de genre pendant leur enfance mais qui ont

---

développé des signes de dysphorie de genre pendant l'adolescence ou le jeune âge adulte. Le soutien le plus fort pour considérer que la dysphorie de genre était nouvelle à l'adolescence ou au début de l'âge adulte est constitué par les réponses des parents aux questions suivantes



Tableau 13. Comparaisons du chi carré pour l'exposition à l'influence sociale (SI) par rapport à la non exposition à l'influence sociale (NSI).

		SI n (%)	NSI n (%)	p
Sexe		222	34	.123
	Femme	187 (84.2)	25 (73.5)	
	Homme	35 (15.8)	9 (26.5)	
<b>Indicateurs de la DG de l'enfance</b>		221	33	<b>.004</b>
	<b>0-2 indicateurs</b>	<b>216 (97.7)</b>	<b>29 (87.9)</b>	
	<b>3-4 indicateurs</b>	<b>5 (2.3)</b>	<b>4 (12.1)</b>	
Avoir actuellement deux indicateurs GD ou plus		214	34	.808
	Oui	179(83.6)	29 (85.3)	
	Non	35(16.4)	5(14.7)	
<b>Aucun diagnostic de santé mentale ou de NDD avant l'apparition du GD</b>		222	34	<b>.036</b>
	<b>Réponse : "Aucune des réponses ci-dessus".</b>	<b>87(39.9)</b>	<b>7 (20.6)</b>	
<b>Le bien-être mental depuis l'annonce</b>		220	33	<b>.001</b>
	<b>Pire</b>	<b>114 (51.8)</b>	<b>6 (18.2)</b>	
	<b>Meilleur</b>	<b>24 (10.9)</b>	<b>8 (24.2)</b>	
	<b>Inchangé/Mélangé</b>	<b>82 (37.3)</b>	<b>19 (57.6)</b>	
<b>Relation parent-enfant depuis l'annonce</b>		219	33	<b>.006</b>
	<b>Pire</b>	<b>134 (61.2)</b>	<b>11 (33.3)</b>	
	<b>Meilleur</b>	<b>13 (5.9)</b>	<b>5 (15.2)</b>	
	<b>Inchangé/Mélangé</b>	<b>72 (32.9)</b>	<b>17 (51.5)</b>	
<b>Gamme d'intérêts et de passe-temps</b>		220	34	<b>&lt; 0.001</b>
	<b>Un éventail plus large d'intérêts et de passe-temps</b>	<b>10 (4.5)</b>	<b>3 (8.8)</b>	
	<b>Gamme réduite d'intérêts et de passe-temps</b>	<b>139 (63.2)</b>	<b>9 (26.5)</b>	
	<b>Gamme inchangée</b>	<b>71 (32.3)</b>	<b>22 (64.7)</b>	
Méfiance et comportements d'isolement		222	34	
	<b>Essayé de s'isoler de la famille</b>	<b>114(51.4)</b>	<b>10 (29.4)</b>	<b>.017</b>
	<b>Ont exprimé qu'ils ne font confiance qu'aux informations sur GD et transgennerisme qui provient de sources transgenres</b>	<b>107 (48.2)</b>	<b>10 (29.4)</b>	<b>.041</b>
	<b>Perte d'intérêt pour les activités dont les participants ne sont pas majoritairement transgenres ou LGBTIA.</b>	<b>76 (34.2)</b>	<b>5 (14.7)</b>	<b>.023</b>
	A cessé de passer du temps avec des amis non transgenres.	59 (26.6)	4 (11.8)	.062
	Méfiance exprimée à l'égard des personnes qui ne sont pas transgenres.	52 (23.4)	5 (14.7)	.255
	<b>dit aux gens ou publié sur les médias sociaux que leur parent est " transphobe ", " abusif " ou " toxique " parce que ce parent n'est pas d'accord avec l'évaluation de l'enfant sur le fait d'être transgenre.</b>	<b>102 (45.9)</b>	<b>5 (14.7)</b>	<b>&lt; 0.001</b>
	a défendu la pratique consistant à mentir aux médecins/thérapeutes ou à leur cacher des informations afin d'obtenir plus rapidement des hormones de transition.	38 (17.1)	3 (8.8)	.219
	Il a soulevé la question du suicide chez les adolescents transgenres comme une raison pour laquelle les parents devraient accepter le traitement.	55 (24.8)	4 (11.8)	.093
L'AYA a-t-il mal présenté ses antécédents au médecin ou les a-t-il relatés fidèlement ?		68	8	.075
	Le parent est raisonnablement sûr ou positif que son enfant a déformé ou omis des parties de son histoire.	59 (86.8)	5 (62.5)	
	Le parent est raisonnablement sûr ou positif que l'enfant a relaté son histoire de manière complète et précise.	9 (13.2)	3 (37.5)	

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.t013>

Les critères du DSM 5 pour la dysphorie de genre chez l'enfant. Non seulement aucun des

membres de l'échantillon n'aurait satisfait aux critères seuils, mais la grande majorité n'avait aucun indicateur. Bien que l'on puisse argumenter que trois des indicateurs pourraient plausiblement être manqués par un parent (A1, A7, et A8 si l'enfant n'avait pas

exprimés verbalement), cinq des indicateurs (A2-6) sont des comportements et des préférences facilement observables qui seraient difficiles à manquer pour un parent. Six indicateurs (dont A1) sont requis pour un diagnostic seuil. L'inexistence et le faible nombre d'indicateurs facilement observables rapportés dans la majorité de cet échantillon ne soutiennent pas un scénario dans lequel la dysphorie de genre a toujours été présente mais n'a été révélée aux parents que récemment.

Les parents ont indiqué qu'avant l'apparition de la dysphorie de genre, de nombreux AJA avaient reçu un diagnostic d'au moins un trouble de santé mentale ou d'une déficience neurodéveloppementale et beaucoup avaient vécu un événement traumatique ou stressant. L'expérience d'un traumatisme lié au sexe ou au genre n'était pas rare, tout comme l'expérience d'un facteur de stress familial (comme le divorce d'un parent, le décès d'un parent ou un trouble de santé mentale chez un frère ou un parent). En outre, près de la moitié d'entre eux ont été décrits comme ayant pratiqué l'automutilation avant l'apparition de leur dysphorie de genre. En d'autres termes, de nombreux AJA et leurs familles avaient dû faire face à de multiples défis et facteurs de stress ( ) avant que la dysphorie de genre et l'identification transgenre ne fassent partie de leur vie.

Ce contexte pourrait éventuellement contribuer à des frictions entre le parent et l'enfant, et ces difficultés complexes qui se chevauchent ainsi que les expériences d'attrance pour le même sexe pourraient également avoir une influence sur le développement d'une identification transgenre pour certains de ces AJA. Il faut veiller à ne pas exagérer ou sous-estimer le contexte des diagnostics ou des traumatismes préexistants dans cette population, car ils étaient absents chez environ un tiers et présents chez environ deux tiers de l'échantillon.

Cet échantillon de recherche d'AJA diffère également de la population générale en ce qu'il est majoritairement composé de femmes, de race blanche, et qu'il comporte une surreprésentation de personnes douées, non hétérosexuelles et issues de parents ayant un niveau d'éducation élevé [59-61]. Le sex-ratio en faveur des femmes natives est cohérent avec les changements récents dans la population des individus cherchant à se faire soigner pour la dysphorie de genre. Les cliniques spécialisées dans le traitement de la dysphorie de genre ont rapporté une augmentation substantielle des références pour les adolescents, avec un changement dans le rapport de sexe des patients, passant d'une prédominance d'hommes natifs cherchant des soins pour la dysphorie de genre ( ) à une prédominance de femmes natives (26-28, 62). Bien que la visibilité accrue des personnes transgenres dans les médias et la disponibilité des informations en ligne, ainsi qu'une réduction partielle de la stigmatisation, puissent expliquer une partie de l'augmentation du nombre d'adolescents se présentant pour des soins [27], cela n'expliquerait pas directement pourquoi l'inversion du sex-ratio s'est produite pour les adolescents mais pas pour les adultes ou pourquoi il existe un nouveau phénotype de femmes natales souffrant de dysphorie de genre à début tardif et à début adolescent.

