



Deutsche Gesellschaft  
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

## **Version provisoire du guide de l'AWMF**

### **Incongruence sexuelle et dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent - Diagnostic et traitement (S2k)**

**AWMF-Register-No. 028 - 014**

#### **Société de discipline médicale chef de file**

Société allemande de psychiatrie, psychosomatique et psychothérapie pour enfants et adolescents (DGKJP)

#### **Sociétés spécialisées de l'AWMF impliquées**

Société allemande de psychiatrie, psychosomatique et psychothérapie pour enfants et adolescents (DGKJP, chef de file)

Académie d'éthique médicale (AEM)

Société médicale allemande pour la thérapie comportementale (DÄVT)

Société allemande d'endocrinologie (DGE)

Société allemande de gynécologie et d'obstétrique (DGGG)

Société allemande de pédiatrie (DGKJ)

Société allemande d'endocrinologie et de diabétologie pédiatrique et adolescente (DGPAED) Société allemande de psychologie médicale (DGMP)

Société allemande de psychiatrie et de psychothérapie, de psychosomatique et de neurologie (DGPPN)

Société allemande de psychanalyse, de psychothérapie, de psychosomatique et de psychologie des profondeurs (DGPT) Société allemande de recherche sur la sexualité (DGfS)

Société allemande de médecine sexuelle, de thérapie sexuelle et de sexologie (DGSMTW)

Société allemande d'urologie (DGU)

Collège allemand de médecine psychosomatique (DKPM)

### **Autres organisations professionnelles impliquées :**

Association professionnelle des psychothérapeutes d'enfants et d'adolescents (bkj)

Association professionnelle des psychologues allemands (BDP)

Association professionnelle de psychiatrie, psychosomatique et psychothérapie pour enfants et adolescents (BKJPP) Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - psychosomatik und -psychotherapie (BAG)

Chambre fédérale des psychothérapeutes (BPtK)

Société allemande de thérapie systémique, de conseil et de thérapie familiale (DGSF) Société de sexologie (GSW)

Psychothérapie comportementale pour enfants et adolescents (KJPVT) Société autrichienne de psychiatrie pour enfants et adolescents (ÖGKJP)

Société suisse de psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents (SSPPEA)

Association des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans\*, intersexes et queer en psychologie (VLSP)

Association des psychothérapeutes analytiques pour enfants et adolescents en Allemagne (VAKJP)

### **Organisations représentatives des personnes en quête de traitement impliquées :**

Association fédérale trans\* (BVT\*)

Réseau d'enfants trans\* (TraKiNe)

### **Coordination des lignes directrices**

Georg Romer Clinique universitaire  
de Münster

Georg.romer@ukmuenster.de

## **Co-auteurs\* du texte des lignes directrices (par ordre alphabétique)**

Bastian, Michael, Munich

Becker-Heblich, Inga, psychologue diplômée Ph. D,

Hambourg Dietrich, Heiko, Dr. med., Cologne

Fahrenkrug, Saskia, psychologue diplômée,

Hambourg Fuchs, Martin, Dr. med.,

Innsbruck (A) Gredig, Christian, socio-  
pédagogue (CH)

Günther, Mari, pédagogue diplômée,

Berlin Haufe, Karoline, Berlin

Janzing, Malte, M.A., léna

Jung, Martin, Dr. med., Schleswig

Lehmann, Thomas, psychologue diplômé,

Neunkirchen Lempp, Thomas, Dr. med., Francfort

Maur, Sabine, Dipl.-Psych. Mayence

Möller, Birgit, Prof. Dr. phil., Münster

Pauli, Dagmar, Dr. Zurich (CH)

