



## Reconsidérer le consentement éclairé pour les enfants, adolescents et jeunes adultes trans-identifiés

Stephen B. Levine, E. Abbruzzese & Julia W. Mason

**Pour citer cet article** : Stephen B. Levine, E. Abbruzzese & Julia W. Mason (2022) : Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults, Journal of Sex & Marital Therapy, DOI : [10.1080/0092623X.2022.2046221](https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2046221)

**Pour créer un lien vers cet article** : <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2046221>



© 2022 L'auteur ou les auteurs. Publié sous licence par Taylor & Francis Group, LLC.



Publié en ligne : 17 mars 2022.



Soumettez votre article à cette



revue



Vues de l'article : 26472



Voir les articles



connexes  Voir les



données Crossmark



Citer des articles : 1 Voir les articles cités

Consultez le site

 OPEN ACCESS

 Check for updates

# Reconsidérer le consentement éclairé pour les enfants, adolescents et jeunes adultes transidentifiés

Stephen B. Levine, e. Abbruzzese et Julia w. Mason

<sup>a</sup>Département de psychiatrie, Case Western reserve university, Cleveland, oh, uSa ; <sup>b</sup>Society for evidence-based Gender Medicine (SeGM), twin falls, iD, uSa ; <sup>c</sup>Calcagno pediatrics, Gresham, or, uSa.

## RÉSUMÉ

En moins d'une décennie, le monde occidental a connu une augmentation sans précédent du nombre d'enfants et d'adolescents souhaitant une transition de genre. Malgré le précédent créé par des années de soins d'affirmation du genre, les interventions sociales, médicales et chirurgicales sont toujours fondées sur des preuves de très faible qualité. Les nombreux risques de ces interventions, y compris la médicalisation d'une identité adolescente temporaire, ont été mis en évidence par la prise de conscience des transitions. Les risques des soins d'affirmation du genre sont gérés de manière éthique par un processus de consentement éclairé correctement mené. Ses éléments - partage délibéré des bénéfices espérés, des risques connus et des résultats à long terme, ainsi que des traitements alternatifs - doivent être délivrés de manière à favoriser la compréhension. Le processus est limité par : des hypothèses professionnelles erronées ; la mauvaise qualité des évaluations initiales ; et des informations inexacts et incomplètes partagées avec les patients et leurs parents. nous discutons des données sur le suicide et présentons les limites des études néerlandaises qui ont servi de base aux interventions. Les croyances concernant les soins d'affirmation du genre doivent être séparées des faits établis. Un processus de consentement éclairé adéquat peut à la fois préparer les parents et les patients aux choix difficiles qu'ils doivent faire et atténuer les tensions éthiques des professionnels. Cependant, même lorsqu'il est correctement accompli, certaines circonstances cliniques demeurent assez incertaines.

## MOTS CLÉS

consentement éclairé ;  
éthique ;  
dysphorie de genre ;  
identité de genre ;  
détransition

## Introduction

Il est urgent de reconsidérer les significations, les objectifs, les indications et les processus du consentement éclairé pour les jeunes identifiés comme transgenres. Les parents d'enfants atypiques envisagent la transition sociale dès l'école maternelle ou primaire. Les parents de préadolescents et d'adolescents envisagent de soutenir le souhait de leurs enfants de se présenter dans un nouveau genre, de prendre des bloqueurs de puberté et des hormones transsexuelles, et de prévoir des modifications chirurgicales. Les jeunes d'âge collégial déclarent pour la première fois leur nouvelle identité et obtiennent des hormones et des interventions chirurgicales à l'insu de leurs parents.

Lorsque les parents incertains d'enfants et d'adolescents consultent leurs prestataires de soins primaires, ils sont généralement orientés vers des services spécialisés dans le domaine du genre. Les parents et les cliniciens qui les orientent supposent que des spécialistes ayant une "expertise en matière de genre" entreprendront une évaluation approfondie. Cependant, les évaluations qui précèdent la recommandation d'une transition de genre sont souvent étonnamment brèves (Anderson & Edwards-Leeper, 2021) et aboutissent généralement à une recommandation d'hormones et de chirurgie, connue sous le nom de comme un traitement *respectueux de l'égalité des sexes*.

Malgré les lacunes largement reconnues dans les preuves soutenant les interventions d'affirmation du genre (National Institute for Health & Care Excellence, 2020a ; 2020b), le processus d'obtention du consentement éclairé des patients et de leurs familles n'a pas de norme établie. Il n'y a pas de consensus sur les éléments requis pour les évaluations ( ), ni d'unanimité sur la manière dont les processus de consentement éclairé devraient être menés (Byne et al., 2012). Ces deux questions sont incohérentes d'un praticien à l'autre, d'une clinique à l'autre et d'un pays à l'autre.

La transition sociale, les interventions hormonales et la chirurgie ont des conséquences profondes sur le cours de la vie des jeunes patients et de leurs familles. Il incombe aux professionnels de clarifier ces conséquences de manière approfondie et patiente avant d'entreprendre tout élément de transition. Le processus de consentement éclairé n'exclut pas la transition ; il permet simplement d'informer la famille de l'état de la science qui sous-tend la décision de transition. La transition sociale, les hormones et les interventions chirurgicales ne sont pas prouvées au sens scientifique strict et, en tant que telles, pour être éthiques, elles nécessitent un processus de consentement approfondi et pleinement informé.

### Préoccupations éthiques concernant le consentement éclairé inadéquat

Le concept de consentement éclairé en médecine trouve ses racines à la fois dans la théorie éthique et dans le droit. Le fondement éthique est axé sur les principes de bienfaisance, de justice et de respect de l'autonomie, tandis que les questions juridiques sont liées aux problèmes de faute professionnelle (Katz et al., 2016).

Les patients qui consentent à un traitement doivent répondre à des critères d'âge et de capacité décisionnelle (Katz et al., 2016). Les mineurs n'ayant pas atteint l'âge de consentement participent à la prise de décision en donnant leur *assentiment* - un accord avec l'intervention. Les capacités cognitives limitées des mineurs en termes de maturation sont la raison principale pour laquelle les parents servent de substituts éthiques et juridiques pour la prise de décision médicale, chargés de signer un document de consentement éclairé (Grootens-Wiegers, Hein, van den Broek, & de Vries, 2017).

Le processus de consentement éclairé comprend trois éléments principaux : une divulgation d'informations sur la nature de l'affection et du traitement proposé et de ses alternatives ; une évaluation de la compréhension des informations par le patient et le soignant et de leur capacité à prendre des décisions médicales ; et l'obtention des signatures qui signifient que le consentement éclairé a été obtenu (Katz et al., 2016). L'attente actuelle selon laquelle les cliniciens et les institutions sont tenus d'informer de manière approfondie leurs patients sur les avantages, les risques et les incertitudes d'un traitement particulier, ainsi que sur les alternatives, a une longue histoire juridique aux États-Unis (Lynch, Joffe, & Feldman, 2018).

Les préoccupations éthiques concernant le consentement éclairé inadéquat des jeunes transidentitaires ont plusieurs sources potentiellement problématiques, notamment les *hypothèses erronées* des professionnels, la *mauvaise qualité du processus d'évaluation* et les *informations incomplètes et inexactes* fournies aux patients et aux membres de leur famille.

Ces préoccupations sont amplifiées par la *croissance spectaculaire* de la demande de transition de genre chez les jeunes, observée ces dernières années, qui a conduit à un processus de consentement éclairé superficiel. Un processus précipité ne permet pas une discussion adéquate non seulement des avantages, mais aussi des risques et incertitudes profonds associés à la transition de genre, en particulier lorsque la transition de genre est entreprise avant l'âge adulte.

#### a. *La croissance spectaculaire de la demande de services menace le véritable consentement éclairé*

On pensait que les variations d'identité de genre étaient extrêmement rares il y a une génération. Si l'incidence de chez les jeunes n'avait pas été officiellement estimée, elle était de 2 à 14 pour 100 000 chez les adultes (American Psychiatric Association, 2013, p. 454). Cependant, vers 2006, l'incidence chez les jeunes a commencé à augmenter, avec une hausse spectaculaire observée en 2015 (Aitken et al., 2015, de Graaf, Giovanardi, Zitz, & Carmichael, 2018). À l'heure actuelle, 2 à 9 % des lycéens américains s'identifient comme transgenres, tandis que dans les collèges, 3 % des garçons et 5 % des

filles les identifient comme diversifiés sur le plan du genre (American College Health Association, 2021 ; Johns et al., 2019 ; Kidd et al., 2021).

Alors qu'auparavant la plupart des personnes concernées s'identifiaient comme étant du sexe opposé, on observe aujourd'hui, sur le site, une tendance croissante à s'identifier comme étant *non-binaire* : ni homme ni femme ou à la fois homme et femme (Chew et al., 2020). Une étude récente a révélé que la majorité des jeunes s'identifiant comme transgenres (63 %) ont désormais une identité non binaire (Green, DeChants, Price, & Davis, 2021). Bien que l'incidence des mâles nats affirmant une identité trans à l'adolescence ait considérablement augmenté, cette hausse spectaculaire est principalement due aux femelles nates qui demandent des services (Zucker, 2017). Beaucoup d'entre elles souffrent de troubles mentaux comorbides importants, ont des difficultés neurocognitives telles que le TDAH ou l'autisme ou ont des antécédents de traumatisme (Becerra-Culqui et al., 2018 ; Kozłowska, McClure, et al., 2021).

L'augmentation des taux d'identification transgenre se reflète dans le nombre de jeunes qui cherchent de l'aide auprès de professionnels de la santé. Par exemple, selon les données rapportées par la clinique du genre Tavistock au Royaume-Uni, en 2009, il y avait 51 demandes de services (de Graaf et al., 2018) ; en 2019-2020, 2728 demandes ont été enregistrées - une multiplication par 53 en un peu plus d'une décennie (Tavistock & Portman NHS Foundation Trust, 2020). Le nombre croissant de centres de santé transgenres urbains qui ont vu le jour ces dernières années (HRC, n.d.) reflète la demande accrue de soins médicaux liés au genre chez les jeunes en Amérique du Nord Australie, et en Europe.

Cette augmentation sans précédent a créé une pression sur les institutions et les praticiens pour évaluer rapidement ces jeunes et faire des recommandations sur le traitement. Pour répondre à la demande croissante, un *modèle de soins* novateur fondé sur le *consentement éclairé* a été élaboré. Dans le cadre de ce modèle, les évaluations de santé mentale ne sont pas requises, et les hormones peuvent être fournies après une seule visite suivant le recueil de la signature de consentement du patient ou du tuteur (Schulz, 2018). La fourniture de services de transition dans le cadre de ce modèle de soins est disponible non seulement pour les plus de 18 ans, mais aussi pour les patients plus jeunes (Planned Parenthood League of Massachusetts, n.d.).

Bien que le fait de suivre le modèle de consentement éclairé pour les soins hormonaux et chirurgicaux chez les jeunes puisse diminuer le malaise éthique ou moral des cliniciens (Vrouenraets et al., 2020), nous pensons que ce modèle est l'antithèse du véritable consentement éclairé, car il met en péril le fondement éthique de l'autonomie du patient. L'autonomie n'est pas respectée lorsque les patients qui consentent au traitement n'ont pas une compréhension précise des risques, des avantages et des alternatives.

#### b. *Les hypothèses des professionnels influencent l'intégrité du processus de consentement éclairé.*

Les enfants et adolescents dysphoriques de genre peuvent occuper intensément la croyance que leur vie sera immensément améliorée par la transition. Les cliniciens qui ont adopté le modèle de soins fondé sur l'affirmation du genre partent du principe que les enfants et les adolescents savent mieux que quiconque ce dont ils ont besoin pour être heureux et productifs (Ehrensaft, 2017). Ces professionnels, répondant aux supplications passionnées des jeunes, considèrent que leur rôle consiste à valider les souhaits fervents du jeune en matière d'hormones et de chirurgie et à ouvrir la voie à la transition de genre. Ce faisant, ils privilégient le principe éthique du respect de l'autonomie du patient (Clark & Virani, 2021) sur leurs obligations de bienfaisance et de non-malfaisance.

De nombreux cliniciens favorables à l'affirmation du genre souscrivent à la théorie du *stress des minorités* - la supposition selon laquelle les symptômes psychiatriques fréquemment cooccurrents chez les personnes dysphoriques de genre sont le résultat de préjudice et de discrimination provoqués par la non-conformité de genre (Rood et al., 2016 ; Zucker, 2019), et que la transition de genre améliorera ces symptômes. Certains prétendent même que les soins d'affirmation de genre traiteront avec succès non seulement la dépression et l'anxiété mais résoudront également les déficits cognitifs neuro fréquemment présents chez les personnes dysphoriques de genre (Turban, 2018 ; Turban, King, Carswell, & Keuroghlian, 2020 ; Turban & van Schalkwyk, 2018). Ces dernières affirmations se sont avérées controversées même parmi les proponentes des interventions affirmatives en matière de genre (Strang et al., 2018 ; van der Miesen, Cohen-Kettenis, & de Vries, 2018). La théorie du stress des minorités comme seul mécanisme explicatif des maladies mentales

concomitantes a également été remise en question à la lumière des preuves que les symptômes psychiatriques précèdent fréquemment l'apparition de la dysphorie de genre (Bechard, VanderLaan, Wood, Wasserman, & Zucker, 2017 ; Kaltiala-Heino, Sumia, Työlajärvi, & Lindberg, 2015 ; Kozłowska, Chudleigh, McClure, Maguire,

& Ambler, 2021). D'autres cliniciens reconnaissent les limites des soins d'affirmation du genre et sont conscients que les jeunes ayant des problèmes psychiatriques sous-jacents sont susceptibles de continuer à lutter après la transition (Kaltiala, Heino, Työljärvi, & Suomalainen, 2020), mais, ignorant l'existence d'approches alternatives telles que la psychothérapie exploratoire du genre ou l'attente vigilante (Bonfatto & Crasnow, 2018 ; Churcher Clarke & Spiliadis, 2019 ; Spiliadis, 2019), ces professionnels bien intentionnés continuent de traiter les jeunes avec des interventions d'affirmation du genre malgré des doutes persistants.