Le taux étonnamment élevé d'AJA doués pour les études peut être lié au niveau d'éducation élevé des parents et peut être le reflet de parents qui sont en ligne, capables de répondre à des enquêtes en ligne et capables de remettre en question et de contester les récits actuels sur la dysphorie de genre et la transition. Il peut y avoir d'autres variables inconnues qui rendent les AJA doués pour les études susceptibles de souffrir de dysphorie de genre à l'adolescence et à un stade avancé. Le taux plus élevé que prévu d'orientations non hétérosexuelles des AJA (avant l'annonce d'une identité transgenre) peut suggérer que le désir d'être du sexe opposé pourrait provenir de l'expérience de l'homophobie, car une étude récente a montré que le fait d'avoir reçu des injures homophobes de la part de ses pairs était associé à un changement d'identité de genre chez les adolescents [63]. La relation potentielle entre l'expérience de l'homophobie et l'apparition rapide de la dysphorie de genre à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, telle qu'elle est perçue par les parents, mérite une étude plus approfondie.

Cet échantillon est nettement différent de ce qui est décrit dans les recherches antérieures sur la dysphorie de genre en raison de la distribution des cas survenant dans des groupes d'amis avec plusieurs personnes s'identifiant comme transgenres, de la prépondérance des adolescentes (natales), de l'absence de dysphorie de genre pendant l'enfance et de la soudaineté perçue de l'apparition. Dans cette étude, les rapports des parents sur la durée de l'identification transgenre chez les AJA suggèrent que dans certains cas (~8% dans cette étude) la dysphorie de genre et l'identification transgenre peuvent être temporaires, et que

que des périodes d'observation plus longues peuvent être nécessaires pour évaluer de tels changements. D'autres recherches sont nécessaires pour vérifier ces résultats. Il y a eu des rapports anecdotiques d'adolescents qui ont désisté environ 9-36 mois après avoir montré des signes d'un début rapide de dysphorie de genre, mais une recherche longitudinale suivant des AJA avec une dysphorie de genre serait nécessaire pour étudier les tendances de désistement. Bien que l'on ne sache toujours pas si la transition chez les personnes souffrant de dysphorie de genre diminue, augmente ou ne change pas les taux de tentatives de suicide ou de suicides complets [64], cette étude montre que les AJA utilisent un récit de suicide dans le cadre de leurs arguments auprès des parents et des docteurs pour recevoir du soutien et des services de transition. Malgré la possibilité que les AJA utilisent un récit de suicide pour manipuler les autres, il est essentiel que toute menace, idée ou préoccupation de suicide soit prise au sérieux et que l'individu soit immédiatement évalué par un professionnel de la santé mentale.

La majorité des parents étaient raisonnablement sûrs ou certains que leur enfant avait déformé ou omis des parties importantes de son histoire à ses thérapeutes et médecins. Dans certains cas, la déformation de l'histoire d'une personne peut simplement être un acte délibéré de la part d'une personne convaincue que la transition est le seul moyen de se sentir mieux et qui peut avoir été entraînée à mentir pour obtenir ce dont elle pense avoir besoin. Pour d'autres, la fausse déclaration peut ne pas être un acte conscient. La création d'une version alternative de l'enfance conforme à l'histoire d'une personne qui a toujours su qu'elle était transgenre et qui contraste fortement avec l'enfance observée par des tiers soulève la question de savoir s'il y a eu création de faux souvenirs d'enfance dans le cadre ou en dehors du processus thérapeutique. Les témoignages de clients qui ont ignoré ou négligé des informations (symptômes et diagnostics de santé mentale, antécédents médicaux et traumatiques) qui n'étaient pas la conclusion selon laquelle le patient était transgenre, suggèrent la possibilité d'un raisonnement motivé et de biais de confirmation de la part des cliniciens. Dans les années 1990, les croyances et les pratiques de nombreux professionnels de la santé mentale ont pu contribuer à la création, chez leurs patients, de faux souvenirs d'enfance conformes à un récit d'abus sexuel sur enfant. Depuis, des recherches ont montré que de faux souvenirs d'enfance d'événements banals peuvent être implantés en laboratoire [65-67]. Il pourrait être intéressant d'examiner si, dans la culture actuelle, certains professionnels de santé mentale ont des croyances et des pratiques qui contribuent à la création par leurs patients de faux souvenirs d'enfance correspondant à un récit du type "j'ai toujours su/j'ai toujours été transgenre".

## Hypothèses émergentes

### Hypothèse 1 : Les influences sociales peuvent contribuer au développement de la dysphorie de genre.

Il est peu probable que les amis et l'Internet puissent rendre les gens transgenres. Cependant, il est plausible que les éléments suivants puissent être initiés, amplifiés, propagés et maintenus par les mécanismes de contagion sociale et par les pairs : (1) la croyance que des symptômes non spécifiques (y compris les symptômes associés à un traumatisme, les symptômes de problèmes psychiatriques et les symptômes faisant partie de la puberté normale) doivent être perçus comme une dysphorie de genre et leur présence comme une preuve de transsexualité ; 2) la croyance que la seule voie du bonheur est la transition ; et 3) la croyance que toute personne qui n'est pas d'accord avec l'auto-évaluation de la transsexualité ou le plan de transition est transphobe, abusive et doit être exclue de la vie. La propagation de ces croyances pourrait permettre à des AJA vulnérables de mal interpréter leurs émotions, de croire à tort qu'ils sont transgenres et ont besoin d'une transition, puis de rejeter de manière inappropriée toute information contraire à ces croyances. En d'autres termes, la "dysphorie

---

de genre " peut être utilisée comme une explication fourre-tout pour tout type de détresse, de douleur psychologique et d'inconfort qu'un AJA ressent alors que la transition est présentée comme une solution miracle.

L'un des résultats les plus convaincants soutenant un rôle potentiel de la contagion sociale et des pairs dans le développement ou l'expression d'un début rapide de dysphorie de genre est les groupes d'identification transgenre survenant au sein de groupes d'amis. La prévalence attendue des individus transgenres chez les jeunes adultes est de 0,7 % [8]. Pourtant, selon les rapports des parents, plus d'un tiers des groupes d'amis décrits dans cette étude ont vu 50 % ou plus des AJA du groupe s'identifier à un transgenre dans un laps de temps similaire. Cela suggère une augmentation localisée à plus de 70 fois le taux de prévalence attendu. Il s'agit d'une observation qui exige de toute urgence des recherches plus approfondies. On pourrait avancer que les taux élevés d'individus identifiés comme transgenres au sein des groupes d'amis pourraient être secondaires au processus de sélection des amis : choisir délibérément des amis identifiés comme transgenres plutôt que le résultat de la dynamique de groupe et des styles d'adaptation observés contribuant à ce que plusieurs individus, dans un laps de temps similaire, commencent à interpréter leurs sentiments comme étant compatibles avec le fait d'être transgenre. D'autres recherches seront nécessaires pour délimiter précisément le moment de la formation du groupe d'amis et le moment et le modèle de chaque nouvelle déclaration d'identification transgenre. Bien que la sélection des amis puisse jouer un rôle dans ces pourcentages élevés de membres s'identifiant comme transgenres dans les groupes d'amis, le modèle décrit de plusieurs amis (et souvent la majorité des amis du groupe d'amis) s'identifiant comme transgenres dans un laps de temps similaire suggère qu'il peut y avoir plus que la sélection des amis derrière ces pourcentages élevés.