Richter-Unruh. Anette, Prof. Dr. med., Bochum

Romer, Georg, Prof. Dr. med., Münster

Seikowski, Kurt, PD Dipl.-Psych., Leipzig

Stage, Andreas, Dr. med., Dinslaken

Struck, Inge, psychologue diplômée, Solingen

Wiesemann, Claudia, professeur, Göttingen

Wüsthof, Achim, docteur en médecine,

Hambourg

## **Aperçu du contenu**

Introduction	S. 1
Glossaire	S. 16
I. Préambule	S. 21
II. Variante Déroulement de l'évolution (persistance, désistance et détransition)	S. 26
III Changement de rôle social pendant l'enfance	S. 50
IV. Troubles mentaux et problèmes de santé associés chez les enfants et les adolescents présentant une incongruité sexuelle et une dysphorie de genre	S. 60
V. Psychothérapie et développement psychosocial	S. 86
VI. Prise en compte de l'environnement relationnel familial et de la dynamique familiale	S. 112
VII. indication d'interventions médicales de modification corporelle	S. 120
VIII.aspects somatiques des interventions hormonales	S. 192
IX. Interaction professionnelle et approche sensible à la discrimination avec les enfants et les jeunes non conformes aux normes de genre	S. 216
X. Droit et éthique - Fondements juridiques et éthiques du traitement des mineurs souffrant de dysphorie de genre	S. 234
Bibliographie	S. 244
Annexe - Recommandations nationales divergentes	



# **Introduction**

## **1. Sur le développement de cette ligne directrice dans le contexte des débats actuels**

- 1.1. Dépathologisation dans la CIM-11 de l'Organisation mondiale de la santé
- 1.2. Considérations médico-éthiques lors de décisions de traitement à l'adolescence
- 1.3. Gérer le débat social sur le transgenre et la discrimination
- 1.4. Intégration de la controverse professionnelle et gestion des désaccords
- 1.5. Élaboration de recommandations lorsque les preuves sont globalement faibles

## **2. Sur l'épidémiologie de l'incongruité sexuelle**

- 2.1. Fréquences chez les adultes et les mineurs
- 2.2. Comment expliquer l'augmentation du nombre de cas ?
- 2.3. Explications de l'évolution du ratio hommes/femmes

## **3. Comment se développe l'identité de genre non conforme ?**

Vorläufige Fassung zur Kommentierung

## **1. Sur le développement de cette ligne directrice dans le contexte des débats actuels**

Cette directive de l'AWMF a pour but d'offrir à tous les professionnels de la santé qui s'occupent de jeunes personnes transgenres une orientation pour une prise en charge la mieux informée possible sur la base de l'état actuel des connaissances médicales. Vingt-six organisations médicales et psychothérapeutiques spécialisées ainsi que deux organisations d'auto-représentation ont participé à son élaboration et à son consensus. Cette large participation garantit que les recommandations de cette ligne directrice s'appuient sur une opinion représentative des professionnels de la santé.

Malgré la forte médiatisation de la thématique du traitement des jeunes transgenres, il convient de noter que le nombre de jeunes en incongruité de genre traités médicalement reste faible en valeur absolue. L'augmentation relative du nombre de traitements est liée à l'ouverture croissante de la société aux parcours de vie transgenres et à l'amélioration des offres de soins spécialisés. L'augmentation du nombre de traitements n'est pas un phénomène spécifique à l'adolescence. Ils sont observables dans des proportions similaires à l'âge adulte. Ainsi, selon une extrapolation actuelle basée sur les données anonymisées des assurés de BARMER<sup>1</sup>, le nombre de nouveaux traitements hormonaux entamés dans toute l'Allemagne entre 2014 et 2019 par des adolescentes de moins de 18 ans présentant une incongruité de genre a été multiplié par 3,2 (d'environ 330 à environ 1.060) et par 3,5 chez les adultes entre 18 et 30 ans au cours de la même période (d'environ 510 à environ 1.800).

La prise en charge médicale des personnes transgenres est un défi interdisciplinaire pour lequel l'expertise clinique de spécialistes expérimentés est essentielle en raison du faible nombre de cas et de l'impossibilité, pour des raisons éthiques, de réaliser des études cliniques contrôlées. Pour cette ligne directrice, les sociétés spécialisées ont délégué une grande partie des experts de longue date dans le développement et le traitement de jeunes patients transgenres.

Les paragraphes suivants abordent certains des défis rencontrés lors de l'élaboration de cette ligne directrice ainsi que les procédures à suivre.

### **1.1. Dépathologisation dans la CIM-11 de l'Organisation mondiale de la santé**

Dans le monde médical, un changement de paradigme s'est opéré au cours des deux dernières décennies dans la compréhension des identités de genre non conformes, dans le sens de leur dépathologisation. Cette étape est comparable au changement de traitement de l'homosexualité, qui a été supprimée du catalogue des diagnostics psychiatriques en 1977. Par conséquent, la CIM-11 ne contient pas de "troubles de l'identité sexuelle".

---

<sup>1</sup> La publication de ces chiffres a été autorisée par la BARMER.