Il est courant que les spécialistes de l'affirmation du genre croient à tort que les interventions d'affirmation du genre sont une *norme de soins* (Malone, D'Angelo, Beck, Mason, & Evans, 2021 ; Malone, Hruz, Mason, Beck, et al., 2021). Malgré les croyances professionnelles de plus en plus répandues dans la sécurité et l'efficacité de la transition de genre pédiatrique, et l'approbation de cette voie de traitement par un certain nombre de sociétés médicales professionnelles, les meilleures preuves disponibles suggèrent que les avantages des interventions d'affirmation du genre sont de très faible certitude (Clayton et al., 2021 ; National Institute for Health & Care Excellence, 2020a ; 2020b) et doivent être soigneusement mis en balance avec les risques pour la fertilité, les os et la santé cardiovasculaire (Alzahrani et al., 2019 ; Biggs, 2021 ; Getahun et al., 2018 ; Hembree et al., 2017 ; Nota et al., 2019). Récemment, l'accent a également été mis sur les risques psychosociaux et les risques médicaux encore inconnus (Malone, D'Angelo, et al., 2021).

Cinq observations scientifiques remettent en question et réfutent l'hypothèse selon laquelle la meilleure façon de traiter l'expérience d'une personne en matière d'incongruité entre son sexe et son identité de genre est de soutenir la nouvelle identité de genre par des interventions psychosociales et médicales.

1. L'aspect le plus fondamental des diagnostics de "dysphorie de genre" (DSM-5) et d'"incongruence de genre" (CIM-11), requis pour la fourniture d'un traitement médical, est en mutation, car les professionnels ne s'accordent pas sur la question de savoir si la présence d'une détresse est un critère diagnostique clé, comme indiqué dans le DSM-5, ou si elle n'est pas pertinente, comme c'est le cas selon les derniers critères ICD-11 (American Psychiatric Association, 2013 ; Organisation mondiale de la santé, 2019). En outre, ces diagnostics n'ont jamais été correctement testés sur le terrain (de Vries et al., 2021).
2. Il n'existe pas d'études randomisées et contrôlées démontrant la supériorité de diverses interventions affirmatives par rapport aux alternatives. Il n'y a même pas d'accord sur les mesures de résultats qui seraient idéales dans de telles études.
3. Il existe peu d'études de suivi à long terme de diverses interventions utilisant des mesures de résultats prédéterminées à des intervalles désignés. Les études qui ont été menées sont, au mieux, inconcluantes. Les études de meilleure qualité avec un suivi plus long ne parviennent pas à démontrer des impacts positifs durables sur la santé mentale (Brånström & Pachankis, 2020a ; 2020b).
4. Les taux de désistance post-transition, de souffrance mentale accrue, d'incidence accrue de maladies physiques, d'échec scolaire, d'inconstance professionnelle et d'isolement social n'ont pas été établis.
5. De nombreuses études transversales et prospectives portant sur des adultes transgenres démontrent de manière cohérente une prévalence élevée de graves problèmes de santé mentale et sociaux ainsi que de suicide (Asscheman et al., 2011 ; Dhejne et al., 2011). Les controverses sur la manière de traiter les jeunes transidentitaires doivent tenir compte des vulnérabilités bien décrites des adultes transgenres.

Il est également important de réaliser qu'à ce jour, les recherches sur les approches alternatives, comme la psychothérapie ou l'attente vigilante, partagent les limites scientifiques des recherches sur les interventions plus invasives : il n'y a pas de groupes de contrôle, ni de suivi systématique à des intervalles prédéfinis avec des moyens de mesure prédéterminés (Bonfatto & Crasnow, 2018 ; Churcher Clarke & Spiliadis, 2019 ; Spiliadis, 2019). Les parents et les patients doivent également en être informés.

L'hypothèse la plus problématique de certains cliniciens spécialisés dans les questions de genre est

peut-être que les jeunes patients sont simplement "nés dans le mauvais corps". Cette hypothèse libère apparemment les cliniciens de l'obligation de faire face aux dilemmes éthiques liés à la recommandation de modifications corporelles.

des interventions qui sont basées sur des preuves de très faible qualité. Malgré le principe du développement selon lequel la biologie, les facteurs psychosociaux et la culture génèrent le comportement, ces cliniciens peuvent croire que les genres atypiques sont créés par la biologie. Cette approche réductionniste a été critiquée à plusieurs reprises (Kendler, 2019).

Si les origines de l'incongruence de genre à l'enfance ou à l'adolescence n'ont pas encore été totalement élucidées, des études cérébrales de plus en plus sophistiquées n'ont pas encore démontré l'existence d'une structure ou d'un modèle distinct qui expliquerait une identité de genre atypique, après avoir pris en compte statistiquement l'orientation sexuelle et l'exposition aux hormones exogènes (Frigerio, Ballerini et Valdés Hernández, 2021). Les études sur les jumeaux démontrent également que si la biologie joue un rôle dans l'expérience de l'"incongruence de genre", elle est loin d'être déterministe (Diamond, 2013).

Un nombre croissant de cliniciens et de chercheurs notent que l'augmentation spectaculaire du nombre d'adolescents déclarant leur identité transgenre semble être, du moins en partie, le résultat de l'influence des pairs (Anderson, 2022 ; Hutchinson, Midgen, & Spiliadis, 2020 ; Littman 2018 ; Littman, 2020 ; Zucker, 2019). Certains ont noté un autre afflux de jeunes transidentitaires pendant les fermetures du COVID, et ont émis l'hypothèse qu'un isolement accru associé à une forte exposition à Internet pourrait en être la cause (Anderson, 2022). Bien que la recherche sur le phénomène de l'influence sociale en tant que facteur contribuant à l'identification trans chez les jeunes n'en soit qu'à ses débuts, la possibilité que les cliniciens fournissent des traitements aux conséquences permanentes pour traiter ce qui pourrait être des identités transitoires chez les jeunes pose un sérieux dilemme éthique.

### c. *Mauvaises évaluations*

Il est de plus en plus reconnu que les évaluations rapides qui ne tiennent pas compte des facteurs contribuant au développement de la dysphorie de genre chez les jeunes sont problématiques. En novembre 2021, deux dirigeants de l'Organisation professionnelle mondiale pour la santé des transgenres (WPATH) ont averti la communauté médicale que "l'establishment de la santé mentale laisse tomber les enfants transgenres" (Anderson & Edwards-Leeper, 2021). Souvent, les évaluations fournies par les cliniciens spécialisés dans les questions de genre ne peuvent que confirmer le diagnostic de *dysphorie de genre* (DSM-5) ou son équivalent dans la CIM-11, *l'incongruence de genre*, et dépister les maladies mentales manifestes avant de recommander des hormones et des interventions chirurgicales. Ces évaluations limitées et abrégées ne tiennent pas compte de la question pertinente des forces qui ont pu influencer l'identité de genre actuelle de la jeune personne et, par conséquent, ne l'abordent pas.

Il est facile de confirmer l'autodiagnostic de dysphorie de genre ou d'incongruence de genre d'un jeune. Clarifier les forces développementales qui l'ont influencé et déterminer une intervention appropriée ne l'est pas. La mise en contexte de ces forces implique une compréhension des processus de développement de l'enfant et de l'adolescent, de l'adversité de l'enfance, des désavantages physiques et cognitifs coexistants, des circonstances parentales ou familiales malheureuses (Levine, 2021), ainsi que du rôle de l'influence sociale (Anderson, 2022 ; Anderson & Edwards-Leeper, 2021 ; Littman, 2018 ; 2021).

La piètre qualité des évaluations de santé mentale a été un point de mécontentement important pour un nombre croissant de parents de jeunes dysphoriques de genre. De plus en plus, les parents ont formé des dizaines de groupes de soutien en Amérique du Nord, en Europe, en Australie et en Nouvelle-Zélande, unis dans leurs objections à l'idée que le meilleur ou le seul traitement pour leurs enfants dysphoriques de genre est l'affirmation (Genspect, 2021). Ces parents en détresse, reconnaissant que leur fils ou leur fille peut éventuellement décider de se présenter aux autres comme une personne trans, souhaitent une enquête psychothérapeutique pour comprendre ce qui a contribué au développement de cette identité et une exploration des options de traitement non invasives. Souvent, ils ne trouvent personne dans leur communauté qui ne recommande pas une affirmation immédiate.

Le comité de bioéthique de l'American Academy of Pediatrics reconnaît que " les parents... sont mieux placés que d'autres pour comprendre les besoins uniques de leurs enfants et pour prendre des

décisions appropriées et bienveillantes concernant les soins de santé de leurs enfants " (Katz et al., 2016). La détresse des familles incapables de trouver des spécialistes capables de mener des évaluations approfondies attire l'attention sur l'acceptation généralisée des interventions médicales pour les jeunes dysphoriques de genre comme première ligne de traitement. Le problème, c'est que ces soins ont été établis par des précédents plutôt que par des...

que par des démonstrations scientifiques de son efficacité. Nous soutenons que les parents et les patients ont le droit de le savoir, et qu'il est de la responsabilité et de l'obligation des professionnels de les informer de l'état des connaissances dans ce domaine de soins.

d. *Partage d'informations erronées*

Lors du partage de l'information avec les patients et les familles, il faut insister sur deux domaines clés d'incertitude. Le premier est la permanence incertaine de l'identité de genre d'un enfant ou d'un adolescent (Littman, 2021 ; Ristori & Steensma, 2016 ; Singh, Bradley, & Zucker, 2021 ; Vandebussche, 2021 ; Zucker, 2017). La seconde est l'incertitude des résultats à long terme de la transition de genre sur la santé physique et psychologique (National Institute for Health & Care Excellence, 2020a ; 2020b). Malheureusement, les spécialistes du genre sont souvent peu familiers avec les recherches qui appuient ces deux concepts, ou en minimisent l'importance. En conséquence, le processus de consentement éclairé divulgue rarement ces informations de manière adéquate aux patients et à leurs familles.

De manière problématique, il est courant que les cliniciens spécialisés dans le genre mettent l'accent sur le risque de suicide si le souhait d'une jeune personne de changer de genre n'est pas immédiatement réalisé. Il existe une quantité importante de désinformation autour de la question de la suicidalité des jeunes transidentifiés (Biggs, 2022). Les prestataires de soins d'affirmation du genre doivent veiller à ne pas propager involontairement des informations erronées sur le suicide auprès des parents et des jeunes. Il faut également leur rappeler que toute conversation sur le suicide doit être menée avec beaucoup de précaution, en raison de sa nature socialement contagieuse (Bridge et al., 2020 ; HHS, 2021).

- i. Le taux élevé de désistance/résolution naturelle de la dysphorie de genre chez les enfants n'est pas révélé

À ce jour, onze études de recherche indiquent un taux élevé de résolution de l'incongruence de genre chez les enfants à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte sans intervention médicale (Cantor, 2020 ; Ristori & Steensma, 2016 ; Singh et al., 2021). On a tenté d'écarter l'applicabilité de ces recherches, en suggérant que les études étaient basées sur le simple site d'enfants non-conformes au genre, plutôt que sur des enfants véritablement dysphoriques de genre (Temple Newhook et al., 2018). Cependant, une nouvelle analyse des données suscitée par cette critique a confirmé le constat initial : Parmi les enfants répondant aux critères diagnostiques du " trouble de l'identité de genre " dans le DSM-IV (actuellement " dysphorie de genre " dans le DSM-5), 67 % n'étaient plus dysphoriques de genre à l'âge adulte ; le taux de résolution naturelle de la dysphorie de genre était de 93 % pour les enfants dont la dysphorie de genre était significative mais inférieure au seuil du diagnostic DSM (Zucker, et al., 2018). Il convient de noter que la résolution élevée de la dysphorie de genre apparue dans l'enfance avait été enregistrée avant que la pratique de la transition sociale des jeunes enfants ne soit approuvée par l'Académie américaine de pédiatrie (Rafferty et al., 2018). Il est possible que la transition sociale prédispose un jeune à la persistance de l'identité transgenre à long terme (Zucker, 2020).