De nombreux éléments de notre compréhension de la contagion par les pairs dans les troubles alimentaires et l'anorexie peuvent s'appliquer au(x) rôle(s) potentiel(s) de la contagion par les pairs dans le développement de la dysphorie de genre. Tout comme les cliques d'amis peuvent déterminer le niveau de préoccupation à l'égard du corps, de l'image corporelle, du poids et des techniques de perte de poids [37-39], les cliques d'amis peuvent également déterminer le niveau de préoccupation à l'égard du corps, de l'image corporelle, du sexe et des techniques de transition. Les descriptions de la dynamique de groupe de la sous-culture pro-anorexie, où les anorexiques les plus minces sont admirées tandis que les anorexiques qui tentent de se rétablir de l'anorexie sont ridiculisées et traitées comme des marginaux [39-41], ressemblent à la dynamique de groupe des groupes d'amis qui valident ceux qui s'identifient comme transgenres et se moquent de ceux qui ne le font pas. De plus, les sites Web et les communautés en ligne favorables aux troubles de l'alimentation, qui donnent de l'inspiration pour la perte de poids et partagent des astuces pour aider les individus à tromper leurs parents et leurs médecins [42-44], peuvent être analogues aux vidéos de transition inspirantes de YouTube et aux conseils partagés en ligne sur la manipulation des parents et des médecins pour obtenir des hormones.

## **Hypothèse 2 : Le conflit parental pourrait fournir des explications alternatives pour certains résultats.**

Les parents ont fait état d'une détérioration subjective de la santé mentale de leurs enfants et de la relation parent-enfant après la révélation de leur identité transgenre. En outre, selon le rapport des parents, près de la moitié des AJA se sont retirés de la famille, 28,5 % ont refusé de parler à un parent et 6,8 % ont essayé de faire une fugue. Il est possible que certains de ces résultats soient secondaires à un conflit parent-enfant. Le conflit parent-enfant pourrait résulter d'un désaccord sur l'auto-évaluation de l'enfant en tant que transgenre. Il est également possible que certains parents aient eu des difficultés à faire face ou aient fait face de manière inadaptée à la révélation de leur enfant. Parmi les autres explications possibles des résultats ci-dessus, citons l'aggravation des troubles psychiatriques préexistants (ou l'apparition de nouveaux troubles) des AJA ou l'utilisation de mécanismes d'adaptation

inadaptés. Pour évaluer plus avant ces possibilités, les études futures devraient intégrer des informations sur la dynamique familiale, les interactions entre parents et enfants, l'adaptation des parents, l'adaptation des enfants et les trajectoires psychiatriques. Cette étude n'a pas recueilli de données sur les styles d'adaptation de base des parents, sur la façon dont ils faisaient face à la révélation de leur enfant et sur le caractère inadapté ou adaptatif de leur adaptation. Elle n'a pas non plus exploré le bien-être mental des parents. Les études futures devraient également explorer ces questions.



Bien que la plupart des parents aient signalé l'absence d'indicateurs de dysphorie de genre pendant l'enfance, il est possible que ces indicateurs aient existé pour certains AJA et que certains parents n'aient pas remarqué ou aient ignoré ces indicateurs lorsqu'ils sont apparus. Étant donné que les indicateurs facilement observables auraient également pu être observés par d'autres personnes dans la vie de l'enfant, les études futures devraient inclure les commentaires des parents, des AJA et des informateurs tiers tels que les enseignants, les pédiatres, les professionnels de la santé mentale, les gardiens et les autres membres de la famille afin de vérifier la présence ou l'absence de comportements et de préférences facilement observables pendant l'enfance. Les approches parentales de la dysphorie de genre de leur enfant peuvent contribuer à des résultats spécifiques. Cette étude n'a pas exploré spécifiquement les approches parentales de la dysphorie de genre ou les opinions parentales sur les interventions médicales ou chirurgicales. Il serait extrêmement utile de mener d'autres études pour déterminer si les parents soutiennent ou non l'exploration du genre, la non-conformité au genre, les identités sexuelles non binaires, l'évaluation et le traitement de la santé mentale et l'exploration des causes sous-jacentes potentielles de la dysphorie. Il serait également utile d'explorer si les parents sont favorables à l'affirmation de l'enfant en tant que personne ou à l'affirmation de l'identité de genre de l'enfant et si les parents ont des opinions libérales, prudentes ou négatives sur l'utilisation des interventions médicales et chirurgicales pour la dysphorie de genre chez les AJA.

### **Hypothèse 3 : Des mécanismes d'adaptation mal adaptés peuvent être à l'origine du développement de la dysphorie de genre chez certains AJA.**

Pour certains individus, la volonté de transition peut représenter un mécanisme d'adaptation ego-syntonique mais inadapté pour éviter de ressentir des émotions fortes ou négatives, tout comme la volonté de perte de poids extrême peut servir de mécanisme d'adaptation ego-syntonique mais inadapté dans l'anorexie mentale [68-69]. Un mécanisme d'adaptation inadapté est une réponse à un facteur de stress qui peut soulager temporairement les symptômes, mais qui ne s'attaque pas à la cause du problème et peut entraîner d'autres résultats négatifs. Parmi les exemples de mécanismes d'adaptation inadaptés, citons la consommation d'alcool, de drogues ou l'automutilation pour se distraire de ses émotions douloureuses. L'une des raisons pour lesquelles le traitement de l'anorexie mentale est si difficile est que la volonté de perte de poids extrême et les activités de perte de poids peuvent devenir un mécanisme d'adaptation inadapté qui permet au patient d'éviter de ressentir et de gérer des émotions fortes [69-70]. Dans ce contexte, le régime n'est pas ressenti comme pénible par la patiente, car elle le considère comme la solution à ses problèmes et non comme une partie de ces derniers. En d'autres termes, les activités de régime et de perte de poids sont ego-syntoniques pour la patiente. Cependant, la patiente ressent de la détresse lorsque des acteurs externes (médecins, parents, personnel hospitalier) tentent d'interférer avec ses activités de perte de poids, mettant ainsi un frein à son mécanisme d'adaptation inadapté.

Les résultats qui peuvent soutenir l'hypothèse d'un mécanisme d'adaptation inadapté comprennent que la description la plus probable de la capacité des AJA à utiliser les émotions négatives de manière productive était faible/extrêmement faible et que la majorité des AJA ont été décrits comme " submergés par des émotions fortes et essayant d'éviter de les ressentir ". Bien qu'il ne s'agisse pas de questions validées, les résultats suggèrent, au moins, qu'il existe des antécédents de difficulté à gérer les émotions. La fréquence élevée des parents rapportant que les AJA s'attendent à ce que la transition résolve leurs problèmes, associée à la minorité non négligeable qui a rapporté que les AJA n'étaient pas disposés à travailler sur les problèmes de santé mentale de base avant de chercher un traitement, soutient le concept selon lequel la volonté de transition pourrait être utilisée pour éviter de faire face aux problèmes de santé mentale

et aux émotions aversives. Cette hypothèse est également étayée par le fait que l'échantillon d'AJA décrit dans cette étude est principalement composé de femmes, que les parents ont indiqué que les symptômes avaient commencé à se manifester à l'adolescence et qu'il y avait une surreprésentation d'étudiants doués, ce qui ressemble beaucoup aux populations de personnes ayant reçu un diagnostic d'anorexie mentale [71-75]. Les facteurs de risque, les mécanismes et les significations de l'anorexie mentale [69-70, 76] pourraient en fin de compte être les suivants

s'avèrent être un modèle précieux pour comprendre les facteurs de risque, les mécanismes et les significations de certains cas de dysphorie de genre.