(F64) au sens d'une maladie psychique. A la place, le diagnostic de L'"incongruité de genre" (HA60) a été introduite sous une nouvelle rubrique "*conditions liées à la santé sexuelle*" (OMS, 2022). L'incongruité sexuelle (IG) n'est pas considérée comme une maladie en soi, mais comme un état de santé qui peut justifier la nécessité d'un traitement médical afin d'éviter ou de réduire la souffrance associée, appelée "dysphorie de genre" (DG). Par conséquent, les termes "Troubles de l'identité de genre" et "transsexualisme" ne sont pas utilisés dans cette ligne directrice, malgré la phase de transition actuelle durant laquelle les diagnostics doivent encore être codés selon la CIM-10 (OMS, 2019) en termes de facturation.

## **1.2. Considérations médico-éthiques lors de décisions de traitement à l'adolescence**

Lorsqu'une IG persistante est diagnostiquée chez des adolescentes avant la fin du développement de la maturité biologique, les décisions de traitement pour ou contre des mesures de modification corporelle sont en principe soumises à une charge de justification éthique élevée et nécessitent un examen minutieux de chaque cas individuel. D'une part, les conséquences irréversibles d'une décision de traitement hormonal doivent être prises en compte, d'autre part, le report d'un tel traitement peut conduire à la consolidation d'une souffrance dysphorique liée au sexe en raison de la progression de plus en plus irréversible de la formation des caractéristiques physiques masculines ou féminines. Cela peut à son tour s'accompagner d'un risque accru d'altération de la santé mentale à long terme. Dans ce contexte, il convient de trouver un équilibre éthique entre, d'une part, la protection des mineurs contre des décisions potentiellement prématurées qui pourraient être regrettées ultérieurement et, d'autre part, la protection de l'autodétermination des jeunes quant à leur identité sexuelle et à leur corps. La participation de l'*Académie d'éthique médicale (AEM)* à l'élaboration de la ligne directrice par la collaboration active et continue de son experte déléguée au sein du groupe de pilotage a été un soutien précieux pour la réception du discours médico-éthique pertinent à cet égard. De plus, pendant la phase d'élaboration de la ligne directrice, le Conseil d'éthique allemand a organisé en février 2020 un forum bioéthique au cours duquel les positions éthiques controversées au sein de la commission de la ligne directrice sur les problèmes éthiques susmentionnés ont été ouvertement discutées. Les directives pour les décisions de traitement publiées par la suite par le Conseil d'éthique allemand dans sa recommandation ad hoc "*Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen Therapeutische Kontroversen - ethische Orientierungen*" (Conseil d'éthique allemand, 2020) ont été prises en compte dans la formation du consensus au sein de la commission des lignes directrices. Les questions liées à ces

Les exigences élevées en matière de détermination de la capacité de consentement chez les patients\* mineurs ont été abordées dans un chapitre indépendant sur les mesures éthiques et juridiques (chapitre X→ "*Droit et éthique*").

### **1.3. Gérer le débat social sur le transgenre et la discrimination**

Au cours de l'élaboration de la ligne directrice, les médias ont beaucoup parlé du thème *transgenre*. La commission des lignes directrices avait pour mission d'élaborer une ligne directrice médicale. Bien que la mission d'une ligne directrice de l'AWMF ne puisse pas se focaliser sur les préoccupations politiques de la communauté LSBTIQ en matière d'acceptation par l'ensemble de la société, il est néanmoins nécessaire, dans tout travail de ligne directrice, de mener un dialogue respectueux d'égal à égal avec les patients\* et leurs proches.

La transsexualité a été pathologisée pendant des décennies et de nombreuses études ont documenté la discrimination généralisée des personnes trans dans le secteur de la santé. Deux organisations d'auto-représentation ont participé à l'élaboration des lignes directrices avec droit de vote. Les efforts pour une approche sensible à la discrimination des personnes trans dans le secteur de la santé se reflètent dans un chapitre spécifique à ce sujet (chapitre IX→ "*Interaction professionnelle et approche sensible à la discrimination des enfants et adolescents non conformes aux normes de genre*") ainsi que dans une terminologie appropriée, présentée sous forme de tableau dans le → *glossaire*.

