

Un futur pour les enfants et les jeunes transgenres

Que savons-nous sur les besoins et les solutions?

Pr DENISE MEDICO^a et ADÈLE ZUFFEREY^b

Rev Med Suisse 2018; 14: 1765-9

Depuis 2011, les besoins, enjeux et protocoles de soins destinés aux jeunes trans sont largement documentés et il ressort des travaux récents que ces jeunes sont plus à risque de suicide, discrimination, dépression, que leurs pairs. Or, la compréhension des facteurs causaux a changé, il devient évident que les expériences négatives liées à la discrimination sont responsables de ces difficultés psychiques et relationnelles. Lorsque les enfants sont acceptés et soutenus dans leur genre trans, ils ne diffèrent pas des autres enfants. Les structures de soins adaptées offrant un accompagnement respectueux et acceptant la différence de genre sont nécessaires. Trois axes d'intervention sont identifiés: les traitements hormonaux de retard de puberté, voire de puberté croisée, l'accompagnement des familles et la lutte contre le harcèlement scolaire.

Giving a future to transgender youth... What do we currently know of their needs, what are the best practices?

Since 2011, a significant amount of evidence has been published on transgender children and adolescents, highlighting their needs and the best health and social practices. They are more at risk of suicide, discrimination, depression. Today, we better understand that the main causal factor linked with negative experiences is to be found in direct and indirect discriminations, subsequently causing personal and relational difficulties. When transgender youth are fully accepted and supported in their desired gender, they do not significantly differ from other youth. We need to build informed and respectful practices. Three kind of interventions are now urgently needed in Switzerland: access to hormonal management of puberty (medical), family centered interventions (psychosocial), and prevention of bullying in schools (sociopolitical).

JEUNES TRANS: UNE QUESTION ÉMERGENTE

Depuis 2011, on assiste à une recrudescence de publications sur les besoins des enfants et des jeunes trans, de nouvelles pratiques de soins sont implantées dans plusieurs pays et leur efficacité est étudiée. Les cliniciens des centres spécialisés rapportent une très forte augmentation des demandes d'enfants et d'adolescents. Si cette question ne peut être dissociée de débats éthiques et médicaux, avec des prises de positions parfois enflammées autour de la question de l'âge à partir

duquel il est possible d'intervenir médicalement ou des questions étiologiques, une perspective pragmatique s'impose afin de garantir à ces enfants et leurs familles le développement le plus favorable possible. Dans cet article, nous présentons les pistes de compréhension et d'intervention validées dans la littérature la plus récente.

Les données statistiques proviennent pour la plupart des travaux de santé publique portant sur des cohortes adolescentes (dès 12 ans) et basés sur des mesures auto-identificatoires. Ces travaux estiment la prévalence chez les jeunes entre 0,17% et 1,3%.^{1,2} Dans un échantillon représentatif et aléatoire de 8166 jeunes de 12 à 16 ans en Nouvelle-Zélande,³ 1,2% ont dit se sentir «transgenres» et 2,5% ont été classés «en questionnement».

Dans les travaux provenant des centres cliniques spécialisés, le concept de transsexualisme devient obsolète, et c'est le diagnostic de «dysphorie de genre» (depuis 2013) et «troubles de l'identité de genre» (avant 2013) qui est utilisé pour parler de cette expérience. Ce qu'il est pertinent de mentionner en termes de chiffre pour cette sous-population est qu'elle augmente rapidement depuis quelques années selon les différents centres d'expertise et que le ratio de genre s'est récemment inversé. Il semble y avoir maintenant plus de demandes de FtM (assigné féminin allant vers masculin) que de MtF (assigné masculin allant vers féminin).