La transition comme moyen d'échapper à son genre/sexe, à ses émotions ou à des réalités difficiles peut également être envisagée lorsque le désir de transition survient après un traumatisme lié au sexe ou au genre ou dans le contexte de symptômes psychiatriques importants et d'un déclin de la capacité de fonctionner. Bien que les traumatismes et les troubles psychiatriques ne soient pas spécifiques au développement de la dysphorie de genre, ces expériences peuvent laisser une personne en souffrance psychologique et à la recherche d'un mécanisme d'adaptation. Le premier mécanisme d'adaptation qu'une personne vulnérable adopte peut être le résultat de son environnement et des récits de douleur et d'adaptation les plus répandus dans cet environnement - dans certains contextes, la dysphorie de genre/la volonté de transition peut être le para-digme dominant, dans certains contextes, la dysphorie corporelle/la volonté de perte de poids extrême est dominante, et dans un autre, l'utilisation d'alcool et de drogues pour faire face à la douleur peut être dominante. Étant donné que les mécanismes d'adaptation inadaptés ne s'attaquent pas à la cause profonde de la détresse et peuvent entraîner leurs propres conséquences négatives, un résultat couramment rapporté pour cet échantillon, à savoir que les AJA connaissent un déclin de leur bien-être mental après l'identification transgenre, est conforme à cette hypothèse. Il y avait un sous-ensemble d'AJA dont les parents ont signalé une amélioration de leur bien-être mental lorsqu'ils ont renoncé à leur identification transgenre, ce qui ne serait pas incompatible avec le passage d'un mécanisme d'adaptation inadapté à un mécanisme d'adaptation.

Si les hypothèses ci-dessus sont correctes, l'apparition rapide d'une dysphorie de genre qui est socialement médiatisée et/ou utilisée comme un mécanisme d'adaptation inadapté peut être préjudiciable aux AJA des manières suivantes : (1) absence de traitement ou traitement tardif des traumatismes et des problèmes de santé mentale qui pourraient être à l'origine des problèmes des AJA (ou du moins une partie inhérente de ceux-ci) ; (2) aliénation des AJA de leurs parents et d'autres systèmes de soutien social essentiels ; (3) isolement du courant principal de la société non transsexuelle, ce qui peut réduire le potentiel éducatif et professionnel ; et (4) perte de la confiance en soi.

(4) la prise en charge des risques médicaux et chirurgicaux de la transition sans bénéfice. En plus de ces préjudices indirects, il est également possible que ce type de dysphorie de genre, avec la volonté de transition qui en découle, représente une forme d'automutilation intentionnelle. Promouvoir l'affirmation d'un genre déclaré et recommander une transition (sociale, médicale, chirurgicale) sans évaluation peut ajouter au préjudice pour ces personnes, car cela peut renforcer le mécanisme d'adaptation mésadapté, prolonger le temps avant que l'AJA accepte un traitement pour un traumatisme ou des problèmes de santé mentale, et interférer avec le développement de mécanismes d'adaptation sains. Il est particulièrement important de distinguer les personnes qui bénéficieraient d'une transition de celles qui en souffriraient avant de commencer le traitement.

## Réflexions

Les cliniciens doivent être conscients de la myriade d'obstacles qui peuvent empêcher l'établissement d'un diagnostic précis lorsqu'un AJA présente un désir de transition, notamment : le stade de développement de l'adolescence, la présence de sous-cultures incitant les AJA à tromper leurs médecins et l'exclusion des parents de l'évaluation. Dans cette étude, 22,3 % des AJA ont déclaré avoir été exposés à des conseils en ligne sur ce qu'il faut dire aux médecins pour obtenir des hormones, et 17,5 % à des conseils selon lesquels il est acceptable de mentir aux médecins ; et la grande majorité des parents étaient raisonnablement sûrs ou positifs que leur enfant avait déformé son histoire à son médecin ou thérapeute. En outre, bien que les parents puissent être des informateurs compétents sur les questions de

développement, de santé médicale, sociale, comportementale et mentale de leur propre enfant - et probablement *parce qu'ils* sont compétents - ils sont souvent exclus de la discussion clinique par les AJA eux-mêmes. Un jeune adolescent qui dit à son clinicien que ses parents sont transphobes et violents peut en effet vouloir dire que ses parents sont transphobes et violents. Toutefois, les résultats de la présente recherche indiquent qu'il est également possible que l'adolescent dise que ses parents sont transphobes et violents.

transphobes et abusives parce que le parent n'est pas d'accord avec l'autodiagnostic de l'enfant, a exprimé des inquiétudes quant à l'avenir de l'enfant ou a demandé que l'enfant soit évalué pour des problèmes de santé mentale avant de poursuivre le traitement.

Les résultats de cette étude suggèrent que les cliniciens doivent être prudents avant de se fier uniquement à l'autodéclaration lorsque les AJA cherchent une transition sociale, médicale ou chirurgicale. Les adolescents et les jeunes adultes ne sont pas des professionnels de la santé formés. Lorsque les AJA diagnostiquent leurs propres symptômes sur la base de ce qu'ils lisent sur Internet et de ce que leur disent leurs amis, il est tout à fait possible qu'ils arrivent à des conclusions incorrectes. Il est du devoir du clinicien, lorsqu'il rencontre un nouveau patient AJA souhaitant une transition, de procéder à sa propre évaluation et à un diagnostic différentiel afin de déterminer si le patient a raison ou tort dans l'auto-évaluation de ses symptômes et dans sa conviction qu'il bénéficierait d'une transition. Cela ne veut pas dire que les convictions du patient doivent être rejetées ou ignorées, certains peuvent finalement bénéficier de la transition. Cependant, il ne faut pas non plus négliger une exploration clinique minutieuse. Le fait que les antécédents du patient diffèrent de manière significative du récit de ses parents doit être un signal d'alarme indiquant qu'une évaluation plus approfondie est nécessaire et qu'il faut vérifier autant que possible les antécédents du patient auprès d'autres sources. Les résultats selon lesquels la majorité des cliniciens décrits dans cette étude n'ont pas exploré les traumatismes ou les troubles de santé mentale comme causes possibles de la dysphorie de genre ou n'ont pas demandé les dossiers médicaux des patients présentant des présentations atypiques de dysphorie de genre sont alarmants. Le comportement rapporté des cliniciens refusant de communiquer avec les parents de leurs patients, les médecins de soins primaires et les psychiatres trahit une résistance à la triangulation des preuves qui expose les AJA à un risque considérable.

Il est possible que certains adolescents et jeunes adultes aient demandé que leurs discussions avec les cliniciens sur les questions de genre restent confidentielles vis-à-vis de leurs parents, comme ils en ont le droit (sauf pour les informations qui les mettraient en danger, eux ou d'autres personnes). Cependant, le maintien de la confidentialité du patient n'empêche pas le clinicien d'écouter les antécédents médicaux et sociaux du patient fournis par le parent. Elle n'empêche pas non plus le clinicien d'accepter les informations fournies par les médecins de premier recours et les psychiatre du patient. Étant donné que les adolescents ne sont pas toujours des historiens fiables et qu'ils peuvent avoir une conscience et une compréhension limitées de leurs propres émotions et comportements, il est souvent recommandé d'inclure des informations provenant de plusieurs informateurs lorsqu'on travaille avec des mineurs ou qu'on les évalue. On pourrait s'attendre à ce que si un patient refuse l'inclusion d'informations provenant de ses parents et de ses médecins (antérieurs et actuels), le clinicien explore cette question avec le patient et l'encourage à reconsidérer sa décision. À tout le moins, si un patient demande à ce que toutes les informations provenant de ses parents et de sources médicales soient ignorées, le clinicien devrait soupçonner que ce que le patient présente n'est peut-être pas tout à fait sincère et qu'il devrait procéder avec prudence.

L'argument qui ressort de cette étude n'est pas que les cliniciens devraient mettre de côté le point de vue des AJA qui présentent des signes d'apparition rapide de la dysphorie de genre, mais que les points de vue des parents sont une condition préalable à une triangulation solide des preuves et à un diagnostic pleinement informé. Tous les parents savent que leurs enfants en pleine croissance n'ont pas toujours raison, en particulier pendant la période presque universellement tumultueuse de l'adolescence. La plupart des parents ont la conscience et l'humilité de savoir que, même à l'âge adulte, ils n'ont pas toujours raison eux-mêmes. Lorsqu'un jeune adolescent présente des signes d'apparition rapide de la dysphorie de genre, il incombe à tous les professionnels de respecter pleinement le point de vue de l'initié, mais aussi, dans l'intérêt d'un diagnostic sûr et de la prévention des préjudices cliniques, d'avoir

eux-mêmes la conscience et l'humilité de s'engager dans les perspectives parentales et de trianguler les preuves dans l'intérêt de la validité et de la fiabilité.