Les informations concernant la résolution de la dysphorie de genre chez les personnes présentant une dysphorie de genre à l'adolescence, qui est actuellement la présentation prédominante, sont moins claires. De plus en plus de données suggèrent que pour de nombreux adolescents et jeunes adultes, l'apparition post-pubertaire de l'identification transgenre peut être une phase transitoire d'exploration de l'identité, plutôt qu'une identité permanente, comme en témoigne le nombre croissant de jeunes transitions (Entwistle, 2020 ; Littman, 2021 ; Vandebussche, 2021). Auparavant, le taux de détransition et de regret était signalé comme étant très faible, bien que ces estimations souffraient de limitations importantes et sous-estimaient probablement le véritable regret (D'Angelo, 2018). Cependant, au cours des dernières années, depuis que les soins d'affirmation du genre ont été popularisés, le taux de détransition semble s'accélérer.

Selon une étude récente menée dans une clinique britannique spécialisée dans l'étude du genre chez les adultes, 6,9 % des personnes traitées par des interventions visant à affirmer le genre ont quitté

la clinique dans les 16 mois suivant le début du traitement, et 3,4 % d'entre elles présentaient un profil de soins suggérant une transition, ce qui donne un taux de transition probable de plus de 10 %. Par ailleurs, 21,7 % des patients ont quitté la clinique sans avoir terminé le traitement.

leur plan de traitement (Hall, Mitchell, & Sachdeva, 2021). Bien que certaines de ces personnes se soient réengagées par la suite auprès du service chargé des questions de genre, les auteurs ont conclu que "la détransition pourrait être plus fréquente que ce qui a été rapporté précédemment." Une autre étude menée dans un cabinet de soins primaires britannique a révélé que 12,2 % des personnes qui avaient commencé un traitement hormonal ont soit transité, soit documenté des regrets, tandis que le total de 20 % a arrêté les traitements pour un éventail plus large de raisons. L'âge moyen de la présentation de la dysphorie de genre était de 20 ans, et les patients prenaient des hormones d'affirmation du genre depuis 5 ans en moyenne (17 mois-10 ans) avant d'arrêter.

En comparant ces taux beaucoup plus élevés d'abandon de traitement et de détransition aux taux nettement plus faibles rapportés par les études plus anciennes, les chercheurs ont noté : " Ainsi, le taux de détransition constaté dans cette population est nouveau et des questions peuvent être soulevées sur le phénomène de surdiagnostic, de surtraitement ou de préjudice iatrogène comme on le constate dans d'autres domaines médicaux " (Boyd, Hackett, & Bewley, 2022 p.15). En effet, étant donné que les regrets peuvent prendre jusqu'à 8-11 ans pour se matérialiser (Dhejne, Öberg, Arver, & Landén, 2014 ; Wiepjes et al., 2018), il est probable que de nombreux autres détransitionneurs apparaîtront dans les années à venir. La recherche sur les transitions n'en est encore qu'à ses débuts, mais deux études récemment publiées examinant les expériences des transitions rapportent que les transitions des cohortes ayant récemment transité ont le sentiment d'avoir été précipitées vers des interventions médicales d'affirmation du genre aux effets irréversibles, souvent sans bénéficier d'une exploration psychologique appropriée, ou dans certains cas, d'une exploration psychologique (Littman, 2021 ; Vandebussche, 2021).

Les cliniciens doivent également informer les patients et les parents qu'il n'existe pas de test permettant de prédire avec précision qui persistera dans son identification transgenre à l'âge adulte (Ristori & Steensma, 2016). Les familles doivent être informées qu'une période de forte identification au sexe opposé dans l'enfance est généralement associée à une future homosexualité (Korte et al., 2008). La recherche sur la désistance confirme que la majorité des jeunes dont la dysphorie de genre se résout naturellement grandissent effectivement pour devenir des adultes gays, lesbiennes ou bisexuels (Cantor, 2020, Annexe ; Singh et al., 2021).

ii. Les implications des preuves de très faible qualité qui sous-tendent la pratique de la transition de genre en pédiatrie ne sont pas expliquées

Les preuves qui sous-tendent la pratique de la transition de genre pédiatrique sont largement reconnues comme étant de très faible qualité (Hembree et al., 2017). En 2020, l'examen systématique le plus complet des données probantes à ce jour, commandé par le système national de santé (NHS) du Royaume-Uni et mené par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), a conclu que les données probantes relatives au blocage de la puberté et aux hormones transsexuelles sont d'une très faible certitude (National Institute for Health & Care Excellence, 2020a ; 2020b).

Selon l'examen des données probantes sur les inhibiteurs de la puberté effectué par le NICE, les études " sont toutes de petites études d'observation non contrôlées, sujettes à des biais et à des facteurs de confusion, et leur degré de certitude est très faible, selon l'évaluation GRADE modifiée [Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations]. Toutes les études incluses font très peu état des comorbidités de santé physique et mentale et des traitements concomitants" (National Institute for Health & Care Excellence, 2020a, p.13). Le NICE est parvenu à des conclusions similaires concernant la qualité des preuves relatives aux hormones transsexuelles (National Institute for Health & Care Excellence, 2020b).

Il est problématique que les implications de l'administration d'un traitement aux conséquences irréversibles et qui changent la vie, sur la base d'une preuve qui a une désignation officielle de "très faible certitude" selon le GRADE modifié, soient rarement discutées avec les patients et les familles. GRADE est l'outil le plus largement adopté dans le monde pour évaluer la qualité des preuves et faire des recommandations de traitement. . GRADE comporte quatre niveaux de preuves, également appelés certitude des preuves ou qualité des preuves : très faible, faible, modéré et élevé (BMJ Best Practice, 2021). Lorsque la certitude des preuves est évaluée comme étant " très faible ", il y a une forte probabilité que les patients ne ressentent pas les effets des interventions proposées (Balshem et al.,

2011).

Dans le contexte de la fourniture de bloqueurs de puberté et d'hormones transsexuelles, la désignation de " très faible certitude " indique que l'ensemble des preuves affirmant les avantages de ces interventions est

très peu fiables. En revanche, plusieurs effets négatifs sont tout à fait certains. Par exemple, le blocage de la puberté suivi de l'administration d'hormones du sexe opposé entraîne l'infertilité et la stérilité (Laidlaw, Van Meter, Hruz, Van Mol, & Malone, 2019). Les opérations chirurgicales visant à retirer les seins ou les organes sexuels sont irréversibles. D'autres risques pour la santé, notamment pour la santé osseuse et cardiovasculaire, ne sont pas entièrement compris et sont incertains, mais les preuves émergentes sont alarmantes (Alzahrani et al., 2019 ; Biggs, 2021).

### iii. La question du suicide est traitée de manière inappropriée

Le suicide chez les jeunes transidentifiés est significativement plus élevé que dans la population générale des jeunes (Biggs, 2022 ; de Graaf et al., 2020). Cependant, le récit "transition ou mourir", selon lequel les parents sont informés que leur seul choix est entre "une fille trans vivante ou un fils mort" (ou vice-versa), est à la fois inexact sur le plan des faits et lourd sur le plan éthique. La diffusion de tels messages alarmistes nuit à la majorité des jeunes transgenres qui ne présentent pas de risque de suicide. Elle nuit également à la minorité qui est à risque et qui, en raison de cette désinformation, peut renoncer à des interventions de prévention du suicide fondées sur des données probantes dans l'espoir fallacieux que la transition empêchera le suicide.

La notion selon laquelle les jeunes transidentifiés courent un risque alarmant de suicide provient généralement d'échantillons en ligne biaisés qui reposent sur l'autodéclaration (D'Angelo et al., 2020 ; James et al., 2016 ; The Trevor Project, 2021), et confond souvent les pensées suicidaires et l'automutilation non suicidaire avec les tentatives de suicide graves et les suicides complets. Jusqu'à récemment, on savait peu de choses sur le taux réel de suicide des jeunes transidentitaires. Cependant, une analyse récente des données de la plus grande clinique pédiatrique sur le genre au monde, le Tavistock du Royaume-Uni, a révélé que le taux de suicides complets chez les jeunes était de 0,03 % sur une période de 10 ans, ce qui se traduit par un taux annuel de 13 pour 100 000 (Biggs, 2022). Bien que ce taux soit considérablement élevé par rapport à la population générale des adolescents, il est loin de l'épidémie de suicides de transgenres dépeinte par les médias.

Le discours "transition ou mourir" considère le risque suicidaire chez les jeunes transidentifiés comme un phénomène différent du risque suicidaire chez les autres jeunes. En faisant d'eux une exception, on promet faussement aux parents qu'une transition immédiate éliminera le risque d'automutilation suicidaire. Les patients trans eux-mêmes se plaignent de ce qu'on appelle le "syndrome du bras cassé trans" - un schéma frustrant selon lequel les médecins "imputent" tous les problèmes des patients à leur statut de trans et, par conséquent, ne perçoivent pas les autres sources de détresse et n'y répondent pas (Paine, 2021). Il convient de rappeler aux cliniciens qui s'occupent de jeunes transgenres que le risque de suicide chez tous les patients est un phénomène multifactoriel (Mars et al., 2019). Traiter la suicidalité des jeunes trans comme une exception revient à leur refuser des soins fondés sur des données probantes.

Une étude récente de trois grandes cliniques pour jeunes a conclu que la suicidalité des adolescents transidentifiés n'est que légèrement élevée par rapport à celle des jeunes référés pour des problèmes de santé mentale non liés à des luttes d'identité sexuelle (de Graaf et al., 2020). Une autre étude a révélé que les adolescents s'identifiant à un transgenre ont des taux de suicidalité relativement similaires à ceux des adolescents gays, lesbiennes et bisexuels (Toomey, Syvertsen, & Shramko, 2018). La dépression, les troubles de l'alimentation, les troubles du spectre autistique et d'autres problèmes de santé mentale couramment rencontrés chez les jeunes s'identifiant à un transgenre (Kaltiala-H eino, Bergman, Työläjärvi, & Frisen, 2018 ; Kozłowska, McClure, et al, 2021 ; Morandini, Kelly, de Graaf, Carmichael, & Dar-Nimrod, 2021) sont tous connus pour contribuer indépendamment à la probabilité de suicide (Biggs, 2022 ; Simon & VonKorff, 1998 ; Smith, Zuromski, & Dodd, 2018).

Le discours " transition ou suicide " implique à tort que la transition préviendra les suicides. Les cliniciens qui travaillent avec des jeunes transidentifiés doivent savoir que même si, à court terme, les interventions d'affirmation du genre peuvent améliorer certaines mesures de la suicidalité (Kaltiala et al., 2020), il a été démontré que ni les hormones ni les chirurgies ne réduisent la suicidalité à long terme (Bränström & Pachankis, 2020a ; 2020b). De façon alarmante, une étude longitudinale menée en Suède sur une période de plus de 30 ans a révélé que les adultes ayant subi une transition chirurgicale étaient 19 fois plus susceptibles de se suicider que leurs pairs appariés selon l'âge, le

risque pour les participants de sexe féminin étant 40 fois supérieur au taux attendu (Dhejne et al., 2011, tableau S1).

Une autre étude longitudinale clé réalisée aux Pays-Bas a conclu que les suicides se produisent à un taux similaire à toutes les étapes de la transition, de l'évaluation pré-traitement au suivi post-transition (Wiepjes et al., 2020). Les données de la clinique Tavistock n'ont pas non plus montré de différence statistiquement significative entre les suicides accomplis dans le groupe "liste d'attente" et le groupe "traité" (Biggs, 2022). Heureusement, dans les deux groupes, les suicides complets étaient des événements rares (ce qui peut expliquer l'absence de signification statistique). Ainsi, nous considérons que le récit "transition ou mourir" est mal informé et éthiquement erroné.

D'après notre expérience de travail avec les jeunes transidentifiés, la suicidalité d'un adolescent peut parfois survenir en réponse à la détresse, la résistance, le scepticisme ou le souhait des parents d'enquêter sur les forces qui façonnent la nouvelle identité de genre avant la transition sociale et l'hormonothérapie. Lorsque les professionnels de la santé mentale ou d'autres prestataires de soins de santé ne reconnaissent pas la légitimité des préoccupations parentales ou qualifient les parents de transphobes, cela ne fait qu'intensifier la tension intrafamiliale. Les cliniciens seraient bien avisés que la transition de genre n'est pas une réponse appropriée à l'intention ou à la menace suicidaire, car elle ignore la santé mentale plus large et le contexte social de la vie du jeune patient - la famille entière est souvent en crise. Les adolescents transidentitaires doivent faire l'objet d'un dépistage de l'automutilation et de la suicidalité, et si des comportements suicidaires sont présents, un plan de prévention du suicide approprié et fondé sur des preuves doit être mis en place (de Graaf et al., 2020).