COMMENT SE DÉVELOPPE LE SENTIMENT D'ÊTRE TRANS

Les parcours de vie des jeunes trans sont diversifiés⁴ mais ils commencent souvent très tôt, en moyenne entre 5 et 8 ans,^{5,6} voire avant.⁷ Par contre, le moment de la révélation à l'entourage est généralement beaucoup plus tardif, autour des 17 ans.⁸

Il est primordial de différencier compréhension et expression. Si la plupart des jeunes savent qu'ils sont différents dans leur genre, ils ne l'expriment pas toujours. En effet, dès l'âge préscolaire, les enfants comprennent les stéréotypes de genre et la pression à s'y conformer,⁷ et tous les enfants qui se sentent différents ne le ressentent ni de la même façon ni avec la même envie et possibilité de l'exprimer. Beaucoup, surtout lorsque ce sentiment devient clair dans la deuxième phase de l'enfance, auront peur d'être rejetés ou menacés s'ils le manifestent.⁸ A titre indicatif, 65,2% des jeunes transgenres ou en questionnement ne l'avaient dit à personne avant de

^a Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succ. Centre-Ville Montréal, Canada H3C-3P8, ^b Intervenante, psychologue assistante, Fondation Agnodice, Lausanne
medico.denise@uqam.ca

répondre à l'étude, soit vers 15-16 ans. Vivre dans le secret a également des conséquences psychologiques et relationnelles en termes d'isolement et d'estime de soi. Dans ces situations, c'est souvent au moment de la puberté que le jeune est perçu pour son entourage comme développant des comportements à risque, dépression, comportements autodestructeurs et agressivité, qui ne prendront sens que lorsqu'il pourra exprimer son malaise face à son corps et son genre assigné. Ce qui peut désormais se nommer plus tôt, était expliqué dans les cohortes de personnes plus âgées comme une souffrance sourde et insidieuse qui précédait la révélation et la compréhension d'une subjectivité trans.⁹⁻¹¹

A des fins de simplification, nous pouvons identifier trois types de facteurs (non exclusifs) expliquant les parcours développementaux différents des enfants: a) le contexte familial et social et son ouverture perçue; b) le rapport aux autres et la personnalité et c) le type de rapport au genre et à la sexualité.

DIVERSITÉ DES RAPPORTS AU GENRE, UN AXE FONDAMENTAL POUR COMPRENDRE

En dehors de l'âge, bien évidemment crucial, l'expression et le vécu du genre peut prendre différentes formes: l'inversion de genre binaire, le genre neutre et la non-binarité de genre.

L'inversion de genre binaire se manifeste en général le plus tôt, soit dès la petite enfance avec des enfants qui affirment être de l'autre genre, vouloir changer de sexe, et refusant clairement tous les attributs esthétiques et comportementaux du genre qui leur a été assigné. Ils se montrent souvent insistants, cohérents et persistants dans leur affirmation d'être de l'autre genre. Ce sont surtout ces enfants et leurs familles qui vont consulter tôt, avant la puberté. Nos connaissances médicales et psychologiques actuelles concernent essentiellement cette catégorie.¹²

D'autres se sentent différents dans leur genre car le concept de genre en soi ne leur correspond pas et ne fait pas de sens pour eux. Ainsi, certains peuvent se sentir neutres dans leur genre et ne se sentir correspondre ni à la féminité ni à la masculinité. Ils pourront s'identifier comme a-genrés (ou *gender neutral* en anglais). Pendant l'enfance, ils passeront le plus souvent inaperçus, surtout s'ils sont assignés au féminin. Par contre, la puberté pourra être une période pénible et violente.

Une autre manière de vivre le genre commence à être de plus en plus visible dans la littérature comme dans les milieux communautaires, surtout chez les jeunes: c'est la non-binarité de genre, soit le genre transgenre ou *gender queer*. Pour ces personnes, le sentiment de genre ne correspond ni au féminin, ni au masculin, mais à une forme d'entre-deux, d'alternance des deux, voire des deux genres à la fois.¹¹ Cette expérience du genre se manifeste généralement plus tardivement dans le développement, au moment de la puberté et de l'adolescence.¹³ Dans les cohortes adolescentes de jeunes de minorités sexuelles et de genre (LGBT (lesbien, gay, bisexuel, transgenre) et Queer), lorsqu'on prend en compte l'identité auto-affirmée, environ 20% des jeunes ne se définissent pas dans une configuration binaire, et cela semble plus fréquent chez les personnes assignées au féminin.⁴