Les points forts de cette étude sont qu'il s'agit de la première description empirique d'un phénomène spécifique qui a été observé par des parents et des cliniciens [14] et qu'elle explore les observations des parents sur le contexte psychosocial des jeunes qui se sont récemment identifiés comme transgenres en se concentrant sur les vulnérabilités, les comorbidités, les interactions avec les groupes de pairs et l'utilisation des médias sociaux.

De plus, l'analyse qualitative des réponses sur la dynamique du groupe de pairs fournit une riche illustration des comportements intra-groupe et inter-groupe des AJA tels qu'observés et rapportés par les parents. Cette recherche donne également un aperçu de la perception qu'ont les parents des interactions entre les cliniciens dans l'évaluation et le traitement des AJA présentant des symptômes de dysphorie de genre à l'adolescence (ou chez les jeunes adultes).

Les limites de cette étude comprennent le fait qu'il s'agit d'une étude descriptive et qu'elle présente donc les limites connues inhérentes à toutes les études descriptives. Il ne s'agit pas d'une étude de prévalence et elle ne tente pas d'évaluer la prévalence de la dysphorie de genre chez les adolescents et les jeunes adultes qui n'ont pas présenté de symptômes pendant l'enfance. De même, les résultats de cette étude n'ont pas démontré dans quelle mesure l'apparition des symptômes de la dysphorie de genre peut être médiée socialement ou associée à un mécanisme d'adaptation inadapté, bien que ces hypothèses aient été discutées ici. La collecte de plus de données sur les sujets présentés est une recommandation clé pour une étude plus approfondie. Il n'est pas rare que les premières études descriptives, en particulier lorsqu'elles étudient une population ou un phénomène dont la prévalence est inconnue, utilisent un recrutement ciblé. Pour maximiser la possibilité de trouver des cas répondant aux critères d'éligibilité, le recrutement est orienté vers les communautés susceptibles d'avoir des participants éligibles. Par exemple, dans la première étude descriptive sur les enfants ayant subi une transition sociale, les auteurs ont recruté des sujets potentiels dans des camps d'expansions génétiques et des conférences sur le genre où les parents favorables à la transition sociale pour les jeunes enfants pouvaient être présents et les auteurs n'ont pas recherché les communautés où les parents pouvaient être moins enclins à trouver la transition sociale pour les jeunes enfants appropriée [77]. De la même manière, pour l'étude actuelle, le recrutement a été ciblé principalement sur les sites où les parents avaient décrit le phénomène de l'apparition rapide de la dysphorie de genre parce que ces communautés pourraient être celles où de tels cas pourraient être trouvés. La généralisation de l'étude doit être soigneusement délimitée en fonction des méthodes de recrutement et, comme toutes les premières études descriptives, des études supplémentaires seront nécessaires pour reproduire les résultats.

Trois des sites qui ont publié des informations de recrutement ont exprimé des opinions prudentes ou négatives sur les interventions médicales et chirurgicales pour les adolescents et les jeunes adultes dysphoriques de genre et des opinions prudentes ou négatives sur la catégorisation des jeunes dysphoriques de genre comme transgenres. L'un des sites ayant publié des informations sur le recrutement est perçu comme étant favorable à l'affirmation du genre.

Par conséquent, les populations qui consultent ces sites Web peuvent avoir des opinions ou des croyances différentes les unes des autres. Et les deux populations peuvent différer d'une population générale plus large dans leurs attitudes envers les personnes identifiées comme transgenres. Cette étude n'a pas exploré les points de vue spécifiques des participants sur les interventions médicales et chirurgicales pour les jeunes dysphoriques de genre, ni si les participants soutiennent ou non : l'exploration de l'identité de genre, l'exploration des causes sous-jacentes potentielles de la dysphorie de genre, l'affirmation des enfants en tant que personnes valorisées ou l'affirmation de l'identité de genre des enfants. Les études futures devraient explorer toutes ces questions. Cette étude ne peut pas parler de ces détails concernant les participants.

La question suivante a été posée aux personnes interrogées : " Pensez-vous que les personnes transgenres méritent les mêmes droits et protections que les autres dans votre pays ? " Cette question a été adaptée d'une question utilisée pour un sondage national américain [78]. Bien que cette question ne permette pas d'obtenir des détails spécifiques sur les croyances d'une personne en matière d'interventions médicales, sur ses croyances en matière d'identification transgenre ou sur ses croyances concernant son propre enfant, elle peut être

utilisée pour évaluer si les participants à cette étude ont des croyances fondamentales sur les droits des personnes transgenres similaires à celles des participants au sondage national américain. La majorité (88,2 %) des participants à l'étude ont répondu par l'affirmative à la question, ce qui correspond à la réponse affirmative de 89 % rapportée dans un sondage national américain [78]. Tous les résultats autodéclarés ont la limite potentielle du biais de désirabilité sociale. Cependant, si l'on compare cet échantillon d'auto-déclaration à l'échantillon national d'auto-déclaration [78], les résultats montrent des taux de soutien similaires. Par conséquent, il n'y a aucune preuve que l'échantillon de l'étude soit sensiblement différent dans son soutien aux droits des personnes transgenres par rapport à la population américaine générale.



Il est également important de noter que le recrutement ne s'est pas limité aux sites Web sur lesquels les informations relatives à l'étude ont été publiées. L'échantillonnage en boule de neige a également été utilisé de sorte que toute personne consultant les informations de recrutement était encouragée à partager l'information avec toute personne ou communauté où elle pensait qu'il pourrait y avoir des participants potentiellement éligibles, élargissant ainsi substantiellement la portée des répondants potentiels. Dans les études de suivi sur ce sujet, une variété encore plus grande de sources de recrutement devrait être tentée.

Une autre limite de cette étude est qu'elle n'inclut que la perspective parentale. Idéalement, les données devraient être obtenues à la fois du parent et de l'enfant et l'absence de l'un ou l'autre point de vue donne un compte rendu incomplet des événements. L'apport des jeunes aurait permis d'obtenir des informations supplémentaires. D'autres recherches comprenant la collecte de données auprès du parent et de l'enfant sont nécessaires pour comprendre pleinement cette condition. Cependant, parce que cette recherche a été produite dans un climat où l'apport des parents est souvent négligé dans l'évaluation et le traitement des AJA dysphoriques de genre, cette recherche fournit une pièce précieuse, auparavant manquante, au puzzle. Si l'hypothèse 3 est correcte, à savoir que pour certains AJA, la dysphorie de genre représente un mécanisme d'adaptation mésadapté égo-syndical, les données provenant des parents sont particulièrement importantes parce que les AJA affectés peuvent être tellement engagés dans le mécanisme d'adaptation mésadapté que leur capacité d'évaluer leur propre situation peut être altérée. En outre, les parents sont les seuls à pouvoir fournir des détails sur le développement précoce de leur enfant et sur la présence ou l'absence d'indicateurs infantiles facilement observables de la dysphorie de genre, ce qui est particulièrement pertinent pour le diagnostic. Il y a cependant des limites évidentes à se fier uniquement au rapport des parents. Il est possible que certains des parents participants n'aient pas remarqué de symptômes de dysphorie de genre avant la révélation par leur AJA d'une identité transgenre, qu'ils aient été choqués, en deuil ou qu'ils aient eu des difficultés à faire face à cette révélation, ou même qu'ils aient choisi de nier ou d'occulter la connaissance d'une dysphorie de genre à long terme. Les lecteurs doivent garder cette possibilité à l'esprit. Dans l'ensemble, les plus de 200 réponses semblent avoir été préparées avec soin et sont riches en détails, ce qui suggère qu'elles ont été écrites de bonne foi et que les parents étaient des observateurs attentifs de la vie de leurs enfants. Bien que cette recherche ajoute la composante nécessaire de l'observation des parents à notre compréhension des adolescents et des jeunes adultes dysphoriques de genre, les études futures dans ce domaine devraient inclure la contribution des parents et des enfants.