### L'étude néerlandaise : la base discutable du modèle de prise en charge des jeunes fondé sur l'égalité des sexes

Peu de praticiens des interventions d'affirmation du genre, et encore moins de patients et de familles, réalisent que le fondement de la pratique de la transition médicale des mineurs provient d'une seule étude néerlandaise de preuve de concept, dont les résultats ont été documentés dans deux publications (de Vries, Steensma, Doreleijers, Cohen, & Kettenis, 2011 ; de Vries et al., 2014). La première (de Vries et al., 2011) portait sur les cas ayant subi un blocage de la puberté, tandis que la seconde (de Vries et al., 2014) portait sur un sous-ensemble de cas ayant subi des interventions chi

après l'opération, un risque élevé de biais en raison de leur conception d'étude, qui est effectivement une série de cas non randomisée - l'un des niveaux de preuve les plus faibles (Mathes & Pieper, 2017 ; National Institute for Health & Care Excellence, 2020a). En outre, les études souffrent d'une applicabilité limitée aux populations d'adolescents se présentant aujourd'hui (de Vries, 2020). Les interventions décrites dans l'étude sont actuellement appliquées à des adolescents qui n'étaient pas identifiés au genre croisé avant la puberté, qui ont des problèmes de santé mentale importants, ainsi qu'à ceux qui ont des identités non-binaires - toutes ces présentations ont été explicitement disqualifiées du protocole néerlandais. Malgré ces limitations, l'expérience clinique néerlandaise est devenue la base de la pratique de la transition médicale des mineurs dans le monde entier et sert de base aux recommandations décrites dans les lignes directrices 2017 de l'Endocrine Society (Hembree et al., 2017).

Nous soutenons que les études néerlandaises ont été mal comprises et présentées comme fournissant des preuves de la sécurité et de l'efficacité de ces interventions pour tous les jeunes. Il est important que les forces et les faiblesses de ces deux études soient comprises, car à ce jour, l'expérience néerlandaise présente les meilleures preuves disponibles pour la pratique de la transition de genre pédiatrique.

### Raison d'être de la transition pédiatrique

Avant les années 1990, les transitions de genre étaient généralement initiées chez les adultes matures (Dhejne et al., 2011). Cependant, il a été noté que, en particulier pour les hommes nats, les interventions hormonales et chirurgicales ne parvenaient pas à obtenir des résultats satisfaisants, et les patients avaient une "apparence masculine qui ne disparaît jamais" (Delemarre-van de Waal &

Cohen-Kettenis, 2006). On a pensé que l'absence de résultats cosmétiques adéquats contribuait aux résultats souvent décevants des interventions médicales.

transition de genre, avec des taux élevés et persistants de maladie mentale et de suicidalité après la transition (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006 ; Dhejne et al., 2011 ; Ross & Need, 1989).

Au milieu des années 1990, une équipe de chercheurs néerlandais a émis l'hypothèse qu'en sélectionnant soigneusement un sous-ensemble d'enfants dysphoriques de genre qui seraient probablement identifiés comme transgenres pour le reste de leur vie, et en intervenant médicalement avant que la puberté ne laisse une marque irréversible sur leur corps, les résultats esthétiques seraient améliorés - et par conséquent, les résultats en matière de santé mentale pourraient être améliorés (Gooren & Delemarre-van de Waal, 1996).

### *Résultats mitigés des études*

En 2014, l'équipe de recherche néerlandaise a publié une étude longitudinale clé sur les résultats en matière de santé mentale de 55 jeunes ayant effectué une transition médicale et chirurgicale (de Vries et al., 2014). L'article de 2014 (parfois appelé "étude néerlandaise") a rapporté que pour les jeunes souffrant d'une dysphorie de genre sévère qui a commencé dans la petite enfance et a persisté jusqu'au milieu de l'adolescence, une séquence de bloqueurs de puberté, d'hormones transsexuelles et de chirurgies mammaires et génitales (y compris une ablation obligatoire des ovaires, de l'utérus et des testicules), avec un soutien psychologique étendu continu, était associée à une santé mentale positive et à un fonctionnement global 1,5 an après la chirurgie.

Si les Néerlandais ont fait état d'une résolution de la dysphorie de genre post-chirurgie chez les sujets de l'étude, les améliorations psychologiques rapportées étaient assez modestes (de Vries et al., 2014). Sur les 30 mesures psychologiques rapportées, près de la moitié n'ont montré aucune amélioration statistiquement significative, tandis que les changements dans l'autre moitié étaient au mieux marginalement cliniquement significatifs (Malone, D'Angelo, et al., 2021). Les scores d'anxiété, de dépression et de colère ne se sont pas améliorés. Le changement dans l'échelle d'évaluation globale des enfants, qui mesure la fonction globale, était l'un des changements les plus impressionnants - cependant, il est également resté dans la même fourchette avant et après le traitement (de Vries et al., 2014).

### *Discordance problématique entre la réduction de la dysphorie de genre et l'absence d'améliorations significatives des mesures psychologiques.*

La discordance entre la réduction marquée de la dysphorie de genre, telle que mesurée par l'UGDS (Utrecht Gender Dysphoria Scale), et l'absence de changements significatifs dans la fonction psychologique en utilisant des mesures standard, mérite un examen plus approfondi. Il y a trois explications plausibles à ce manque d'accord. Chacune de ces trois explications remet en question l'idée largement répandue selon laquelle les interventions médicales améliorent de manière significative la santé mentale ou atténuent ou éliminent la dysphorie de genre.

Une explication possible est que la dysphorie de genre, telle que mesurée par l'UGDS, et la fonction psychologique, telle que mesurée par la plupart des instruments standard, ne sont pas corrélées. Cela contredit la principale raison d'être des traitements d'affirmation du genre pour les jeunes (qui est d'améliorer la santé et le fonctionnement psychologiques), et si cela est vrai, cela menace éthiquement ces interventions médicales. L'autre explication plausible découle du fonctionnement psychologique élevé de tous les sujets au départ ; les sujets ont été sélectionnés parce qu'ils étaient exempts de problèmes de santé mentale importants (de Vries et al., 2014). Par conséquent, il y avait peu de possibilités de s'améliorer de manière significative. Cette explication met en évidence une limitation clé de l'application des résultats de l'étude à la majorité des jeunes dysphoriques de genre d'aujourd'hui, qui présentent souvent un lourd fardeau de maladie mentale (Becerra-Culqui et al., 2018 ; Kozłowska, McClure, et al., 2021). L'étude ne peut pas être utilisée comme une preuve que ces procédures ont été prouvées pour améliorer la dépression, l'anxiété et la suicidalité.

Une troisième explication possible de la discordance entre des changements mineurs dans les résultats psychologiques et une baisse significative de la dysphorie de genre provient d'un examen

attentif de l'échelle UGDS elle-même et de la façon dont elle a été utilisée par les chercheurs néerlandais. Cette échelle en 12 points, conçue par les Néerlandais pour évaluer la sévérité de la dysphorie de genre et pour identifier les candidats aux hormones

et chirurgies, se compose de versions " masculine " (UGDS-aM) et " féminine " (UGDS-aF) (Iliadis et al., 2020). Au départ et après la suppression de la puberté, les femmes biologiques reçoivent l'échelle " féminine ", tandis que les hommes reçoivent l'échelle " masculine ". Cependant, après la chirurgie, les échelles ont été inversées : les femelles biologiques ont été évaluées à l'aide de l'échelle " mâle ", tandis que les mâles biologiques ont été évalués sur l'échelle " femelle " (de Vries et al., 2014). Nous maintenons que cette manipulation des échelles a pu, au mieux, obscurcir, et au pire, compromettre gravement la capacité à suivre de manière significative la façon dont la dysphorie de genre a été affectée tout au long du traitement.

Prenons cet exemple. Au départ, une femme biologique dysphorique évalue les éléments de l'échelle "femme" comme suit : " Je préfère me comporter comme un garçon " (item 1) ; " Je me sens malheureuse parce que je dois me comporter comme une fille " (item 6) et " J'aurais aimé être née garçon " (item 12). Des réponses positives à ces questions auraient contribué à un score de dysphorie de genre de base élevé. Cependant, après l'intervention chirurgicale finale, on demanderait à ce même patient d'évaluer les éléments de l'échelle "homme", notamment les suivants : " Ma vie n'aurait aucun sens si je devais vivre comme un garçon " (item 1) ; " Je me déteste parce que je suis un garçon " (item 6) et " Il vaudrait mieux ne pas vivre que de vivre comme un garçon " (item 12). Une femme dysphorique de genre n'approuverait pas ces affirmations (à n'importe quelle étape de l'intervention), ce qui entraînerait un score de dysphorie de genre plus faible.

Ainsi, la baisse détectée dans les scores de dysphorie de genre pour les mâles et les femelles biologiques peut avoir moins à voir avec le succès des interventions, et plus à voir avec le passage de l'échelle de la version "féminine" à la version "masculine" (et vice-versa) entre la période de base et la période post-chirurgicale. Cela peut également expliquer pourquoi aucun changement dans la dysphorie de genre n'a été noté entre la ligne de base et la phase de blocage de la puberté, et n'a été enregistré qu'après la chirurgie finale, lorsque l'échelle a été changée.

Il faut considérer que si les chercheurs avaient administré l'échelle " inversée " plus tôt, à la fin de la phase de blocage de la puberté, l'échelle UGDS aurait pu enregistrer une réduction de la dysphorie de genre. De même, cependant, il faut envisager la possibilité que si les *deux séries d'échelles* avaient été administrées à la même personne au départ, une " réduction " de la dysphorie de genre aurait pu être enregistrée lors du changement d'échelle, *bien avant le début de toute intervention*. La question ici est de savoir si la diminution des mesures quantitatives de la dysphorie de genre est en grande partie un artefact de l'échelle utilisée.

Il convient de noter que la mesure UGDS n'a été démontrée que pour différencier efficacement les personnes dysphoriques de genre référées cliniquement, les témoins non référés cliniquement, et les participants présentant des troubles du développement sexuel, et qu'elle n'a pas été conçue pour détecter les changements de la dysphorie de genre pendant le traitement (Steensma, McGuire, Kreukels, et al. 2013). La présence d'items tels que "Je n'aime pas avoir d'érections" (item 11, UGDS-aM), qui devrait être évalué par les femmes de naissance, et "Je déteste avoir mes règles parce que cela me fait me sentir comme une fille" (item 10, UGDS-aF), qui serait présenté aux hommes de naissance, aucun des deux ne pouvant être évalué de manière significative par l'un ou l'autre à n'importe quelle étape des interventions, illustre davantage le fait que l'UGDS a une validité discutable pour détecter des changements significatifs dans la dysphorie de genre suite à un traitement médical et chirurgical.

L'échelle UGDS actualisée (UGDS-GS), développée par les Néerlandais après la publication de leur étude séminale, a éliminé la version bisexuée de l'échelle en faveur d'une batterie unique de questions applicables aux deux sexes (McGuire et al., 2020). Ce changement pourrait conduire à une mesure plus fiable des changements associés au traitement dans les recherches futures ( ). D'autres échelles de dysphorie de genre existent également (Hakeem, Črnčec, Asghari-Fard, Harte, & Eapen, 2016 ; Iliadis et al., 2020) et peuvent ou non être mieux adaptées aux fins de mesurer l'impact des interventions médicales sur la détresse de genre sous-jacente. La dysphorie de genre, bien sûr, peut également s'avérer être un concept plus complexe que ce qui peut être mesuré par une quelconque échelle.

### *Autres limitations*

Les deux études néerlandaises ont été menées sans groupe de contrôle (de Vries et al., 2011 ; de Vries et al., 2014). Les chercheurs n'ont pas non plus pu contrôler les interventions en matière de santé

mentale, que toutes les

que les sujets ont reçu en plus des hormones et de la chirurgie. Les Néerlandais n'ont évalué que les résultats en matière de santé mentale et n'ont pas évalué les effets des hormones et de la chirurgie sur la santé physique. L'échantillon était de petite taille : l'étude finale n'a rapporté les résultats que pour 55 enfants, et seuls 32 d'entre eux ont été évalués sur des mesures clés des résultats psychologiques.

Il est important de réaliser que l'échantillon néerlandais a été soigneusement sélectionné, ce qui introduit une source de biais et remet également en question l'applicabilité de l'étude. Sur les 196 adolescents initialement référés, 111 ont été considérés comme éligibles pour commencer les bloqueurs de puberté, et de ce groupe, seuls les 70 plus matures et mentalement stables qui ont procédé à l'hormonothérapie transsexuelle ont été inclus dans l'étude (de Vries et al., 2011). Il convient de noter que 97 % des cas sélectionnés étaient attirés par des membres de leur sexe d'origine au départ. Tous étaient identifiés au sexe opposé, sans aucun cas d'identité non binaire. L'étude finale n'a suivi que 55 cas, au lieu des 70 cas initiaux, excluant en outre du rapport les résultats des sujets qui avaient subi des événements indésirables, notamment : un décès dû à des complications liées à la chirurgie et trois cas d'obésité et de diabète qui ont rendu les sujets inéligibles à la chirurgie. Trois autres sujets ont refusé d'être contactés ou ont abandonné les soins, ce qui peut masquer des résultats indésirables (de Vries et al., 2014).

