

PROPOSITION DE LOI

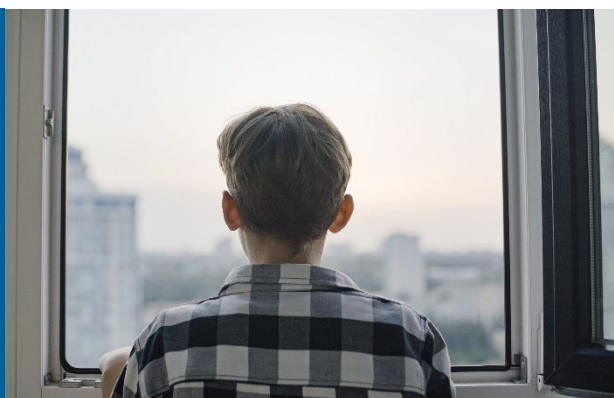
PRISE EN CHARGE DES MINEURS EN QUESTIONNEMENT DE GENRE

Première lecture



La prise en charge de la dysphorie de genre chez les mineurs fait l'objet de **controverses médicales et de débats éthiques**.

La proposition de loi, amendée par la commission, **encadre la prescription de bloqueurs de puberté** en la limitant aux centres de référence pluridisciplinaires. Elle **interdit la prescription de traitements hormonaux et la réalisation de chirurgies de réassignation**, difficilement réversibles.



1. LA PRISE EN CHARGE DE LA DYSPHORIE DE GENRE CHEZ LES MINEURS

A. LA DYSPHORIE DE GENRE

1. Définition internationale

La dysphorie de genre fait l'objet de **plusieurs définitions internationales**, qui ont évolué ces dernières années dans le sens d'une « dépsychiatriation ».

La **onzième révision de la classification internationale des maladies (CIM)**, publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a exclu l'incongruence de genre des troubles mentaux, de la personnalité et du comportement pour l'intégrer aux affections liées à la santé sexuelle. Elle la définit comme « *une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné.* »

2. Prévalence en population générale et chez les mineurs

L'estimation de la prévalence de la dysphorie de genre est délicate. Toutefois, des données médico-administratives peuvent contribuer, en France, à une première évaluation. Elles font apparaître une **forte croissance du nombre de personnes prises en charge depuis le début des années 2010** :

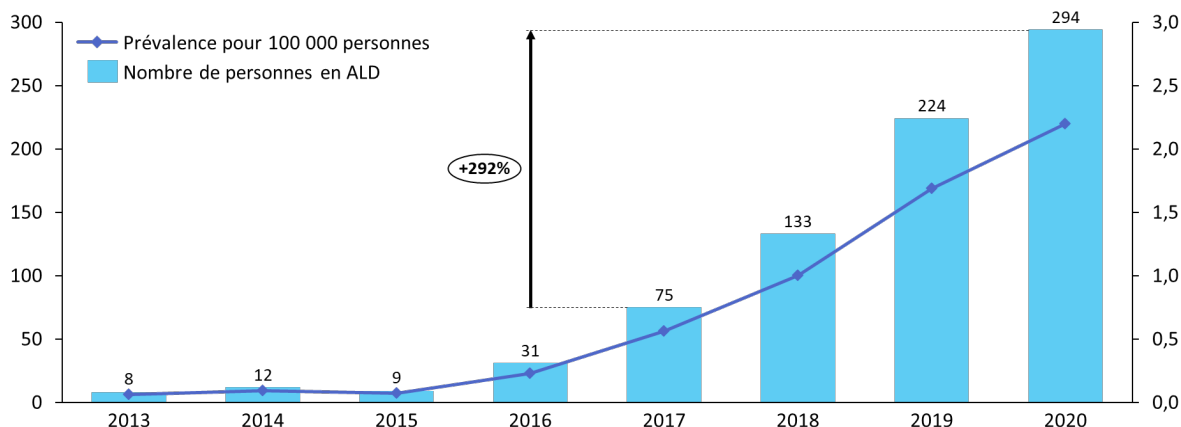
- le **nombre de personnes en affection de longue durée (ALD)** pour « transidentité » a été multiplié par près de dix entre 2013 et 2020, pour s'établir à 8 952 personnes ;

- le **nombre annuel de séjours hospitaliers** en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) avec le code diagnostique « transexualisme » a été multiplié par trois entre 2011 et 2020, pour s'établir à 1 615.