Cette recherche ne signifie pas qu'aucun des AJA qui s'identifient à un transgenre pendant leur adolescence ou leur vie de jeune adulte n'avait des symptômes plus tôt, ni qu'aucun AJA ne bénéficierait finalement d'une transition. Les résultats suggèrent plutôt que *tous les* AJA qui se présentent à ces âges vulnérables *n'évaluent pas* correctement la cause de leurs symptômes et que *certaines* AJA peuvent utiliser la volonté de transition comme un mécanisme d'adaptation inadapté. Il peut être difficile de distinguer si le déclin de la santé mentale d'un AJA est dû à l'utilisation d'un mécanisme d'adaptation inadapté, à l'aggravation d'un trouble psychiatrique préexistant (ou à l'apparition d'un nouveau trouble) ou à un conflit avec les parents. Les cliniciens doivent explorer attentivement ces options et essayer de clarifier les points de désaccord en s'appuyant sur des sources externes telles que les dossiers médicaux, les psychiatres, les psychologues, les médecins de soins primaires et d'autres informateurs tiers, dans la mesure du possible. Une étude plus approfondie des mécanismes d'adaptation inadaptés, des conditions psychiatriques et de la dynamique familiale dans le contexte de la dysphorie de genre et de la santé mentale serait une contribution particulièrement précieuse pour mieux comprendre comment traiter les jeunes atteints de dysphorie de genre.

D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer l'incidence, la prévalence, les taux de persistance et de désistance, ainsi que la durée de la dysphorie de genre pour la dysphorie de

genre à l'adolescence et pour examiner si la dysphorie de genre à apparition rapide est une sous-catégorie distincte et/ou cliniquement valide de la dysphorie de genre. La dysphorie de genre à l'adolescence est suffisamment différente de la dysphorie de genre à début précoce qui persiste ou s'aggrave à la puberté et, par conséquent, les résultats de la recherche sur la dysphorie de genre à début précoce ne devraient pas être considérés comme généralisables à la dysphorie de genre à début précoce.

la dysphorie de genre à l'adolescence. On ne sait pas actuellement si les dysphories de genre de la dysphorie de genre à l'adolescence et de la dysphorie de genre à apparition tardive chez les jeunes adultes sont transitoires, temporaires ou susceptibles d'être à long terme. Si l'on ne sait pas si la dysphorie de genre est susceptible d'être temporaire, il faut faire preuve d'une extrême prudence avant d'envisager l'utilisation de traitements qui ont des effets permanents, comme les hormones et la chirurgie transsexuelles. Des recherches doivent être menées pour déterminer si l'affirmation d'une identité de genre nouvellement déclarée, la transition sociale, la suppression de la puberté et les hormones intersexes peuvent provoquer une persistance iatrogène de la dysphorie de genre chez des personnes qui auraient vu leur dysphorie de genre se résorber d'elle-même et si ces interventions prolongent la durée pendant laquelle une personne se sent dysphorique de genre avant de se désister. Il est également nécessaire de découvrir comment diagnostiquer ces troubles, comment traiter les AJA concernés et comment soutenir au mieux les AJA et leurs familles. De plus, des analyses de contenu en ligne pour les sites et les médias sociaux pro-transition devraient être menées de la même manière que l'analyse de contenu a été réalisée pour les sites et les médias sociaux pro-troubles alimentaires [44]. Enfin, il est nécessaire d'explorer davantage les facteurs qui pourraient contribuer aux récents changements démographiques, y compris l'augmentation substantielle du nombre de femmes nales adolescentes souffrant de dysphorie de genre et le nouveau phénomène des femmes nales souffrant de dysphorie de genre à apparition tardive ou à apparition adolescente.

## Conclusion

La collecte de données auprès des parents dans le cadre de cette étude exploratoire descriptive a fourni des informations précieuses et détaillées qui permettent de formuler des hypothèses sur les facteurs potentiels contribuant à l'apparition et à l'expression de la dysphorie de genre chez les AJA. Les hypothèses émergentes comprennent la possibilité d'une nouvelle sous-catégorie potentielle de dysphorie de genre (désignée sous le nom de *rapid-onset gender dysphoria*). Il est possible que des influences sociales et des mécanismes d'adaptation inadaptés contribuent au développement de la dysphorie de genre. Les conflits entre parents et enfants peuvent également contribuer à l'évolution de la dysphorie. D'autres recherches comprenant la collecte de données auprès des AJA, des parents, des cliniciens et des informateurs tiers sont nécessaires pour explorer davantage les rôles de l'influence sociale, des mécanismes d'adaptation inadaptés, des approches parentales et de la dynamique familiale dans le développement et la durée de la dysphorie de genre chez les adolescents et les jeunes adultes.

## Informations complémentaires

### S1 Annexe. Instrument d'enquête.

(PDF)

### Annexe S2. Liste de contrôle COREQ.

(PDF)

## Remerciements

Je tiens à remercier Michael L. Littman, PhD, pour son aide dans l'analyse statistique des données quantitatives, Michele Moore, PhD, pour son aide dans l'analyse des données qualitatives et ses commentaires sur une version antérieure du manuscrit, Lisa Marchiano, LCSW, pour ses commentaires sur des versions antérieures du manuscrit, ainsi que quatre évaluateurs externes, trois rédacteurs en chef de PLOS ONE et deux rédacteurs académiques pour l'attention qu'ils ont portée à cette recherche.

## Contributions des auteurs

Conceptualisation : Lisa Littman.

**Curation de données :** Lisa

Littman. **Analyse formelle :**

Lisa Littman. **Investigation :**

Lisa Littman.

**Méthodologie :** Lisa Littman.

**Administration du projet :** Lisa Littman.

**Rédaction - version originale :** Lisa

Littman. **Rédaction - révision et édition :**

Lisa Littman.

## Références

1. Site web de 4thwavenow. Do no harm : un entretien avec le fondateur de youth trans critical professionals. Disponible sur : <https://4thwavenow.com/2016/04/05/do-no-harm-an-interview-with-the-founder-of-youth-trans-critical-professionals/>
2. 4thwavenow (2015, 20 août). About. Récupéré sur <https://web.archive.org/web/20150820025032/http://4thwavenow.com/about/>
3. Site web de 4thwavenow. L'histoire d'une mère : La transformation d'un adolescent en seulement 3 mois. Disponible sur le site : <https://4thwavenow.com/2015/06/29/one-mothers-story-a-teens-transformation-in-only-3-months/>
4. Site web 4thwavenow. Un expert en parentalité sur Internet critique la mère d'un adolescent qui a abandonné son identité transgenre. Disponible sur : <https://4thwavenow.com/2016/07/28/internet-parenting-expert-berates-mom-of-teen-who-grew-out-of-trans-identity/>
5. Steensma TD, Kreukels BPC, deVries ALC, Cohen-Kettenis PT. Gender identity development in adolescence. Hormones et comportement. 2013 ; 64:288-297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020> PMID : 23998673
6. Leibowitz S, de Vries ALC. La dysphorie de genre à l'adolescence. Revue internationale de psychiatrie. 2016 ; 28 : 21-35. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844> PMID : 26828376
7. Cohen-Kettenis PT, Klink D. Adolescents avec dysphorie de genre. Meilleures pratiques et recherches Endocrinologie clinique et métabolisme. 2015 ; 29 : 485-495.
8. Flores AR, Herman JL, Gates GJ, Brown TNT. Combien d'adultes s'identifient comme transgenres aux États-Unis ? Los Angeles, CA. 2016 : The Williams Institute.
9. 4thwavenow (2016, 20 janvier). About. Récupéré de <https://web.archive.org/web/20160120003530/http://4thwavenow.com/about/>
10. Zucker KJ, Bradley SJ, Owen-Anderson A, Kibblewhite SJ, Wood H, Singh D, Choi K. Démographie, problèmes de comportement et caractéristiques psychosexuelles des adolescents souffrant d'un trouble de l'identité sexuelle ou Fétichisme travesti. Journal of Sex & Marital Therapy. 2012 ; 38:2, 151-189, <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.611219> PMID : 22390530
11. Zucker KJ, Lawrence AA, Kreukels BPC. La dysphorie de genre chez les adultes. Annu Rev Clin Psychol. 2016 ; 12:217-47. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093034> PMID : 26788901
12. Edwards-Leeper L, Spack NP. Évaluation psychologique et traitement médical des jeunes transgenres dans un "service de gestion du genre" (GeMS) interdisciplinaire dans un grand centre pédiatrique. Journal of Homo- sexuality. 2012 ; 59 (3) : 321-336. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653302> PMID : 22455323
13. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Tyolajarvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors : overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. Psychiatrie et santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. 2015 ; 9:9 : 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y> PMID : 25873995
14. Bonfatto M, Crasnow E. Gender/ed identities : an overview of our current work as child psychotherapists in the Gender Identity Development Service. Journal de la psychothérapie de l'enfant. 2018 ; 44 (1) : 29-46.
15. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Tyolajarvi M, Frisen L. Gender dysphoria in adolescence : current perspectives. Santé, médecine et thérapeutique de l'adolescence. 2018 ; 9:31-41. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432> PMID : 29535563
16. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Résultats psychosexuels des enfants dysphoriques de genre. J.