On ne connaît pas le sort des 126 patients qui n'ont pas participé à l'étude néerlandaise. Les résultats à plus long terme des sujets qui ont participé à l'étude font défaut. Nous n'avons connaissance que d'un seul cas de suivi à long terme d'un patient femme-homme traité par l'équipe néerlandaise dans les années 1990. L'étude de cas décrivant le fonctionnement du sujet à l'âge de 33 ans a révélé que le patient ne regrettait pas sa transition de genre. Cependant, il a déclaré se débattre avec une honte significative liée à l'apparence de ses organes génitaux et à son incapacité à fonctionner sexuellement ( ), avoir des problèmes pour maintenir des relations à long terme et présenter des symptômes dépressifs (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011). Il est à noter que ces problèmes n'étaient pas encore apparus lorsque le même patient a été évalué à l'âge de 20 ans, . Il a alors fait état d'un haut niveau de satisfaction en général, et était "très satisfait des résultats [de la métoidioplastie]" en particulier (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1998, p.248). Étant donné que la dernière série de résultats psychologiques des individus de l'étude néerlandaise a été obtenue lorsque les sujets avaient environ 21 ans (de Vries et al., 2014), on peut se demander comment ils se comporteront au cours de la décennie où de nouvelles tâches de développement, telles que le développement de carrière, la formation de relations intimes et d'amitiés à long terme, ou la fondation d'une famille, entrent en ligne de compte.

En ce qui concerne les résultats inconnus des patients rejetés par le protocole néerlandais, une étude a rapporté le cas de 14 adolescents qui ont cherché à changer de sexe dans la même clinique, mais qui ont été exclus du traitement en raison de " problèmes psychologiques ou environnementaux " (Smith, Van Goozen, & Cohen-Kettenis, 2001, p. 473). L'étude a révélé qu'au moment du suivi, 1 à 7 ans après la demande initiale, 11 des 14 personnes ne souhaitaient plus être en transition, et 2 autres ne regrettaient que légèrement de ne pas l'avoir été (Malone, D'Angelo, et al., 2021 ; Smith et al., 2001). Cela souligne encore l'importance de mener des recherches en utilisant des groupes de contrôle et en suivant les sujets pendant une période prolongée.

Une tentative récente de reproduire les résultats de la première étude néerlandaise (de Vries et al., 2011) a trouvé aucun avantage psychologique démontrable du blocage de la puberté, mais a trouvé que le traitement avait un effet négatif sur le développement osseux (Carmichael et al., 2021). La dernière étude néerlandaise (de Vries et al., 2014) n'a jamais été tentée d'être reproduite avec ou sans groupe de contrôle.

### *L'extension du protocole néerlandais au-delà des indications initiales*

La séquence médicale et chirurgicale du protocole néerlandais a été agressivement étendue au monde entier sans les évaluations et les vérifications minutieuses pratiquées par les Néerlandais. Les investigateurs originaux du protocole ont récemment exprimé leur inquiétude quant au fait que les interventions qu'ils ont décrites ont été largement adoptées sur quatre continents sans plusieurs des caractéristiques discriminatoires essentielles du protocole (de Vries, 2020).

Les évaluations pluridisciplinaires approfondies des enfants sur plusieurs années ont été abrégées ou tout simplement contournées. La séquence médicale est couramment utilisée pour les enfants dont l'apparition post-pubertaire d'identités transgenres est compliquée par des comorbidités de santé mentale (Kaltiala-Heino et al., 2018), et pas seulement pour les adolescents à haut niveau de fonctionnement présentant des identifications croisées persistantes au début de la vie, comme l'exigeait le protocole néerlandais (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012). De plus, il est devenu de plus en plus courant de faire la transition sociale des enfants avant la puberté (Olson, Durwood, DeMeules, & McLaughlin, 2016), même si cela était explicitement déconseillé par le protocole néerlandais à l'époque (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012).

En outre, la transition médicale est fréquemment initiée bien plus tôt que ce que recommandait le protocole original (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012). Les auteurs du protocole étaient conscients que la plupart des enfants auraient un réalignement spontané de leur identité de genre avec leur sexe en passant par les stades précoces ou intermédiaires de la puberté (Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal, & Gooren, 2008). L'âge moyen du début du blocage de la puberté dans l'étude néerlandaise était d'environ 15 ans. En revanche, actuellement, l'âge limite a été abaissé à l'âge du stade II de Tanner, qui peut survenir dès 8-9 ans (Hembree et al., 2017). Les hormones irréversibles du sexe opposé, initiées dans l'étude néerlandaise à l'âge moyen de près de 17 ans, sont actuellement communément prescrites aux jeunes de 14 ans, et ce seuil d'âge plus bas a été recommandé par le projet de norme de soins 8 de WPATH, dont la version finale devrait être publiée au début de 2022. Le fait que les enfants soient transitionnés avant que leur identité soit testée par rapport à la réalité biologique et avant que la résolution naturelle de la dysphorie de genre ait eu une chance de se produire est une déviation majeure du protocole néerlandais original. Le suivi systématique, les réévaluations, le suivi et la publication des résultats ne sont pas effectués.

Alors que les principaux chercheurs néerlandais ont commencé à réclamer davantage de recherches sur la nouvelle présentation de la dysphorie de genre chez les jeunes (de Vries, 2020 ; Voorzij, 2021) et à remettre en question la sagesse d'appliquer les protocoles de traitement hormonal et chirurgical aux nouveaux cas présentés, de nombreux spécialistes du genre récemment formés croient à tort que le protocole néerlandais a prouvé le concept selon lequel sa séquence aide tous les jeunes dysphoriques de genre. Bien qu'ils soient conscients de l'importance de l'étude néerlandaise, ils semblent ignorer ses limites reconnues et le fait que la plupart des nouveaux adolescents transidentifiés qui se présentent aujourd'hui diffèrent considérablement de la population étudiée à l'origine par les Néerlandais. Ces faits, bien sûr, soulignent la nécessité d'un processus de consentement éclairé solide.

## Les recommandations relatives au processus de consentement éclairé pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes

### *Le consentement à toutes les étapes de la transition de genre doit être explicite et non implicite.*

Les soins médicaux non invasifs ou les soins qui comportent peu de risques de dommages ne nécessitent pas de document de consentement éclairé signé ; le consentement est plutôt implicite dans le fait que le patient se présente pour recevoir des soins. Par exemple, lorsqu'un parent amène son enfant pour une lacération de la peau ou un abcès, le consentement pour des sutures ou une simple incision et un drainage est implicite. De même, lorsqu'un enfant se présente avec une pneumonie et est hospitalisé, le consentement pour une radiographie pulmonaire, des fluides IV et des antibiotiques est également implicite. On suppose que les patients ou leurs tuteurs acceptent les interventions et comprennent les avantages et les risques. Lorsque les risques sont plus importants, par exemple avant une intervention chirurgicale, une chimiothérapie ou une autre procédure invasive, un document de consentement éclairé est signé. Ces situations nécessitent un consentement éclairé explicite, ou express.

Dans le contexte des interventions pour la dysphorie de genre ou l'incongruence de genre, les incertitudes associées au blocage de la puberté, aux hormones transsexuelles et aux chirurgies d'affirmation du genre sont bien reconnues (Manrique et al., 2018 ; National Institute for Health & Care Excellence, 2020a ; 2020b ; Wilson et al., 2018). Dans ces cas, le consentement doit être explicite plutôt qu'implicite en raison de la complexité, de l'incertitude et des risques encourus.

Le consentement éclairé pour la transition sociale représente une zone grise. Des preuves suggèrent que la transition sociale est associée à la persistance de la dysphorie de genre (Hembree et al.,

2017 ; Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman, & Cohen-Kettenis, 2013). Cela suggère que la transition sociale de genre est une forme d'intervention psychologique avec des effets durables potentiels (Zucker, 2020). Bien que la causalité n'ait pas été prouvée, la possibilité d'une iatro- genèse et l'exposition qui en résulte aux risques de futurs traitements médicaux et chirurgicaux de la dysphorie de genre, qualifie la transition de genre sociale pour un consentement explicite, plutôt qu'implicite.

### *Une divulgation complète et impartiale des avantages, des risques et des alternatives est requise.*

Lorsque des professionnels de la santé mentale participent aux évaluations et aux recommandations, le processus de consentement éclairé commence soit dans le cadre d'une évaluation approfondie, soit dans le cadre d'un processus psychothérapeutique, séparément ou ensemble, avec les parents et le patient. Lorsque les pédiatres, les infirmières praticiennes ou les médecins de soins primaires effectuent l'évaluation initiale, le processus de consentement éclairé est plus susceptible d'être étiqueté comme tel dans une série de réunions plus brèves.

Dans tous les contextes, les discussions sur le consentement éclairé pour les soins d'affirmation du genre devraient inclure trois idées centrales :

1. La décision d'initier une transition de genre peut prédisposer l'enfant à persister dans son identité transgenre à long terme.
2. Bon nombre des changements physiques envisagés et entrepris sont irréversibles.
3. Aucune étude approfondie à long terme n'a été réalisée pour vérifier que ces interventions permettent une meilleure santé physique et mentale ou un meilleur fonctionnement social, ou qu'elles ne causent pas de dommages.

Le processus de consentement éclairé, qui aboutit à un document signé, signifie que les parents et le patient ont été informés des risques, des avantages et des incertitudes à court et à long terme associés à toutes les étapes pertinentes des interventions d'affirmation du genre. Le processus doit également informer les patients et les familles de l'éventail complet des traitements alternatifs, y compris le choix de ne pas traiter socialement ou médicalement l'état actuel d'incongruence sexe/corps de l'enfant ou de l'adolescent.

### *La capacité décisionnelle à consentir doit être évaluée et la famille doit être impliquée.*

Les jeunes transgenres se présentent généralement comme des personnes désirant ardemment des hormones et, en fin de compte, une intervention chirurgicale. Il ne faut pas présumer que leur empressement est assorti de la capacité d'examiner attentivement les conséquences de leurs désirs réalisés. Les jeunes transgenres qui n'ont pas encore atteint l'âge du consentement doivent participer au processus de consentement éclairé, mais il se peut qu'ils ne soient pas assez matures pour reconnaître ou admettre leurs préoccupations concernant l'intervention proposée. Pour cette raison, ce sont les parents qui, après mûre réflexion, sont chargés de signer un document de consentement éclairé.

La question de l'âge exact auquel les adolescents sont suffisamment matures pour consentir à une transition de genre s'est avérée litigieuse : les tribunaux ont été appelés à se prononcer sur la compétence à consentir à des hormones d'affirmation du genre pour les jeunes au Royaume-Uni et en Australie (Ouliaris, 2021). Aux États-Unis, l'âge légal du consentement médical pour les interventions d'affirmation du genre varie selon les États.

Lorsque les patients sont âgés de 18 ans ou plus, et dans certaines juridictions dès l'âge de 15 ans (Droit à un traitement médical ou dentaire sans consentement parental, 2010), ils n'ont pas légalement besoin de l'approbation de leurs parents pour les procédures médicales. Mais comme le changement de sexe d'un individu a de profondes répercussions sur les parents, les frères et sœurs et les autres membres de la famille, il est généralement prudent pour les cliniciens de solliciter leur avis directement ou indirectement au cours du processus de consentement éclairé. Cela se fait en demandant une rencontre avec les parents.

Une étude récente menée par une équipe de chercheurs néerlandais a tenté d'évaluer la capacité décisionnelle de adolescents s'engageant dans une transition de genre (Vrouenraets, de Vries, van der Miesen, & Hein, 2021). Les chercheurs ont administré l'outil MacCAT-T, qui comprend les domaines de la *compréhension*, de l'*appréciation*, du *raisonnement* et de l'*expression d'un choix*, à 74 adolescents âgés de 14,7 ans en moyenne (l'âge minimum étant de 10 ans). Ils ont conclu que les adolescents étaient prêts à consentir au début de la suppression de la puberté et ont demandé des recherches similaires pour le groupe des moins de 12 ans, en particulier parce que "les filles assignées à la naissance ... peuvent bénéficier de la suppression de la puberté dès l'âge de 9 ans" (Vrouenraets et al., 2021 p.7).

Cette étude souffre de deux limites importantes concernant l'outil MacCAT-T. Il n'a jamais été conçu pour les enfants. Il a plutôt été conçu pour évaluer les capacités de consentement médical d'adultes souffrant d'affections telles que la démence, la schizophrénie et d'autres troubles psychiatriques. Il existe un manque fondamental d'équivalence entre le consentement à un traitement par des adultes souffrant de troubles cognitifs et l'obtention du consentement d'enfants en bonne santé dont les capacités cognitives adaptées à leur âge sont intactes, mais qui n'ont pas l'expérience de vie requise pour consentir à des interventions médicales qui changent profondément leur vie. Nous doutons, par exemple, que même des enfants très intelligents qui n'ont pas eu d'expériences sexuelles puissent comprendre de manière significative la perte de la fonction sexuelle et des capacités reproductives futures.

En outre, même pour les adultes, l'outil MacCAT-T a été critiqué pour sa focalisation exclusive sur les aspects cognitifs de la capacité, ne tenant pas compte des aspects non cognitifs tels que les valeurs, émotions et autres aspects biographiques et contextuels inhérents à la complexité du processus de décision dans la vie réelle (Breden & Vollmann, 2004). Les valeurs et les émotions des enfants subissent d'énormes changements au cours du processus de maturation.