Parmi les personnes prises en charge médicalement et figurant dans les données médico-administratives disponibles, **la part des mineurs apparaît fortement minoritaire** : 3,3 % des bénéficiaires de l'ALD et 3 % des séjours MCO codés « transexualisme » en 2020. Toutefois, le nombre de mineurs concernés et la part de ceux-ci au sein de leur classe d'âge connaissent également une **nette progression**.



Prévalence des personnes en ALD « transidentités » dans la classe d'âge 0-17 ans



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données de l'assurance maladie.

B. LE PARCOURS DES MINEURS CONCERNÉS

1. Transitions médicale, sociale et administrative

La prise en charge médicale ne constitue qu'un **élément facultatif du parcours des mineurs présentant une dysphorie de genre**.

La **transition sociale** recouvre le fait de vivre, au sein de son environnement familial, amical, affectif ou scolaire, dans un genre différent du genre de naissance. Celle-ci est d'ores et déjà protégée par la loi pénale, qui punit toute discrimination fondée sur l'identité de genre et toute pratique visant à modifier ou réprimer cette dernière. Une circulaire du ministre de l'éducation nationale de 2021 appelle, par ailleurs, les établissements scolaires à garantir les conditions d'une transition.

La **transition administrative** désigne les modifications de prénom et/ou du sexe à l'état civil, pour les faire correspondre au genre auquel la personne s'identifie. La loi de 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle a entendu simplifier ces démarches en permettant :

- les changements de prénom sur simple demande à l'officier d'état civil ;
- à toute personne majeure ou mineure émancipée de démontrer au tribunal judiciaire la nécessité d'un changement de sexe à l'état civil, sans que l'absence de traitement médical de réassignation ne puisse y faire obstacle.

2. Modalités et contenu de la prise en charge médicale

La prise en charge médicale des mineurs présentant une dysphorie de genre est, principalement, le fait de **services spécialisés hospitaliers**. En 2018, neuf consultations spécialisées étaient recensées sur le territoire national, dont trois en région parisienne. La prise en charge des mineurs y est collégiale et fondée sur l'organisation régulière de **réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)**, réunissant spécialistes du développement de l'enfant sur le plan psychoaffectif comme somatique et sollicitées avant toute décision thérapeutique importante.

Les mineurs peuvent également être pris en charge en **ville**, au sein des maisons des adolescents, des plannings familiaux ou auprès de professionnels libéraux.

La prise en charge médicale des mineurs est fondée principalement sur quatre éléments :

- un **soutien psycho-social** permettant de réduire les risques de souffrance ;
- des **bloqueurs de puberté**, prescrits à compter des premières manifestations pubertaires, pour suspendre le développement de caractères sexuels secondaires (poitrine, voix, pilosité) susceptibles d'accentuer les souffrances ressenties ;
- des **traitements hormonaux (ou « hormones croisées »)**, permettant de développer des caractères sexuels secondaires du genre auquel le mineur s'identifie ;
- des **actes chirurgicaux de réassignation** : la chirurgie pelvienne n'est pas pratiquée avant 18 ans, mais des chirurgies mammaires (torsoplasties notamment) sont réalisées.

Traitements initiés par le service spécialisé de la Pitié-Salpêtrière (sur 239 mineurs reçus entre 2012 et 2022)

Bloqueurs de puberté



Hormones croisées



Torsoplasties



C. L'ENCADREMENT PROPOSÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

1. L'encadrement de la prescription des bloqueurs de puberté

L'article 1^{er} de la proposition de loi déposée interdisait, dans le cadre de la prise en charge de la dysphorie de genre, la prescription de bloqueurs de puberté aux patients de moins de dix-huit ans. Toutefois, à l'initiative du rapporteur, la commission l'a amendé pour permettre de telles prescriptions par un médecin membre de centres de référence spécialisés listés par arrêté :

- après évaluation par l'équipe médicale de l'absence de contre-indication comme de la capacité de discernement du mineur et examen du dossier dans une RCP ;

- dans le respect d'un délai minimal de deux ans séparant la prescription de la première consultation du patient dans un centre de référence.

La commission a amendé l'article 2 de la proposition de loi fixant les sanctions pénales associées pour les appliquer également aux cas de méconnaissance de ces conditions de prescription.

2. L'interdiction des hormones croisées et des chirurgies de réassignation chez les mineurs

La commission a adopté les dispositions de la proposition de loi visant à interdire la prescription d'hormones croisées et la réalisation de chirurgies de réassignation chez des patients mineurs.

Observant que des cas de « détransition » et de regrets sont désormais documentés, elle a jugé indispensable de laisser ainsi le temps aux mineurs de réfléchir à l'opportunité de traitements longs, lourds et difficilement réversibles.