CONSTRUIRE UN SENS DE SOI POSITIF COMME CONDITION DE LA SANTÉ MENTALE

Il a été établi de manière consensuelle que les difficultés affectives, un sentiment négatif de soi, la dépression, l'anxiété, les symptômes post-traumatiques, les troubles alimentaires et les idéations suicidaires sont beaucoup plus fréquents chez les jeunes trans, quel que soit le mode de recrutement de l'échantillon.^{3,12,15-17} Les travaux du centre néerlandais sont particulièrement importants de par la taille des cohortes, les comparaisons avec d'autres centres, le recul temporel et la rigueur des documentations. Dans les derniers travaux de ce centre, cherchant à identifier l'étiologie de ces difficultés, il semble que les mauvaises relations avec les pairs soient un facteur très important des souffrances psychologiques préalablement identifiées.¹⁸

Les études les plus récentes semblent indiquer que ces difficultés ne sont pas intrinsèques ou causales du rapport au genre et de l'identification trans, mais bien une conséquence directe et indirecte des discriminations, violences, non-reconnaissance de l'identité trans et pression à cacher son genre perçu.^{12,18-21} Ainsi, les travaux les plus récents qui ont étudié les fonctions cognitives et les ajustements affectifs des enfants trans de 5 à 12 ans, vivant ouvertement leur genre désiré avec des parents soutenant, montrent qu'ils ont les mêmes scores que les autres enfants.^{6,22,23}

Si le harcèlement, les insultes et la violence sont fréquents pour tous les jeunes LGBT, il semble que plus un jeune est non conforme dans son genre, plus il est susceptible de subir de la violence et des abus dans le contexte scolaire ainsi que de la cyberintimidation.^{3,24,25} Les nombreux travaux concluent que les jeunes transgenres ne se sentent pas en sécurité à l'école, et ceci a été associé aux idéations suicidaires et tentatives de suicide effectives, à la détresse psychologique, à la dépression et aux échecs scolaires. Ces expériences négatives, en fonction de leur intensité, auraient des répercussions à l'âge adulte, tant sur la santé mentale que sur l'avenir professionnel et économique.²⁶ La lutte contre le harcèlement scolaire reste un axe fondamental d'une intervention intégrée et efficace.

DÉVELOPPER DES APPROCHES DE SOINS AFFIRMATIVES

Les approches d'accompagnement avec une optique affirmative et à temps, soit avant la puberté, se sont révélées apporter des améliorations importantes dans la qualité de vie et le fonctionnement psychosocial des jeunes trans.^{6,27,28} Il a été montré que les jeunes ayant accès à des services où opèrent des professionnels formés et sensibilisés aux enjeux spécifiques de cette population, qui visent à les soutenir dans leur identité de genre désirée, présenteraient moins de problèmes de comportements et de santé mentale que les jeunes ayant suivi des thérapies réparatrices ou de conversion.²⁷ Les approches psychothérapeutiques recommandées devraient avoir comme objectif de renforcer les liens sociaux et développer l'affirmation de soi. Les approches de groupe de pairs pour les jeunes et leurs familles ainsi que l'accès à des modèles positifs sont des facteurs de résilience à ne pas négliger.^{10,29,30}

TABLEAU 1 Ressources pour enfants et adolescents transgenres (Vaud et Genève)

^a Ce réseau fondé il y a une dizaine d'années regroupe des médecins, psychologues et intervenants spécialisés. Il collabore avec les structures hospitalières et fonctionne comme une plateforme d'orientation pour les personnes transgenres.

^b Ces structures hospitalières font partie d'un réseau de soins pour les personnes présentant une dysphorie de genre; il est issu d'une volonté de coordination et de collaboration de plusieurs services des HUG et du CHUV, qui est en voie d'officialisation.

NOTE: les ressources sont susceptibles d'évoluer rapidement.

DISA: Division interdisciplinaire de santé des adolescents; LGBT: personnes lesbiennes, gay, bisexuelles, transgenres.