---

Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry. 2008 ; 47 (12) : 1413-1423.

17. Steensma TD ; McGuire JK, Kreukels BPC, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria : a quantitative follow-up study. Journal de l'Académie de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 2013 ; 53(6) : 582-590.

18. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Désir et persistance de la dysphorie de genre après l'enfance : une étude de suivi qualitative. *Psychologie et psychiatrie cliniques de l'enfant*. 2010 ; 16 (4):499-516.
19. Delemarre-van de Waal HA, Cohen-Kettenis PT. Gestion clinique du trouble de l'identité sexuelle chez les adolescents : un protocole sur les aspects psychologiques et d'endocrinologie pédiatrique. *Journal européen d'endocrinologie*. 2006 ; 155 : S131-S137.
20. de Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder : a prospective follow-up study. *J Sex Med*. 2011 ; 8:2276-2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x> PMID : 20646177
21. de Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Résultats psychologiques des jeunes adultes après suppression de la puberté et réassignation sexuelle. *Pédiatrie*. 2014 ; 134 (4) : 696-704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958> PMID : 25201798
22. Schagen SEE, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Hannema SE. Efficacité et sécurité du traitement par agoniste de l'hormone de libération des gonadotrophines pour supprimer la puberté chez les adolescents dysphoriques. *J Sex Med*. 2016 ; 13 : 1125-1132. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.004> PMID : 27318023
23. Costa R, Dunsford M, Skagerberg E, Holt V, Carmichael P, Colizzi M. Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med*. 2015 ; 12:2206-2214. <https://doi.org/10.1111/jsm.13034> PMID : 26556015
24. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SHM. Réassignation sexuelle des adolescents transsexuels : une étude de suivi. *Journal of the academy of child & adolescent Psychiatry*. 1997 ; 36(2) : 263-271.
25. Byne W, Bradley SJ, Coleman E, Eyler AE, Green R, Menvielle EJ, et al. Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*. 2012 ; 41 : 759-796. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x> PMID : 22736225
26. Zucker KJ. Épidémiologie de la dysphorie de genre et de l'identité transgenre. *Santé sexuelle*. 2017 Oct ; 14 (5):404-411. <https://doi.org/10.1071/SH17067> PMID : 28838353
27. Aitken MA, Steensma TD, Blanchard R, VanderLaan DP, Wood H, Fuentes A, et al. Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *J Sex Med*. 2015 ; 12:756-763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817> PMID : 25612159
28. de graaf NM, Giovanardi G, Zitz C, Carmichael P. Sex Ratio in Children and Adolescents Referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009-2016). *Archives of Sexual Behavior*. 2018, 47:1301-1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9> PMID : 29696550
29. Marsden P. Memetics and social contagion : Deux faces d'une même pièce ? *Journal of Memetics : Evolutionary Models of Information Transmission*. 1998 ; 12 : 68-79.
30. Dishion TJ et Tipsord JM. Peer contagion in child and adolescent social and emotional development. *Revue annuelle de psychologie*. 2011 ; 62 : 189-214. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100412> PMID : 19575606
31. Prinstein MJ. Modérateurs de la contagion par les pairs : Un examen longitudinal de la socialisation de la dépression entre les adolescents et leurs meilleurs amis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2007 ; 36:159-170. <https://doi.org/10.1080/15374410701274934> PMID : 17484689
32. Schwartz-Mette RA, Rose AJ. Co-rumination mediates contagion of internalizing symptoms within youths' friendships. *Psychologie du développement*. 2012 ; 48 : 1355-1365. <https://doi.org/10.1037/a0027484> PMID : 22369336
33. Schwartz-Mette RA, Smith RL. Quand la co-rumination facilite-t-elle la contagion de la dépression dans les amitiés adolescentes ? Investigating intrapersonal and interpersonal factors. *J de Clin Child Adolesc Psychol*. 2016 ; 1 : 1-13 <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1197837> PMID : 27586501
34. Starr LR. When support seeking backfires : co-rumination, excessive reassurance seeking and depressed mood in the daily lives of young adults. *Journal de psychologie sociale et clinique*. 2015 ; 34 (5) : 436-457. <https://doi.org/10.1521/jscp.2015.34.5.436> PMID : 29151669
35. Dishion TJ, Spracklen JM, Andrews DW, Patterson GR. Deviancy training in male adolescents' friendships. *Behavior Therapy*. 1996 ; 27:373-390.
36. Dishion TJ, McCord J, Poulin F. When interventions harm : peer groups and problem behavior. *American Psychologist*. 1999 ; 54(9) : 755-764. PMID : 10510665
37. Paxton SJ, Schutz HK, Wertheim EH, Muir SL. Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*. 1999 ; 108:255-266. PMID : 10369035
38. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Friends' dieting and disordered eating behaviors among adolescents five years later : Findings from project EAT. *Journal of Adolescent Health*. 2010 ; 47 : 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.030> PMID : 20547294