### **1.4. Intégration de la controverse professionnelle et gestion des désaccords**

La large participation de 26 organisations professionnelles et de deux organisations d'auto-représentation à l'élaboration des lignes directrices ainsi que l'intégration dans le groupe de pilotage des centres de traitement spécialisés en psychiatrie infantile et juvénile (Francfort, Hambourg, Munich, Münster, Zurich), qui avaient déjà une longue expérience au début du travail sur les lignes directrices, ont permis de garantir que la composition de la commission des lignes directrices reflète une image globale représentative de l'opinion des experts. Comme on pouvait s'y attendre, des discussions controversées ont eu lieu au sein de la commission des lignes directrices. Afin de présenter certaines attitudes éthiques et thérapeutiques fondamentales au sein de la commission des lignes directrices, la ligne directrice est précédée d'un préambule qui a été adopté par un fort consensus (chapitre I→ "*Préambule*") ainsi que la section sur la "*gestion des désaccords*" dans le rapport méthodologique).

## 1.5. Élaboration de recommandations lorsque les preuves sont globalement faibles

Lors de l'élaboration de la ligne directrice, les deux principaux objectifs de qualité suivants ont été poursuivis en respectant strictement les règles de l'AWMF à partir du niveau d'une ligne directrice S3 :

- L'objectif de *fournir la meilleure information possible sur l'état actuel des connaissances* a été mis en œuvre par une réception systématique de la littérature ainsi que par un classement et une évaluation transparents de celle-ci.
- L'objectif de *s'orienter au mieux vers l'opinion professionnelle actuelle basée sur le consensus des experts sur les "meilleures pratiques"* a été mis en œuvre par un consensus modéré de toutes les recommandations avec une force de consensus maximale pouvant être atteinte (>95% sur toutes les recommandations).

En raison de l'absence de preuves d'efficacité contrôlées et d'un niveau de preuve globalement faible en ce qui concerne les preuves d'efficacité non contrôlées par des études de cohorte de cas, aucune recommandation basée sur des preuves n'a été élaborée dans cette ligne directrice pour le traitement de l'IG ou de l'IG, mais toutes les recommandations ont été développées sur la base d'un consensus. Cela a conduit, en accord avec l'AWMF, à la décision de publier la ligne directrice en tant que ligne directrice S2k, même si la structure méthodologique de son élaboration, en particulier la réception systématique de la littérature, suivait les règles d'une ligne directrice S3.

## 2. Sur l'épidémiologie de l'incongruité sexuelle

### 2.1. Fréquences chez les adultes et les mineurs

Au cours des 15 dernières années, les estimations basées sur des études scientifiques concernant la proportion de personnes non conformes en matière de genre dans la population totale ont évolué. Dans le nouveau guide international *Standards of Care - Version 8* de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH, Coleman et al., 2022), il est indiqué dans un chapitre de synthèse que des études empiriques améliorées sur la fréquence des personnes transgenres et non conformes au genre (*en anglais transgender and gender diverse persons- TGD*) dans la population générale ont été publiées au cours des dix dernières années. Des études de synthèse récentes résument les connaissances disponibles (Arcelus et al., 2015 ; Collin et al., 2016 ; Goodman et al., 2019 ;

Meier & Labuski, 2013 ; Zhang et al., 2020). En ce qui concerne les données épidémiologiques relatives à la *population TGD*, il est recommandé d'éviter les termes "incidence" et "prévalence", car ils se réfèrent aux maladies

se réfèrent. L'objectif est d'éviter la pathologisation des personnes non conformes au genre. (Adams et al., 2017 ; Bouman et al., 2017).

Les *Standards of Care* recommandent plutôt d'utiliser les termes "nombre" et "proportion" pour désigner respectivement la taille absolue et relative de la *population dite TGD*. Lors de l'évaluation des résultats des différentes études, il est important de prêter attention à la méthodologie de l'enquête, en particulier à l'accès aux personnes interrogées et aux définitions de cas choisies. Ainsi, les données de fréquence divergent considérablement selon que, par exemple, les données se rapportent à des personnes qui ont demandé un traitement dans le secteur de la santé en raison d'un possible diagnostic transgenre (IG ou DG) (Collin et al., 2016 ; Meier & Labuski, 2013) ou à des personnes qui ont indiqué une identité de genre non conforme lors d'une enquête basée sur la population. De telles enquêtes basées sur la population reposent sur une définition plus large des identités de genre autodéclarées et aboutissent par conséquent à des chiffres nettement plus élevés.