Types de ressource	Nom de la ressource	Prestations
Réseau privé médical, social et psychologique ^a	Fondation Agnodice info-16ans@agnodice.ch	<ul style="list-style-type: none"> • 0-16 ans et familles • Orientation, conseil, soutien social et familial • Accompagnement des changements de genre à l'école (en partenariat avec l'Unité PSPS VD, le DIP Genève, etc.) • Groupes de parents • Formation des professionnels
	Réseau médical privé coordonné par la Fondation Agnodice : pédopsychiatres, psychiatres, psychologues et endocrinologues info@agnodice.ch	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants, adolescents et adultes • Consultations et suivis
Réseau médical hospitalier ^b	DISA – CHUV disa@chuv.ch	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations multidisciplinaires • Orientation pédopsychiatrique et/ou endocrinologique • Suivi somatique • 12-20 ans
	Pédopsychiatrie de liaison – SUPEA / CHUV supea.liaisonchuv@chuv.ch	<ul style="list-style-type: none"> • Expertises pédopsychiatriques avant retard de puberté ou hormonothérapie • Consultations et suivis psychothérapeutiques des moins de 18 ans
	Unité d'endocrinologie, diabétologie et obésité pédiatrique CHUV et Centre d'endocrinologie et métabolisme du jeune adulte (CEMJA) CHUV	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations endocrinologiques • Retards et déclenchements de la puberté • 11-25 ans
	Unité Santé Jeunes des HUG contact.santejeunes@hcuge.ch	<ul style="list-style-type: none"> • Réfèrent pédiatrique et de médecine de l'adolescent pour les questions de genre à Genève pour les pédiatres, les 0-25 ans, leurs familles - Informations, orientation - Consultations multidisciplinaires - Suivi somatique (conjoint avec endocrinologue si traitement en cours) • Comportements à risques
	Unité de pédopsychiatrie de liaison, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des HUG	Consultations et suivis psychothérapeutiques des moins de 18 ans
	Unité d'endocrinologie et diabétologie pédiatriques des HUG	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations endocrinologiques • Retards et déclenchements de la puberté • 11-18 ans
Réseau scolaire	Vaud : Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire (PSPS) Vaud info.upsps@vd.ch	Organisation et suivi des changements de genre à l'école
	Genève : Responsable des questions d'égalité et de prévention de l'homophobie et de la transphobie au DIP Directrice du Service Enseignement, Evaluation et Certifications de la DGESII	
Autres	Le Refuge accueil@refuge-geneve.ch	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement des changements de genre à l'école • Soutien des jeunes LGBT avec possibilité d'hébergement
	Totem info@totemjeunes.ch	Soutien des jeunes
	www.mosaic-info.ch	Plateforme d'information pour les jeunes, les intervenants en milieu scolaire et les parents
	Association 360 www.association360.ch	Permanence d'écoute et de soutien Groupe de discussion trans

ACCOMPAGNER LES FAMILLES

Le soutien familial est l'un des aspects les plus fondamentaux pour le bien-être des jeunes trans.²² Le cheminement de tous les membres de la famille vers l'acceptation peut être difficile: un sentiment initial de choc, de deuil, peut entraîner des conflits au sein de la sphère familiale.^{31,32} Toutefois, ce qui semble motiver les parents d'enfants trans est le désir de pro-

téger leur enfant contre les violences et les discriminations sociales. Ainsi, décider d'autoriser l'enfant à exprimer son identité de genre choisie à l'extérieur induit souvent chez les parents une anxiété et un profond questionnement sur la bonne décision.³¹ Même lorsque les familles se montrent acceptantes et soutenantes à l'intérieur de la sphère familiale, elles doivent encore faire face, à l'extérieur, à des discriminations et trouver des ressources adéquates.