La conclusion des auteurs concernant la capacité de leurs jeunes patients à consentir doit être comparée à ce qu'un panel de juges a écrit dans la contestation du protocole de traitement de Tavistock (Bell v Tavistock, 2020). :

...l'intervention clinique dont il est question ici est d'une nature différente des autres traitements ou interventions cliniques. Dans d'autres cas, un traitement médical est utilisé pour remédier à une condition physique ou mentale diagnostiquée, ou pour en atténuer les symptômes, et les effets de ce traitement sont directs et généralement apparents. La position concernant les bloqueurs de puberté ne semble pas refléter cette description. [paragraphe 135]

...nous considérons que le traitement dans cette affaire se situe dans un territoire entièrement différent du type de traitement médical qui est normalement envisagé. [paragraphe 140]

... la combinaison ici d'un traitement qui dure toute la vie et qui change la vie des enfants, avec une connaissance très limitée de la mesure dans laquelle il leur sera ou non bénéfique, est une combinaison qui donne des raisons importantes de s'inquiéter. [paragraphe 143]

Il semble évident que la perception de la compétence médicale d'enfants âgés d'à peine 10 ans varie selon le pays, l'État et l'institution où travaille le médecin, et selon les croyances des cliniciens quant aux avantages à long terme de ces interventions. Nous maintenons que l'affirmation selon laquelle les enfants peuvent consentir à une intervention qui altère extrêmement leur vie est fondamentalement une affirmation philosophique (Clark & Virani, 2021). Notre point de vue à ce sujet est que le consentement est avant tout une fonction parentale.

### *Le consentement éclairé doit être considéré comme un processus plutôt qu'un événement*

La plupart des institutions qui prennent en charge les personnes identifiées comme transgenres ont conçu des formulaires de consentement obligatoire qui exposent les risques et les incertitudes des interventions hormonales et chirurgicales d'affirmation du genre. Cependant, les signatures requises sont souvent recueillies de manière superficielle (Schulz, 2018), à l'instar des signatures recueillies

avant une intervention chirurgicale courante. L'objectif de ces documents de consentement éclairé semble être de protéger les praticiens contre des poursuites judiciaires, plutôt que de s'occuper du fondement éthique primaire du processus.

Bien que l'obtention des signatures soit importante, le document signé devrait signifier que le processus de consentement éclairé a été entrepris sur une longue période de temps et n'est pas simplement complété rapidement (Vrouenraets et al., 2021). Nous pensons que cette dernière approche pose un problème éthique (Levine, 2019).

La dynamique interne du jeune transidentitaire et de sa famille varie considérablement. Les capacités des parents, leurs relations privées conjugales et intrafamiliales, leur conscience culturelle, leurs sensibilités religieuses et politiques influencent toutes le temps nécessaire pour entreprendre un processus de consentement éclairé complet. Il n'est pas prudent de suggérer une durée spécifique pour le processus de consentement éclairé, si ce n'est pour souligner qu'il nécessite une période de questions et de réponses lente, patiente et réfléchie pendant que les parents et le patient envisagent la signification de ce qui est connu et inconnu et s'il faut s'engager dans des approches alternatives à la gestion de la dysphorie de genre avant que l'âge de la pleine maturité neurologique ait été atteint, que les comorbidités de santé mentale aient été traitées et qu'un véritable consentement éclairé du patient soit plus probable.

## Dernières réflexions

Soixante ans d'expérience dans l'assistance médicale et chirurgicale aux personnes identifiées comme transgenres ont permis de constater de nombreux changements dans les personnes traitées, le moment où elles sont traitées et la manière dont elles sont traitées. Aujourd'hui, l'accent est mis sur le traitement du nombre sans précédent de jeunes qui déclarent une identité transgenre. Alors que les adolescents se lancent dans des interventions sociales, médicales et chirurgicales, les prestataires de soins de santé peuvent éprouver un malaise quant aux capacités cognitives et émotionnelles des patients à prendre des décisions dont les conséquences changent la vie et sont durables. Un processus de consentement éclairé non précipité est utile pour le prestataire, les parents et le patient.

Trois problèmes tendent à occulter l'importance du consentement éclairé : les problèmes de santé mentale manifestes, l'incertitude quant à la capacité personnelle du mineur à comprendre la nature irréversible des interventions et le désaccord des parents. Les comorbidités physiques et psychiatriques peuvent contribuer à la formation d'une nouvelle identité, se développer comme sa conséquence ou n'avoir aucun lien avec elle. L'évaluation de la santé mentale et de la fonctionnalité du mineur est l'une des raisons pour lesquelles une prise en charge affirmative rapide peut être dangereuse pour les patients et leurs familles. Par exemple, lorsque les situations impliquent l'autisme, des troubles de l'apprentissage, des abus sexuels, des problèmes d'attachement, des traumatismes, l'anxiété de séparation, des états dépressifs ou anxieux antérieurs, la négligence, un QI faible, une maladie psychotique antérieure, des troubles de l'alimentation ou une maladie mentale parentale, les cliniciens doivent choisir entre ignorer ces conditions et comorbidités potentiellement causales et fournir un traitement approprié avant les soins affirmatifs (D'Angelo et al., 2020).

Pour les jeunes n'ayant pas atteint l'âge de la majorité, le consentement éclairé des parents offre une voie légale pour le traitement, mais il ne rend pas la décision de transition sociale, de fourniture d'hormones ou d'ablation chirurgicale des seins ou des testicules moins lourde d'incertitudes. Le mieux que les professionnels de la santé puissent faire est de s'assurer que le processus de consentement informe le patient et les parents de l'état actuel de la science, qui manque cruellement de recherches de qualité. Il incombe aux professionnels de veiller à ce que les avantages recherchés par les patients et les parents, ainsi que les risques qu'ils assument, soient clairement appréciés alors qu'ils se préparent à prendre cette décision souvent déchirante.

Les jeunes qui ont atteint l'âge de la majorité, mais qui n'ont pas atteint la pleine maturation du cerveau représentent un défi unique. Il est bien connu que le remodelage du cerveau se déroule tout au long de la troisième décennie de la vie, le cortex préfrontal responsable de la fonction exécutive et du contrôle des impulsions étant le dernier à mûrir (Katz et al., 2016). Le nombre croissant de transsexuels qui étaient assez âgés pour consentir légalement à la transition, mais qui ne se sentaient plus transsexuels lorsqu'ils ont atteint le milieu de la vingtaine, soulève des préoccupations supplémentaires concernant ce groupe d'âge vulnérable (Littman, 2021 ; Vandebussche, 2021).

Lorsque le clinicien n'est pas sûr qu'un jeune soit apte à comprendre les implications du traitement souhaité - c'est-à-dire lorsque le consentement éclairé ne permet pas d'informer le patient - le

clinicien peut avoir besoin de plus de temps avec le patient. Lorsque les parents ou les tuteurs ne

ne s'entendent pas sur l'utilisation de bloqueurs de puberté ou d'hormones transsexuelles, les cliniciens se trouvent dans une situation délicate (Levine, 2021). Cela se produit aussi bien dans les familles intactes que dans les familles divorcées. L'Australie a donné des instructions juridiques aux cliniciens confrontés à ces incertitudes : il faut demander au tribunal de décider (Ouliaris, 2021). Le système judiciaire du Royaume-Uni a été confronté à des questions similaires ces dernières années. Bien qu'il soit rare qu'une affaire aboutisse dans une salle d'audience, les cliniciens qui se consacrent à un processus délibéré de consentement éclairé sont toujours susceptibles de rencontrer des dilemmes éthiques qu'ils ne peuvent pas résoudre.

## Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier le personnel de la SEGM pour sa subvention et son soutien bibliographique.

## Financement

Ce travail a été soutenu par la Society for Evidence-based Gender Medicine.

## Références

- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., & Zucker, K. J. (2015). Preuve d'une altération du rapport sexuel chez les adolescents référés par la clinique et souffrant de dysphorie de genre. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756-763. doi:10.1111/jsm.12817
- Alza hrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., D wairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgiione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R., & Reiner, J. (2019). Facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et infarctus du myocarde dans la population transgenre- ulation. *Circulation : Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(4). doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597
- Association américaine pour la santé dans les collèges. (2021). *American College Health Association-National College Health Assessment III : Undergraduate Student Reference Group Data Report Spring 2021*. Boston : ACHA-NCHA III. [https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-III\\_SPRING-2021\\_UNDERGRADUATE\\_REFERENCE\\_GROUP\\_DATA\\_REPORT.pdf](https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-III_SPRING-2021_UNDERGRADUATE_REFERENCE_GROUP_DATA_REPORT.pdf)
- Association américaine de psychiatrie. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). doi:10.1176/appi.boo ks.9780890425596
- Anderson, E. (2022, 3 janvier). Opinion : Quand il s'agit des jeunes trans, nous risquons de nous égarer. *The San Francisco Examiner*. Consulté le 5 janvier 2022, à l'adresse <http://www.sfoxaminer.com/opinion/are-we-seeing-a-phenomenon-of-trans-youth-social-contagion/>
- Anderson, E., Edwards-Leeper, L. (2021, 24 novembre). The mental health establishment is failing trans kids. Washington, DC : Washington Post. Consulté le 20 décembre 2021, à l'adresse <https://www.washingtonpost.com/outlook/2021/11/24/trans-kids-therapy-psychologist/>.
- Assc heman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W. (Pim), van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). Une étude de suivi à long terme de la mortalité chez les transsexuels recevant un traitement par hormones transsexuels. *European Journal of Endocrinology*, 164(4), 635-642. doi:10.1530/EJE-10-1038
- Balsh em, H., Helfand, M., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., Meerpohl, J., & Norris, S. (2011). Lignes directrices GRADE : 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 401-406. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.015
- Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). La santé mentale des jeunes transgenres et non-conformes au genre com- pared with their peers. *Pediatrics*, 141(5), e20173845. doi:10.1542/peds.2017-3845.
- Bechard, M., VanderLaan, D. P., Wood, H., Wasserman, L. et Zucker, K. J. (2017). Vulnérabilité psychosociale et psycholog- ique chez les adolescents atteints de dysphorie de genre : Une étude de "preuve de principe". *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(7), 678-688. doi:10.1080/0092623X.2016.1232325.
- Bell contre Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. (2020). EWHC 3274. La Haute Cour de Justice (2020). <https://www.judici ary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>
- Biggs, M. (2021). Révision de l'effet du traitement par analogue de la GnRH sur la densité minérale osseuse chez les jeunes adolescents souffrant de dysphorie de genre ia. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*. doi:10.1515/jpem-2021-0180
- Biggs, M. (2022). Suicide par des adolescents transgenres référés par une clinique au Royaume-Uni. *Archives of Sexual*

*Behavior.*

- BMJ Best Practice. (2021). Qu'est-ce que le grade ? Consulté le 1er janvier 2022 sur le site <https://bestpractice.bmj.com/info/us/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/>.
- Bonfatto, M., et Crasnow, E. (2018). Identités de genre/ed : Un aperçu de notre travail actuel en tant que psychothérapeutes de l'enfant- apistes dans le service de développement de l'identité de genre. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(1), 29-46. doi:10.1080/0075417X.2018.1443150
- Boyd, I., Hackett, T., & Bewley, S. (2022). La prise en charge des patients transgenres : A general practice quality improvement approach. *Healthcare*, 10(1), 121. doi:10.3390/healthcare10010121
- Brånström, R., & Pachankis, J. E. (2020a). Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after gender-affirming surgeries : A total population study. *American Journal of Psychiatry*, 177(8), 727-734. doi:10.1176/appi.ajp.2019.19010080
- Brånström, R., & Pachankis, J. E. (2020b). Correction à Brånström a et Pachankis. (2020). *American Journal of Psychiatry*, 177(8), 734-734. doi:10.1176/appi.ajp.2020.1778correction
- Breden, T. M., & Vollmann, J. (2004). The Cognitive Based Approach of Capacity Assessment in Psychiatry : A Philosophical Critique of the MacCAT-T. *Health Care Analysis*, 12(4), 273-283. doi:10.1007/s10728-004-6635-x
- Bridge, J. A., Greenhouse, J. B., Ruch, D., Stevens, J., Ackerman, J., Sheftall, A. H., Horowitz, L. M., Kelleher, K. J., & Campo, J. V. (2020). Association entre la sortie de 13 Reasons Why de Netflix et les taux de suicide aux États-Unis : Une analyse de séries temporelles interrompues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 59(2), 236-243. doi:10.1016/j.jaac.2019.04.020
- Byne, W., Bradley, S.J., Coleman, E., Eyler, A.E., Green, R., Menvielle, E.J., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Pleak, R.R. et Tompkins, D.A. (2012). Rapport du groupe de travail de l'American Psychiatric Association sur le traitement du trouble de l'identité sexuelle. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4):759-796. doi:10.1007/s10508-012-9975-x
- Cantor, J. M. (2020). Enfants et adolescents transgenres et de genre divers : Fact-checking of AAP Policy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(4), 307-313. doi:10.1080/0092623X.2019.1698481
- Car michael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (2021). Résultats à court terme de la suppression pubertaire dans une cohorte sélectionnée de jeunes de 12 à 15 ans présentant une dysphorie de genre persistante au Royaume-Uni. *PLOS ONE*, 16(2), e0243894. doi:10.1371/journal.pone.0243894
- Chew, D., Tollit, M. A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A. S., & Pang, K. C. (2020). Les jeunes ayant une identité de genre non-binaire : Un examen de leur profil sociodémographique et clinique. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(4), 322-330. doi:10.1016/S2352-4642(19)30403-1
- Churcher Clarke, A., et Spiliadis, A. (2019). " Enlever le couvercle de la boîte " : La valeur de l'évaluation clinique étendue pour les adolescents présentant des difficultés d'identité de genre. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 338-352. doi:10.1177/1359104518825288
- Clark, B. A., & Virani, A. (2021). This Wasn't a "split-second decision" : Une analyse éthique empirique de la capacité, des droits et de l'autorité des jeunes transgenres à consentir à l'hormonothérapie. *Journal of Bioethical Inquiry*, 18(1), 151-164. doi:10.1007/s11673-020-10086-9
- Clayton, A., Malone, W. J., Clarke, P., Mason, J., & D'Angelo, R. (2021). Commentaire : The signal and the noise-questioning the benefits of puberty blockers for youth with gender dysphoria-a commentary on Rew et al. (2021). *Child and Adolescent Mental Health*, 27, camh.12533. doi:10.1111/camh.12533
- Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). Le traitement des adolescents transsexuels : Changing insights. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 1892-1897. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00870.x
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Suppression de la puberté chez un adolescent dysphorique de genre : A 22-year follow-up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843-847. doi:10.1007/s10508-011-9758-9
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. M. (1998). Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(4), 246-248. doi:10.1007/s007870050073
- D'Angelo, R. (2018). L'implication éthique de la psychiatrie dans les soins d'affirmation du genre. *Australasian Psychiatry*, 26(5), 460-463. doi:10.1177/1039856218775216.
- D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T., & Clarke, P. (2020). Une taille ne convient pas à tous : En faveur de la psychothérapie pour la dysphorie de genre. *Archives of Sexual Behavior*, 50, 7-16. doi:10.1007/s10508-020-01844-2
- de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Rapport de sexe chez les enfants et les adolescents orientés vers le service de développement de l'identité de genre au Royaume-Uni (2009-2016)). *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1301-1304. doi:10.1007/s10508-018-1204-9.
- de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen Kettenis, P. T., de Vries, A., Kreukels, B., Wasserman, L., Wood, H., & Zucker, K. J. (2020). Suicidalité chez les adolescents transgenres référés par la clinique. *European child & adolescent psychiatry*, 31, 67-83. doi : 10.1007/s00787-020-01663-9. Advance publication en ligne. doi : 10.1007/s00787-020-01663-9
- de Vries, A. L. C. (2020). Défis dans le timing de la suppression de la puberté pour les adolescents non conformistes de genre. *Pediatrics*, 146(4), e2020010611. doi:10.1542/peds.2020-010611