Dans une grande partie des études publiées il y a plus d'une décennie, le nombre de patients traités dans un centre clinique donné a été déterminé et extrapolé à une taille estimée de la population de la zone d'attraction de la clinique en question, ce qui a probablement conduit à une sous-estimation considérable de l'incidence. Pour ces raisons, seules les études publiées depuis 2009 et dont la méthodologie présente une définition claire du statut de TGD ainsi qu'une population de référence définie avec précision ont été prises en compte dans l'aperçu des études des *Standards of Care* (Coleman et al., 2022). Ces études sont réparties en

- des études rapportant la proportion de personnes non conformistes en matière de genre dans le contexte de l'utilisation des services de santé ;
- les études basées sur des enquêtes de population avec une majorité de participants adultes ; et
- des études basées sur des enquêtes auprès des jeunes dans les écoles

Au total, six études américaines ont analysé les données du Veterans Health Affairs System, un système d'assurance maladie qui couvre plus de neuf millions de personnes. La proportion de personnes transgenres parmi l'ensemble des assurés de ce système a été évaluée entre 0,02% et 0,08% sur la base des données de prestations et des codes de diagnostic (Blosnich et al., 2013 ; Dragon et al., 2017 ; Ewald et al., 2019 ; Jasuja et al., 2020 ; Kauth et al., 2014 ; Quinn et al., 2017). Une limite importante de ces études était que, dans la population de référence, les personnes âgées de 65 ans et plus avaient tendance à être surreprésentées.

En revanche, *les études représentatives de la population qui se sont basées sur un statut transgenre auto-déclaré* ont obtenu un nombre de cas beaucoup plus élevé : Deux études américaines ont utilisé la Behavioral Risk Factor Surveillance Study (BRFSS), une étude sur

se réfèrent. L'objectif est d'éviter la pathologisation des personnes non conformes au genre.  
les facteurs de risque de la population.



enquête téléphonique annuelle menée dans les 50 États des États-Unis (Conron et al., 2012 ; Crissman et al., 2017). Sur la base de différentes enquêtes annuelles, les deux études rapportent de manière concordante qu'environ 0,5 % des participants âgés de 18 ans et plus ont répondu par l'affirmative à la question "Vous considérez-vous comme transgenre ? Dans une enquête basée sur Internet et menée auprès d'un échantillon représentatif de la population néerlandaise âgée de 15 à 70 ans, 1,1 % des personnes auxquelles le sexe masculin a été assigné à la naissance et 0,8 % des personnes auxquelles le sexe féminin a été assigné à la naissance ont indiqué qu'elles s'identifiaient plutôt à l'autre sexe (Kuyper & Wijsen, 2014).

Dans une étude méthodologiquement similaire menée en Belgique sur un échantillon tiré du registre de la population du pays, la proportion de personnes s'identifiant comme non conformes en termes de genre selon les informations fournies par elles-mêmes était de 0,7 % pour le genre masculin assigné à la naissance et de 0,6 % pour le genre féminin assigné à la naissance (Van Caenegem et al., 2015). Une étude portant sur environ 50 000 habitants\* adultes de la région de Stockholm, représentatifs de la population, a examiné la proportion de personnes non conformes en matière de genre en posant des questions différenciées sur l'identité de genre perçue, y compris le désir de traitements médicaux de modification du corps (Åhs et al., 2018). Un "fort désir" d'hormonothérapie ou d'opération de réassignation sexuelle a été affirmé par 0,2% des personnes interrogées des deux sexes à la naissance. En revanche, entre 0,8% et 1,2% des personnes interrogées ont répondu par l'affirmative aux questions relatives à un vécu identitaire non conforme au genre et à un souhait de transition sociale ("*Je me sens comme quelqu'un d'un autre sexe*" et "*Je voudrais vivre ou être traité comme quelqu'un d'un autre sexe*"). Cela doit être considéré comme une indication que les fréquences proportionnelles estimées des personnes se décrivant comme transgenres ou non-binaires ne sont pas équivalentes aux fréquences estimées des personnes souhaitant subir des interventions médicales de modification corporelle. Une enquête représentative menée auprès de 6 000 adultes au Brésil (Spizzirri et al., 2021) a révélé un pourcentage de 1,9% de personnes non conformes en matière de genre, dont 0,7% se sont décrites comme transgenres et 1,2% comme non-binaires.