RENDRE ACCESSIBLE LES TRAITEMENTS HORMONAUX

Une partie des enfants trans souhaitera prendre définitivement un genre social différent et faire une transition hormonale avec ou sans chirurgie de réassignation de sexe par la suite. Pour ces jeunes, le moment de la puberté est particulièrement crucial. Les retards de puberté sont pratiqués depuis plus de vingt ans, notamment aux Pays-Bas et dans les pays anglo-saxons, et ont démontré leur efficacité sur les plans psychologique, social et somatique.^{33,34} Pour instaurer un traitement endocrinologique, le consensus actuel s'établit autour du concept de « persistance, congruence, insistance ».^{13,35}

Les traitements hormonaux de blocage de puberté (GnRH analogues) permettent au jeune d'atteindre un âge et une maturité psychique suffisants pour prendre une décision éclairée sur son genre définitif, en tenant compte du fait que si les enfants sont souvent fluctuants quant à leur identification de genre, les adolescents le sont rarement, bien qu'ils soient en questionnement. Ce traitement est prescrit dès le stade de Tanner 2, après une évaluation multidisciplinaire. Les bloqueurs de puberté sont de plus en plus introduits en fonction de la maturité de l'enfant, et non plus dans des protocoles fixes en fonction de l'âge.³³ Dans certains cas, le suivi devra s'adapter aux situations réelles et aux éventuelles urgences chez des jeunes qui se présenteraient tardivement mais avec une souffrance significative. Des thérapies dites croisées sont également utilisées de plus en plus tôt. Il s'agit alors de déclencher la puberté dans le genre désiré, favorisant ainsi une invisibilité sociale et une apparence excellente dans le genre désiré.

UN FUTUR POUR LES JEUNES TRANS

Ces dernières années, les pratiques et les recherches ont changé d'orientation. Face aux résultats très encourageants des standards de soins actuels, plusieurs projets de recherche sont en cours afin d'étudier les accompagnements par des centres de soins aux pratiques transaffirmatives et dans des milieux de vie soutenant. Les premiers résultats semblent indiquer que ces enfants ne se différencient plus des autres enfants, qu'ils vont bien et envisagent positivement leur futur. En Suisse romande, des ressources pour les jeunes et leurs parents commencent à être accessibles. Le **tableau 1** indique les différents partenaires de soins et d'intervention psychosociales.

Conflit d'intérêts: La Fondation Agnodice a subventionné une recherche dont émane cet article.

Remerciements: Nous remercions Nathalie Mermillod et Erika Volkmar pour leur précieuse collaboration.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Adopter une posture de soins affirmative pour tous les types de personnes trans
- Faciliter l'accessibilité aux traitements hormonaux pour les jeunes insistants, persistants, congruents
- Envisager les difficultés et les solutions de manière systémique et soutenir les familles
- Joindre des réseaux de professionnels compétents

1 Diemer EW, Grant JD, Munn-Chernoff MA, Patterson DA, Duncan AE. Gender Identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. *J Ado Health* 2015;57:144-9.

2 Shields JP, Cohen R, Glassman JR, et al. Estimating Population Size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *J Ado Health* 2013;52:248-50.

3 Clark TC, Lucassen MFG, Bullen P, et al. The health and well-being of transgender high school students : results from the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). *J AdoHealth* 2014;55:93-99.

4 Pullen Sansfaçon A. Parentalité et jeunes transgenres: un survol des enjeux vécus et des interventions à privilégier pour le développement de pratiques transaffirmatives. *Santé Men Que* 2015;40:93-107.

5 Beemyn G, Rankin S. The lives of transgender people. New York: Columbia Univ. Press, 2011.

6 *Olson J, Schrager SM, Belzer M, Simons LK, Clark LF. Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *J Ado Health* 2015;57:374-80.

7 Ehrensaft D. Gender Born, Gender made: Raising healthy gender-nonconfor-

ming children. New York : Workman Publish, 2011.

8 Carver PR, Yunger JL, Perry DG. Gender Identity and adjustment in middle childhood. *Sex Roles* 2003;56:439-48.

9 Riley EA, Clemenson L, Sitharthan G, Diamond M. The needs of gender-variant children and their parents : A parent survey. *Int J Sex Health* 2011;23:181-95.