- de Vries, A. L. C., Beek, T. F., Dhondt, K., de Vet, H. C. W., Cohen-Kettenis, P. T., Steensma, T. D., & Kreukels, B. P. C. (2021). Fiabilité et utilité clinique des diagnostics liés à l'identité de genre : comparaisons entre la CIM-11, la CIM-10, le DSM-IV et le DSM-5. *LGBT Health*, 8(2), 133-142. doi:10.1089/lgbt.2020.0272
- de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Prise en charge clinique de la dysphorie de genre chez les enfants et les adolescents : L'approche néerlandaise. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301-320. doi:10.1080/00918369.2012.653300
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Résultat psychologique du jeune adulte après suppression de la puberté et réassignation de genre. *Pediatrics*, 134(4), 696-704. doi:10.1542/peds.2013-2958
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Suppression de la puberté chez les adolescents présentant un trouble de l'identité sexuelle : A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276-2283. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Prise en charge clinique du trouble de l'identité de genre chez l'adolescent : Un protocole sur les aspects psychologiques et d'endocrinologie pédiatrique. *European Journal of Endocrinology*, 155(suppl\_1), S131-S137. doi:10.1530/eje.1.02231
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N. et Landén, M. (2011). Suivi à long terme des personnes transsexuelles subissant une chirurgie de réassignation sexuelle : Étude de cohorte en Suède. *PLoS ONE*, 6(2), e16885. doi:10.1371/journal.pone.0016885
- Dhejne, C., Öberg, K., Arver, S. et Landén, M. (2014). Une analyse de toutes les demandes de chirurgie de réassignation sexuelle en Suède, 1960-2010 : Prévalence, incidence et regrets. *Archives of Sexual Behavior*, 43(8), 1535-1545. doi:10.1007/s10508-014-0300-8
- Diamond, M. (2013). La transsexualité chez les jumeaux : Concordance d'identité, transition, éducation et orientation. *International Journal of Transgenderism*, 14(1), 24-38. doi:10.1080/15532739.2013.750222
- Ehrensaf, D. (2017). Les jeunes non-conformes au genre : Perspectives actuelles. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, Volume 8, 57-67. doi:10.2147/AHMT.S110859
- Entwistle, K. (2020). Debate : Reality check - Les témoignages de détrompeurs nous obligent à repenser la dysphorie de genre. *Child and Adolescent Mental Health*, 26, 15-16. camh.12380. doi:10.1111/camh.12380
- Frigerio, A., Ballerini, L., & Valdés Hernández, M. (2021). Différences cérébrales structurelles, fonctionnelles et métaboliques en fonction de l'identité de genre ou de l'orientation sexuelle : A systematic review of the human neuroimaging literature. *Archives of sexual behavior*, 50(8), 3329-3352. doi:10.1007/s10508-021-02005-9
- Genspect (2021). Consulté le 20 décembre 2021 sur le site <https://genspect.org/groups/>.
- Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Hormones transsexuelles et événements cardiovasculaires aigus chez les personnes transgenres : Une étude de cohorte. *Annals of Internal Medicine*, 169(4), 205. doi:10.7326/M17-2785
- Gooren, L., & Delemarre-van de Waal, H. (1996). The feasibility of endocrine interventions in juvenile transsexuals. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 8(4), 69-74. doi:10.1300/J056v08n04\_05
- Green, A. E., DeChants, J. P., Price, M. N., & Davis, C. K. (2021). Association de l'hormonothérapie d'affirmation du genre avec la dépression, les pensées de suicide et les tentatives de suicide chez les jeunes transgenres et non binaires. *Journal of Adolescent Health*, S1054139X21005681. doi:10.1016/j.jadohealth.2021.10.036
- Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M., & de Vries, M. C. (2017). La prise de décision médicale chez les enfants et les adolescents : Aspects développementaux et neuroscientifiques. *BMC Pediatrics*, 17(1), 120. doi:10.1186/s12887-017-0869-x
- Hakeem, A., Črnčec, R., Asghari-Fard, M., Harte, F., & Eapen, V. (2016). Développement et validation d'une mesure pour évaluer la dysphorie de genre chez les adultes : Le questionnaire de préoccupation et de stabilité de genre. *Journal international du transgenre*, 17(3-4), 131-140. doi:10.1080/15532739.2016.1217812
- Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). L'accès aux soins et la fréquence de la détransition parmi une cohorte discharged par une clinique nationale britannique d'identité sexuelle pour adultes : Retrospective case-note review. *BJPsych Open*, 7(6), e184. doi:10.1192/bjo.2021.1022
- Hem bree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V. et T'Sjoen, G. G. (2017). Traitement endocrinien des personnes dysphoriques/incongrues de genre : Un guide de pratique clinique de la société d'endocrinologie. *J Clin Endocrinol Metab*, 102(11), 3869-3903. doi:10.1210/je.2017-01658
- HHS. (2021). Que signifie la "contagion du suicide" et que peut-on faire pour la prévenir ? Consulté le 28 décembre 2021 à l'adresse <https://www.hhs.gov/answers/mental-health-and-substance-abuse/what-does-suicide-contagion-mean/index.html>.
- HRC. (s.d.). Soins cliniques pour les enfants et adolescents expansifs de genre. Consulté le 4 janvier 2022 à l'adresse <https://www.hrc.org/resources/interactive-map-clinical-care-programs-for-gender-nonconforming-childr>.
- Hutchinson, A., Midgen, M., & Spiliadis, A. (2020). En faveur de la recherche sur la dysphorie de genre à déclenchement rapide. *Archives of Sexual Behavior*, 49(1), 79-80. doi:10.1007/s10508-019-01517-9
- Iliadis, S. I., Axfors, C., Friberg, A., Arinell, H., Beckman, U., Fazekas, A., Frisen, L., Sandström, L., Thelin, N., Wahlberg, J., Södersten, M., & Papadopoulos, F. C. (2020). Propriétés psychométriques et validité concurrente

- de l'échelle de congruence transgenre (TCS) dans le contexte suédois. *Scientific Reports*, 10(1), 18701. doi:[10.1038/s41598-020-73663-3](https://doi.org/10.1038/s41598-020-73663-3)
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. et Anafi, M. (2016). *Le rapport de l'enquête américaine 2015 sur les transgenres*. Washington, DC : Centre national pour l'égalité des transgenres.
- John s, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L. et Underwood, J. M. (2019). Identité transgenre et expériences de victimisation par la violence, consommation de substances, risque de suicide et comportements sexuels à risque chez les élèves du secondaire - 19 États et grands districts scolaires urbains, 2017. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(3), 67-71. doi:[10.15585/mmwr.mm6803a3](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3).
- Kaltiala, R., Heino, E., Työlajärvi, M., & Suomalainen, L. (2020). Développement et fonctionnement psychosocial des adolescents après avoir commencé à prendre des hormones transsexuelles pour la dysphorie de genre. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 213-219. doi:[10.1080/08039488.2019.1691260](https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260)
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työlajärvi, M. et Frisen, L. (2018). La dysphorie de genre à l'adolescence : Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, Volume 9, 31-41. doi:[10.2147/AHMT.S135432](https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432)
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työlajärvi, M., & Lindberg, N. (2015). Deux ans de service d'identité de genre pour mineurs : Surreprésentation des filles nées de parents ayant de graves problèmes de développement à l'adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 9. doi:[10.1186/s13034-015-0042-y](https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y)
- Katz, A. L., Macauley, R. C., Mercurio, M. R., Moon, M. R., Okun, A. L., Opel, D. J. et Statter, M. B. (2016). Le consentement éclairé dans la prise de décision en pratique pédiatrique. Comité de bioéthique. *Pediatrics*, 138(2), e20161484. doi:[10.1542/peds.2016-1484](https://doi.org/10.1542/peds.2016-1484).
- Kendler K. S. (2019). De plusieurs à un à plusieurs-la recherche des causes de la maladie psychiatrique. *JAMA psychiatry*, 76(10), 1085-1091. doi:[10.1001/jamapsychiatry.2019.1200](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1200).
- Kidd , K. M., Sequeira, G. M., Douglas, C., Paglisotti, T., Inwards-Breland, D. J., Miller, E., & Coulter, R. W. S. (2021). Prévalence des jeunes de sexe différent dans un district scolaire urbain. *Pediatrics*, 147(6), e2020049823. doi:[10.1542/peds.2020-049823](https://doi.org/10.1542/peds.2020-049823)
- Korte, A., Goecker, D., Krude, H., Lehmkuhl, U., Grüters-Kieslich, A., & Beier, K. M. (2008). Troubles de l'identité sexuelle dans l'enfance et l'adolescence : Concepts et stratégies de traitement actuellement débattus. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105(48), 834-841. doi:[10.3238/arztebl.2008.0834](https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0834)
- Kozłowska, K., Chudleigh, C., McClure, G., Maguire, A. M., & Ambler, G. R. (2021). Patrons d'attachement chez enfants et adolescents avec dysphorie de genre. *Frontiers in Psychology*, 11. doi:[10.3389/fpsyg.2020.582688](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.582688)
- Kozłowska, K., McClure, G., Chudleigh, C., Maguire, A. M., Gessler, D., Scher, S., & Ambler, G. R. (2021). Enfants et adolescents australiens atteints de dysphorie de genre : Présentations cliniques et défis rencontrés par une équipe multidisciplinaire et un service de genre. *Human Systems*, 26344041211010776. doi:[10.1177/26344041211010777](https://doi.org/10.1177/26344041211010777)
- Laidlaw, M. K., Van Meter, Q. L., Hruz, P. W., Van Mol, A. et Malone, W. J. (2019). Lettre à la rédaction : " Traitement endocrinien des personnes dysphoriques/incongrues de genre " : An Endocrine Society Clinical Practice Guideline." *Le Journal d'endocrinologie clinique et métabolisme*, 104(3), 686-687. doi:[10.1210/jc.2018-01925](https://doi.org/10.1210/jc.2018-01925).
- Levine, S. B. (2021). Réflexions sur le rôle du clinicien avec les personnes qui s'identifient comme transgenres. *Archives of Sexual Behavior*, 50, 3527-3536. doi:[10.1007/s10508-021-02142-1](https://doi.org/10.1007/s10508-021-02142-1)
- Levine, S.B. (2019). Consentement éclairé pour les patients transgenres, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 45(3):218-229. doi : [10.1080/0092623X.2018.1518885](https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1518885).
- Littman, L. (2018). Rapports des parents d'adolescents et de jeunes adultes perçus comme présentant des signes d'une apparition rapide de la dysphorie de genre . *PLoS ONE* 13(8) : e0202330. doi:[10.1371/journal.pone.0202330](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330)
- Littman, L. (2020). L'utilisation des méthodologies dans Littman (2018) est cohérente avec l'utilisation des méthodologies dans d'autres études contribuant au domaine de la recherche sur la dysphorie de genre : Réponse à Restar (2019). *Archives of Sexual Behavior*, 49 (1), 67-77. doi:[10.1007/s10508-020-01631-z](https://doi.org/10.1007/s10508-020-01631-z).
- Littman, L. (2021). Individus traités pour la dysphorie de genre avec une transition médicale et/ou chirurgicale qui ont subséquemment transité : A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50, 3353-3369. doi:[10.1007/s10508-021-02163-w](https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w)
- Lynch, H.F., Joffe, S., Feldman, E. (2018). Le consentement éclairé et le rôle du médecin traitant. *NEJM* 378:25, 435-438.
- Malone, W., D'Angelo, R., Beck, S., Mason, J., & Evans, M. (2021). Les bloqueurs de puberté pour la dysphorie de genre : la science est loin d'être réglée. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(9), e33-e34. doi:[10.1016/S2352-4642\(21\)00235-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00235-2)
- Malone, W. J., Hruz, P. W., Mason, J. W., & Beck, S. (2021). Lettre à l'éditeur de William J. Malone et al : "Proper care of transgender and gender-diverse persons in the setting of proposed discrimination : a policy perspective". *J Clin Endocrinol Metab*, 106(8), e3287-e3288. doi:[10.1210/clinem/dgab205](https://doi.org/10.1210/clinem/dgab205)
- Manrique, O. J., Adabi, K., Martinez-Jorge, J., Ciudad, P., Nicoli, F. et Kiranantawat, K. (2018). Complications et résultats rapportés par les patients dans la vaginoplastie homme-femme - où nous en sommes aujourd'hui : Une revue systématique et une méta-analyse. *Annals of Plastic Surgery*, 80(6), 684-691. doi:[10.1097/SAP.0000000000001393](https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001393)
- Mar s, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P. et Gunnell, D. (2019). Prédicteurs d'une future tentative de suicide chez les adolescents ayant des pensées suicidaires ou une automutilation non suicidaire : Une étude de cohorte de naissance basée sur la population. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 327-337. doi:[10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)