39. Allison S, Warin M, Bastiampillai T. Anorexia nervosa and social contagion : clinical implications. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014 ; 48(2):116-20. <https://doi.org/10.1177/0004867413502092> PMID : 23969627
40. Vandereycken W. Les troubles du comportement alimentaire peuvent-ils devenir "contagieux" dans le cadre d'une thérapie de groupe et de soins spécialisés en milieu hospitalier ? *Revue européenne des troubles de l'alimentation*. 2011 ; 19 : 289-295. <https://doi.org/10.1002/erv.1087> PMID : 21394837
41. Warin M. Reconfigurer la parenté dans l'anorexie. *Anthropologie et médecine*. 2006 ; 13 : 41-54. <https://doi.org/10.1080/13648470500516147> PMID : 26868611
42. Harshbarger JL, Ahlers-Schmidt CR, Mayans L, Mayans D, Hawkins JH. Sites Web pro-anorexie : ce qu'un clinicien de devrait savoir. *Int J Eat Disord*. 2009 ; 42:367-370. <https://doi.org/10.1002/eat.20608> PMID : 19040264
43. Custers K. La question urgente du contenu en ligne pro-troubles alimentaires et des enfants : pratique clinique. *Eur J Pediatr*. 2015 ; 174 : 429-433. <https://doi.org/10.1007/s00431-015-2487-7> PMID : 25633580
44. Rouleau CR, von Ranson KM. Risques potentiels des sites Web favorables aux troubles de l'alimentation. *Revue de psychologie clinique*. 2011 ; 31:525-531. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.005> PMID : 21272967
45. Bechard B, VanderLaan DP, Wood H, Wasserman L, Zucker KJ. Psychosocial and psychological vulnerability in adolescents with gender dysphoria : a "proof of principle" study. *J Sex Marital Ther*. 2017 ; 43(7):678-88. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1232325> PMID : 27598940
46. Brunsell-Evans Heather et Moore Michele, eds. *Enfants et jeunes transgenres : nés dans votre propre corps*, 244. Newcastle upon Tyne, Royaume-Uni : Cambridge scholars Publishing, 2018. Imprimé.
47. Site web Transgender Reality. <https://transgenderreality.com/about/>. Dernière consultation le 26 septembre 2017.
48. 4thwavenow (2016, 26 décembre). Récupéré sur <https://web.archive.org/web/20161226093345/> <https://4thwavenow.com/>
49. Tendances transgenre (2015, 22 novembre). Accueil. Récupéré de <https://web.archive.org/web/20151122011724/> <http://www.transgendertrend.com/>
50. Transgender Trend (2016, 26 juillet). À propos de nous. Récupéré sur <https://web.archive.org/web/20160726021427/> [http://www.transgendertrend.com/about\\_us/](http://www.transgendertrend.com/about_us/).
51. Jeunes professionnels transcritiques (2016, 5 avril.) À propos. Récupéré de <https://web.archive.org/web/20160405015522/> <http://youthtranscriticalprofessionals.org/about/>.
52. Groupe Facebook des parents d'enfants transgenres. Disponible sur : <https://www.facebook.com/groups/108151199217727/>
53. Vooris JA. *Une vie sans repères : Parenting transgender, gender-creative and gay children*. Thèse de doctorat, Université du Maryland, College Park. 2016. Disponible sur : [https://drum.lib.umd.edu/bitstream/handle/1903/18947/Vooris\\_umd\\_0117E\\_17593.pdf?sequence=1](https://drum.lib.umd.edu/bitstream/handle/1903/18947/Vooris_umd_0117E_17593.pdf?sequence=1)
54. Angello M, Bowman A. *Raising the transgender child : Un guide complet pour les parents, les familles et les jeunes* 1ère éd. Berkeley : Seal Press ; 2016.
55. PFLAG et Trans Youth Education & Support of Colorado (TYES). Ressources du Colorado pour les familles de jeunes transgenres. Available from [https://static1.squarespace.com/static/5b10b6968ab722b1af17a9ca/t/5bd1175ac83025ad6e7aeb8f/1540429660858/PFLAG\\_TYES\\_Resources\\_091916.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5b10b6968ab722b1af17a9ca/t/5bd1175ac83025ad6e7aeb8f/1540429660858/PFLAG_TYES_Resources_091916.pdf)
56. PFLAG Greater Providence. Nouvelles et opinions ; 17, (6) : 2016. Disponible sur : [https://www.pflagprovidence.org/uploads/2/5/8/1/25814882/2016-12-07\\_novembre-d%C3%A9cembre\\_2016\\_pflag\\_newsletter-final.pdf](https://www.pflagprovidence.org/uploads/2/5/8/1/25814882/2016-12-07_novembre-d%C3%A9cembre_2016_pflag_newsletter-final.pdf).
57. Association psychiatrique américaine. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (cinquième édition)*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing ; 2013.
58. Moore M. Grounded Theory. Dans : Goodley D, Lawthorn R, Clough P, et Moore M. *Researching Life Stories : Method, Theory and Analyses in a Biographical Age*. London : RoutledgeFalmer ; 2004. pp 118- 121.
59. Le dilemme des personnes deux fois exceptionnelles. National Education Association. 2006. <http://www.nea.org/assets/docs/twiceexceptional.pdf> Dernière visite le 10/6/17.
60. Copen CE, Chandra A, Febo-Vazquez I. Comportement sexuel, attirance sexuelle et orientation sexuelle chez les adultes âgés de 18 à 44 ans aux États-Unis : Données de l'enquête nationale sur la croissance des familles 2011-2013. *Rapports nationaux sur les statistiques de santé ; no 88*. Hyattsville, MD : Centre national des statistiques de santé. 2016.
61. Ryan CL, Bauman K. *Le niveau d'éducation aux États-Unis : 2015. Recensement américain*. <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p20-578.pdf>



- 
62. Wood H, Sasaki S, Bradley SJ, Singh D, Fantus S, Owen-Anderson A, et al. Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011) : Âge, sex-ratio et orientation sexuelle

- [Lettre à l'éditeur]. *J Sex Marital Ther.* 2013 ; 39:1-6. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.675022> PMID : 23152965
63. Delay D, Martin CL, Cook RE, Hanish LD. The influence of peers during adolescence : does homophobic name calling by peers change gender identity ? *J Youth Adolescence.* 2018 ; 47:636-649.
  64. Marshall E, Claes L, Bouman WP, Witcomb GL, Arcelus J, et al. Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people : Une revue systématique de la littérature. *Int Rev Psychiatry* 2016 ; 28:58-69. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1073143> PMID : 26329283
  65. Loftus EF, Davis D. Recovered Memories. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2006 ; 2:469-98. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095315> PMID : 17716079
  66. Appelbaum PS. Poursuites de tiers contre des thérapeutes dans des cas de mémoire retrouvée. *Psychiatric Services.* 2001 ; 52 (1) : 27-28. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.1.27> PMID : 11141524
  67. Brainerd CJ, Reyna VF. False Memory in Psychotherapy In : *The Science of False Memory*, Oxford Psychology Series Number 38. New York : Oxford University Press. 2005. Pp 361-422.
  68. Fiore F, Ruggiero GM, Sassaroli S. Emotional dysregulation and anxiety control in the psychopathological mechanism underlying drive for thinness. *Frontiers in Psychiatry.* 2014 ; 5 (43) : 1-5.
  69. Marzola E, Panepinto C, Delsedime N, Amianto F, Fassino S, Abbate-Daga G. A factor analysis of the meanings of anorexia nervosa : intrapsychic, relational, and avoidant dimensions and their clinical correlates. *BMC Psychiatry.* 2016 ; 16:190. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0894-6> PMID : 27267935
  70. Halmi KA. Perplexités de la résistance au traitement dans les troubles alimentaires. *BMC Psychiatry* 2013, 13:292 : 1-6.
  71. Steinhausen HC, Jensen CM. Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2015 ; 48:845-850. <https://doi.org/10.1002/eat.22402> PMID : 25809026
  72. Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. Une revue des troubles alimentaires chez les hommes. *Curr Opin Psychiatry.* 2014 ; 27:426-430. <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000113> PMID : 25226158
  73. Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry.* 2009 ; 70:1715-1721. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05176blu> PMID : 20141711
  74. Lopez C, Stahl D, Tchanturia K. Estimated intelligence quotient in anorexia nervosa : a systematic review and meta-analysis of the literature. *Ann Gen Psychiatry* 2010 ; 9 : 40. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-40> PMID : 21182794
  75. Schilder CMT, van Elburg AA, Snellen WM, Sternheim LC, Hoek HW, Danner UN. Fonctionnement intellectuel des patients adolescents et adultes souffrant de troubles de l'alimentation. *Int J Eat Disord.* 2017 May ; 50(5):481-489. <https://doi.org/10.1002/eat.22594> PMID : 27528419
  76. Guarda AS. Traitement de l'anorexie mentale : perspectives et obstacles. *Physiologie et comportement.* 2008 ; 94 : 113-120.
  77. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. La santé mentale des enfants transgenres qui sont soutenus dans leur identité. *Pédiatrie.* 2016 ; 137 : 31-38.
  78. Jones RP, Cox D. La plupart des Américains sont en faveur de droits et de protections juridiques pour les personnes transgenres. *PRRI.* 2011. Disponible sur <http://www.prii.org/research/american-attitudes-towards-transgender-people/>.