Cet encadrement sera sans incidence sur la faculté, pour un mineur, d'entreprendre une transition administrative. Il ne doit, par ailleurs, pas empêcher la mise en place d'un suivi psycho-social, souvent nécessaire compte tenu des souffrances ressenties, ni celle d'un accompagnement du mineur dans son parcours de transition sociale.

La commission a, enfin, prévu que l'entrée en vigueur de l'encadrement ne devra pas interrompre les traitements engagés.

Elle a adopté un article additionnel prévoyant un réexamen du texte cinq ans après sa promulgation, pour tenir compte d'éventuelles avancées de la connaissance scientifique.

2. L'ÉTABLISSEMENT D'UNE STRATÉGIE NATIONALE POUR LA PÉDOPSYCHIATRIE

A. LA SANTÉ MENTALE DÉGRADÉE DES MINEURS ET LES DIFFICULTÉS DE LA PÉDOPSYCHIATRIE

1. La dégradation de la santé mentale des mineurs

Selon la Cour des comptes, aujourd'hui entre 750 000 et 850 000 jeunes bénéficient annuellement de soins en pédopsychiatrie. 190 000 d'entre eux seraient concernés les troubles les plus graves identifiés par des hospitalisations ou de prises en charge dans le cadre d'affections de longue durée (ALD).

L'enquête Escapad menée par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives, **la prévalence des symptômes anxio-dépressifs chez les jeunes de 17 ans est passée de 4,5 % à près de 10 % entre 2017 et 2022**. Chez les plus jeunes, l'enquête Enabee publiée l'année dernière et conduite par Santé Publique France indiquait que 13 % des enfants en élémentaire présentent un trouble probable de santé mentale.

2. La pédopsychiatrie en France : une profession en difficulté

La **pédopsychiatrie connaît, pourtant, une grave crise d'attractivité** (-34 % de professionnels spécialisés entre 2010 et 2022) à laquelle des réponses doivent être apportées.

L'offre de soins est largement saturée et inégalement répartie sur le territoire. Le nombre d'enfants pris en charge en centre médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent (CMPEA), après avoir augmenté de 17 % entre 1997 et 2016, continue de progresser de plus de 1 % par an. Les centres médico-psychologiques infanto-juvéniles sont largement concentrés en milieu urbain et dense. Selon la Cour des comptes, le délai moyen pour commencer une prise en charge était estimé en 2023 à plus de deux mois en Nouvelle-Aquitaine, quatre mois en Rhône-Alpes et huit mois en Seine-Saint-Denis.

B. LA MISE EN PLACE D'UNE STRATÉGIE NATIONALE

1. La nécessaire amélioration de l'offre de soins

La proposition de loi prévoit la mise en place dans les six mois suivant la promulgation du texte d'une stratégie nationale pour la pédopsychiatrie révisable tous les 5 ans. **Cette stratégie a pour objectif de permettre à tous les enfants d'avoir accès à une offre de soins adaptée au plus près de leur lieu de vie.**

La commission a pleinement souscrit à cet objectif et a souhaité l'enrichir en ajoutant à cette stratégie un volet spécifique à la formation des professionnels de santé et à l'amélioration des conditions d'exercice de la pédopsychiatrie en France.

2. Une réponse aux enjeux d'accompagnement des mineurs en questionnement de genre

Si la proposition de loi ne vise pas à « repsychiatriser » la prise en charge de la dysphorie de genre, **il est indéniable que les mineurs en questionnement de genre et en transition constituent une population particulièrement vulnérable dans le champ de la santé mentale.** La commission a estimé que le développement sur l'ensemble du territoire de structures spécialisées et coordonnées dans le cadre d'une stratégie nationale permettra d'améliorer également le suivi et l'accompagnement de ces enfants et de leurs parents.

Réunie le mercredi 22 mai 2024 sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission des affaires sociales **a adopté la présente proposition de loi modifiée par neuf amendements** du rapporteur.



EN SÉANCE

En séance publique, le Sénat a **adopté le texte de la commission**, modifié par trois amendements de clarification rédactionnelle, dont deux du rapporteur.

En première lecture, le Sénat a adopté la proposition de loi ainsi modifiée.



Philippe Mouiller
Sénateur (LR) des Deux-Sèvres
Président



Alain Milon
Sénateur (LR) du Vaucluse
Rapporteur

Consulter le dossier législatif

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl23-435.html>