- Mathes, T., & Pieper, D. (2017). Clarifier la distinction entre les séries de cas et les études de cohorte dans les revues systématiques d'études comparatives : Impact potentiel sur le corpus de preuves et la charge de travail. *BMC Medical Research Methodology*, 17(1), 107. doi:10.1186/s12874-017-0391-8
- McGuire, J. K., Berg, D., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Fish, J. N., Nic Rider, G., Steensma, T., Cohen-Kettenis, P. T., & Spencer, K. (2020). Échelle de dysphorie de genre d'Utrecht - spectre de genre (UGDS-GS) : Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBQ samples. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 194-208. doi:10.1080/26895269.2020.1723460
- Morandini, J. S., Kelly, A., de Graaf, N. M., Carmichael, P., & Dar-Nimrod, I. (2021). Shifts in demographics and mental health co-morbidities among gender dysphoric youth referred to a specialist gender dysphoria service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 135910452110468. doi:10.1177/13591045211046813
- Institut national pour l'excellence en matière de santé et de soins. (2020a). Evidence review : Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria. <https://arms.nice.org.uk/resources/hub/1070905/attachement>
- Institut national pour l'excellence en matière de santé et de soins. (2020b). Evidence review : Hormones d'affirmation du genre es pour enfants et adolescents atteints de dysphorie de genre. <https://arms.nice.org.uk/resources/hub/1070871/attachement>
- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2019). Occurrence d'événements cardiovasculaires aigus chez les personnes transgenres recevant une hormonothérapie : Résultats de une grande étude de cohorte. *Circulation*, 139(11), 1461-1462. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038584
- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., et McLaughlin, K. A. (2016). Santé mentale des enfants transgenres qui sont soutenus dans leurs identités. *Pediatrics*, 137(3), 1-16. iii.
- Ouliaris, C. (2021). Consentement au traitement de la dysphorie de genre chez les mineurs : évolution des cadres cliniques et juridiques. *The Medical journal of Australia*, Advance online publication. doi:10.5694/mja2.51357
- Paine, E. A. (2021). "Fat broken arm syndrome" : Négocier le risque, la stigmatisation et le biais de poids dans les soins de santé LGBTQ. *Soc Sci Med*, 270, 113609. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113609
- Ligue pour le planning familial du Massachusetts. ( n.d.) Hormonothérapie d'affirmation du genre. Consulté le 26 décembre 2021 à l'adresse <https://www.plannedparenthood.org/planned-parenthood-massachusetts/campaigns/gender-affirming-hormone-therapy>.
- Rafferty, J., Comité des aspects psychosociaux de la santé de l'enfant et de la famille, Comité de l'adolescence, & Section de la santé et du bien-être des lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres. (2018). Assurer des soins et un soutien complets aux enfants et adolescents transgenres et diversifiés du point de vue du genre. *Pediatrics*, 142(4), e20182162. doi:10.1542/peds.2018-2162
- Droit à un traitement médical ou dentaire sans consentement parental, Oregon ORS Volume 3, Titre 11, 109.640 (2010). [https://oregon.public.law/statutes/ors\\_109.640](https://oregon.public.law/statutes/ors_109.640)
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). La dysphorie de genre dans l'enfance. *Revue internationale de psychiatrie*, 28(1), 13-20. doi:10.3109/09540261.2015.1115754.
- Rood, B. A., Reisner, S. L., Surace, F. I., Puckett, J. A., Maroney, M. R., & Pantalone, D. W. (2016). Expecting rejection : Understanding the minority stress experiences of transgender and gender-nonconforming individuals. *Transgender Health*, 1(1), 151-164. doi:10.1089/trgh.2016.0012
- Ross, M. W., & Need, J. A. (1989). Effets de l'adéquation de la chirurgie de réassignation de genre sur l'ajustement psychologique : A follow-up of fourteen male-to-female patients. *Archives of Sexual Behavior*, 18(2), 145-153. doi:10.1007/BF01543120
- Schulz, S. L. (2018). Le modèle de consentement éclairé de la prise en charge des transgenres : Une alternative au diagnostic de dysphorie de genre. *Journal de psychologie humaniste*, 58(1), 72-92. doi:10.1177/0022167817745217.
- Simon, G. E., & VonKorff, M. (1998). Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *American Journal of Epidemiology*, 147, 155-160. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a009428
- Singh, D., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2021). Une étude de suivi des garçons atteints de troubles de l'identité sexuelle. *Frontiers in Psychiatry*, 12. doi:10.3389/fpsy.2021.632784
- Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents souffrant de troubles de l'identité sexuelle qui ont été acceptés ou rejetés pour une chirurgie de réassignation sexuelle : A prospective Follow-up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(4), 472-481. doi:10.1097/00004583-200104000-00017
- Smith, A. R., Zuromski, K. L., & Dodd, D. R. (2018). Les troubles de l'alimentation et la suicidalité : Ce que nous savons, ce que nous ne savons pas, et des suggestions pour la recherche future. *Current Opinion in Psychology*, 22, 63-67. doi:10.1016/j.co-psyc.2017.08.023
- Spiliadis, A. (2019). Towards a gender exploratory model : Ralentir les choses, ouvrir les choses et explorer le développement identitaire. *Metalogos Systemic Therapy Journal*, 35, 1-9. [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Other/Rebekah\\_Murphy\\_TowardsaGenderExploratoryModelslowingthingsdownopeningthingsupandexploringidentitydevelopment.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Other/Rebekah_Murphy_TowardsaGenderExploratoryModelslowingthingsdownopeningthingsupandexploringidentitydevelopment.pdf)
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P. C., Beekman, A. J. et Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Facteurs associés à la désistance et à la persistance de la dysphorie de genre de l'enfance : Une étude de suivi quantitative. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582-590. doi:10.1016/j.jaac.2013.03.016
- Strang, J. F., Janssen, I, Tishelman, A., Leibowitz, S. F., Kenworthy, L., McGuire, J. K., Edwards-Leeper, L., Mazefsky, C. A., Rofey, D., Bascom, J., Caplan, R., Gomez-Lobo, V., Berg, D., Zaks, Z., Wallace, G. L., Wimmis, H., Pine-

Twaddell, E., Shumer, D., Register-Brown, K., ... Anthony, L. G. (2018). Revisiter le lien : Preuves de

- les taux d'autisme dans les études sur les personnes de sexe différent. *Journal de l'Académie américaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 57(11), 885-887. doi:10.1016/j.jaac.2018.04.023.
- Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. (2020). Références au service de développement de l'identité de genre en 2019-20 identiques à 2018-19. <https://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/news/stories/gender-identity-development-servic-e-referrals-2019-20-same-2018-19/>.
- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). Un commentaire critique sur les études de suivi et les théories de "désistance" sur les enfants transgenres et non conformistes de genre. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212-224. doi:10.1080/15532739.2018.1456390.
- Le projet Trevor. (2021). Enquête nationale sur la santé mentale des jeunes LGBTQ 2021. Consulté le 3 janvier 2022, de <https://www.thetrevorproject.org/survey-2021/?section=SuicideMentalHealth>.
- Toomey, R. B., Syvertsen, A. K., & Shramko, M. (2018). Comportement suicidaire des adolescents transgenres. *Pediatrics*, 142(4). doi:10.1542/peds.2017-4218.
- Turban, J. L. (2018). Déficits sociaux potentiellement réversibles chez les jeunes transgenres. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 4007-4009. doi:10.1007/s10803-018-3603-0.
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Suppression pubertaire pour les jeunes transgenres et risque d'idées suicidaires. *Pediatrics*, 145(2), e20191725. doi:10.1542/peds.2019-1725.
- Turban, J. L., & van Schalkwyk, G. I. (2018). "Dysphorie de genre" et trouble du spectre autistique : le lien est-il réel ? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(1), 8-9.e2. doi:10.1016/j.jaac.2017.08.017
- van der Miesen, A. I. R., Cohen-Kettenis, P. T., & de Vries, A. L. C. (2018). Existe-t-il un lien entre la dysphorie de genre et le trouble du spectre autistique ? *Journal de l'Académie américaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 57(11), 884-885. doi:10.1016/j.jaac.2018.04.022
- Vandenbussche, E. (2021). Besoins et soutien liés à la transition : A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, 20, 1-19. doi:10.1080/00918369.2021.1919479
- Voorzij. (2021). Il est urgent d'approfondir les recherches sur la prise en charge des jeunes transgenres : "D'où vient la forte augmentation du nombre d'enfants ?". Récupéré le 20 décembre 2021 sur <https://www.voorzij.nl/more-research-his-urgently-need-into-transgender-care-for-young-people-where-does-the-large-increase-of-children-come-from/>.
- Vrouenraets, L., de Vries, A., de Vries, M. C., van der Miesen, A., & Hein, I. M. (2021). Évaluation de la compétence de prise de décision médicale chez les jeunes transgenres. *Pediatrics*, 148, e2020049643. Publication anticipée en ligne. doi:10.1542/peds.2020-049643
- Vrouenraets, L., Hartman, L. A., Hein, I. M., de Vries, A., de Vries, M. C., & Molewijk, B. (2020). Faire face aux défis moraux dans le traitement des enfants et des adolescents transgenres : Évaluation du rôle de la délibération de cas moral. *Archives of sexual behavior*, 49(7), 2619-2634. doi:10.1007/s10508-020-01762-3
- Wiepjes, C. M., den Heijer, M., Bremmer, M. A., Nota, N. M., Blok, C. J. M., Coumou, B. J. G., & Steensma, T. D. (2020). Tendances du risque de décès par suicide chez les personnes transgenres : Résultats de l'étude de la cohorte d'Amsterdam sur la dysphorie de genre (1972-2017). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(6), 486-491. doi:10.1111/acps.13164
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M.-B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C., & den Heijer, M. (2018). L'étude de la cohorte d'Amsterdam sur la dysphorie de genre (1972-2015) : Tendances de la prévalence, du traitement, et des regrets. *Le journal de la médecine sexuelle*, 15(4), 582-590. doi:10.1016/j.jsxm.2018.01.016.
- Wilson, S. C., Morrison, S. D., Anzai, L., Massie, J. P., Poudrier, G., Motosko, C. C. et Hazen, A. (2018). Masculiniser la chirurgie du haut : Une revue systématique des techniques et des résultats. *Annals of Plastic Surgery*, 80(6), 679-683. doi:10.1097/SAP.0000000000001354
- Organisation mondiale de la santé. (2019). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (11e éd.). <https://icd.who.int/>
- Zucker, K. J. (2017). Épidémiologie de la dysphorie de genre et de l'identité transgenre. *Sexual Health*, 14(5), 404. doi:10.1071/SH17067
- Zucker, K. J. (2018). Le mythe de la persistance : Réponse à "Un commentaire critique sur les études de suivi et les théories de "désistance" concernant les enfants transgenres et non-conformes au genre" par Temple Newhook et al. (2018). *Journal international de Transgenderism*, 19(2), 231-245. doi:10.1080/15532739.2018.1468293.
- Zucker, K. J. (2019). Adolescents atteints de dysphorie de genre : Réflexions sur certaines questions cliniques et de recherche contemporaines. *Archives of Sexual Behavior*, 48(7), 1983-1992. doi:10.1007/s10508-019-01518-8
- Zucker, K. J. (2020). Débat : Different strokes for different folks. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(1), 36-37. doi:10.1111/camh.12330