10 Levitt HM, Ippolito MR. Being transgender : The experience of transgender identity development. *J Homo* 2014;61:1727-58.

11 Medico D. Repenser le genre. Une clinique avec les personnes trans. Genève: Georg/Médecine et Hygiène, coll. «Médecine et Société (CMS)», 2016.

12 **Connolly MD, Zervos MJ, Barone li CJ, Johnson CC, Joseph CLM. The mental health of transgender youth: Advances in understanding. *J Ado Health* 2016;59:489-95.

13 Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BPC, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Ado Psy* 2013;52:582-90.

14 Bosse JD, Chiodo L. It is complicated: Gender and sexual orientation identity in LGBTQ youth. *J Clin Nurs* 2016;25:3665-75.

15 Bockting WO, Miner MH, et al. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population.

Am J Pub Heal 2013;103:343-51.

16 Grossman AH, Park JY, Russell ST. Transgender youth and suicidal behaviors: Applying the interpersonal psychological theory of suicide. *J Gay Lesb Men Health* 2016;20:329-49.

17 Rijn AB, Steensma TD, Kreukels BPC, Cohen-Kettenis PT. Self-perception in a clinical sample of gender variant children. *Clin Child Psy* 2013;18:464-74.

18 De Vries ALC, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT, VanderLaan DP, Zucker KJ. Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Eu Child Ado Psy* 2016;25:579-88.

19 Roberts A, Rosario M, Corliss H, Koenen K, Bryn Austin S. Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatr* 2012;129:410-7.

20 Watson RJ, Veale JF, Saewyc EM. Disordered eating behaviors among transgender youth: Probability profiles from risk and protective factors. *Int J Eat Disor* 2017;50:515-20.

21 White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med* 2015;147:222-31.

22 *Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatr* 2016;137:1-8.

23 Olson KR, Key AC, Eaton NR. Gender cognition in transgender children. *Psy Sci* 2015;26:467-74.

24 Johnson CW, Singh AA, Gonzalez M. «It's complicated»: Collective memories of transgender, queer, and questioning youth in high school. *J Homo* 2014;61:419-34.

25 Mitchell KJ, Ybarra ML, Korchmaros JD. Sexual harassment among adolescents of different sexual orientations and gender identities. *Child Abu Neg* 2013;38:280-95.

26 Lenning E, Buist CL. Social, psychological and economic challenges faced by transgender individuals and their significant others: Gaining insight through personal narratives. *Cult, Health Sex* 2013;15:44-57.

27 Torres CG, Renfrew M, Kenst K, et al. Improving transgender health by building safe clinical environments that promote existing resilience: Results from a qualitative analysis of providers. *BMC Pediatr* 2015;15:187.

28 Tishelman AC, Kaufman R, Edwards-Leeper L, et al. Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Prof Psy: Res Pract* 2015;46:37-45.

29 McConnell EA, Birkett M, Mustanski B. Families matter: Social support and

mental health trajectories among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *J Adolesc Health* 2016;59:674-80.
 30 Menvielle EJ, Rodnan LA. A therapeutic group for parents of transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011;20:733-43.
 31 Pullen Sansfaçon A, Robichaud MJ,

Dumais-Michaud AA. The experience of parents who support their children's gender variance. *J LGBT Youth* 2015;12:39-63.
 32 Wahlig JL. Losing the child they thought they had: Therapeutic suggestions for an ambiguous loss perspective with parents of a transgender child. *J*

LGBT Fam Stud 2015;11:305-26.
 33 **Cohen-Kettenis PT, Klink D. Adolescents with gender dysphoria. *Best Pract Res Clin Endocr Metab* 2015;29:485-95.
 34 Costa R, Dunsford M, Skagerberg E, et al. Psychological support, puberty suppression and psychosocial functioning

in adolescents with gender dysphoria. *Sex Med* 2015;12:2206-14.
 35 Olson KR. Prepubescent transgender children: What we do and do not know. *J Am Acad Child Ado Psy* 2016;55:155-6.

* à lire

** à lire absolument