Il existe plusieurs études scolaires sur les proportions de *jeunes* de moins de 19 ans *non conformistes en matière de genre*. Dans une enquête nationale transversale menée dans des lycées en Nouvelle-Zélande (n=8.000), 1,2% des personnes interrogées ont déclaré se considérer comme "*transgenres*" ou "*transsexuels*".

"gender-divers", 2,5 % ont déclaré ne pas être sûrs (Clark et al., 2014). Dans une enquête menée auprès d'élèves de 14 à 18 ans dans l'État américain du Minnesota (N = 81 000), 2,7 % des personnes interrogées ont déclaré être "*transgenres*" ou "*gender divers*" (Eisenberg et al., 2017). Dans le cadre de l'enquête nationale bisannuelle sur *le comportement à risque*

enquête téléphonique annuelle menée dans les 50 États des États-Unis (Conron *des jeunes (Youth Risk Behavior)* menée aux États-Unis auprès des élèves de 9 à 12 ans (âgés de 13 à 19 ans), les jeunes ont été interrogés sur leur comportement à l'égard du sexe et de l'orientation sexuelle.

Lors de l'enquête de 2017, sur près de 120 000 participants dans 19 régions urbaines, 1,8 % ont répondu "*oui, je suis transgenre*" et 1,6 % ont répondu "*je ne sais pas si je suis transgenre*" (Johns et al., 2019). Une seule étude a examiné la proportion d'enfants se décrivant comme transgenres dans un groupe d'âge plus jeune. Dans l'enquête menée en 2011 auprès de n=2 700 élèves\* de 6e à 8e année (tranche d'âge 11-13 ans) dans des écoles secondaires publiques de San Francisco (Shields et al., 2013), 1,2 % des répondants se sont identifiés comme "*transgenres*" à la question "*Quel est ton genre ?*", les réponses possibles étant "*féminin, masculin ou transgenre*".

En résumé, les données rapportées indiquent que dans les études où le statut transgenre a été déterminé sur la base d'auto-déclarations, le pourcentage constaté se situait entre 0,3% et 0,5% chez les adultes et entre 1,2% et 2,7% chez les adolescents et les jeunes. Lorsque la définition a été élargie pour inclure un éventail plus large de manifestations de non-conformité au genre, telles qu'une identité de genre incertaine ou ambivalente, les pourcentages correspondants étaient plus élevés : de 0,5% à 4,5% chez les adultes et de 2,5% à 8,4% chez les jeunes. Cela indique un spectre large et fluide de descriptions de soi non-conformes ou "queer" à l'adolescence, qui ne peut être assimilé au diagnostic médical d'une IG, mais qui nécessite une différenciation interne.

Dans les études basées sur les systèmes de santé, qui s'appuient sur des codes de diagnostic ou d'autres preuves documentées dans les dossiers médicaux, les pourcentages identifiés de diagnostics liés au transgenre se situaient entre 0,02% et 0,08%, ce qui représente moins d'un dixième des fréquences identifiées dans les enquêtes représentatives basées sur la population (voir tableau 1).

Tableau 1 : Estimation de la proportion de personnes atteintes de TGD\* dans la population totale selon les études disponibles (chiffres de Coleman et al., 2022)

	Transgender	Alle TGD
Gesundheitssystem-basierte Daten (F64-Diagnosen)	0,02–0,1 %	-
Repräsentative Surveys Erwachsene	0,3–0,5 %	0,3–4,5 %
Repräsentative Surveys Jugendliche:	1,2–2,7 %	2,5–8,4 %

TGD : en anglais : "transgender and gender diverse" - en français : "transgenre et non-conforme au genre".

## 2.2. Comment expliquer l'augmentation du nombre de cas ?

Outre les différences de fréquence mentionnées entre les enquêtes basées sur les systèmes de santé et celles basées sur la population, une autre observation est l'*augmentation constante*, au cours des deux dernières décennies, de la proportion de personnes non conformes en matière de genre et de personnes trans, estimée sur la base des résultats des études. Cette augmentation se reflète de la même manière dans les systèmes de santé, dans les enquêtes basées sur la population ainsi que dans les données relatives au changement légal de nom et d'état civil (transition juridique). Ainsi, au cours des dix dernières années, le nombre de jeunes qui consultent des offres de traitement spécialisées dans le domaine de la santé pour des questions liées au phénomène "transgenre" a fortement augmenté au niveau international (Kaltiala et al., 2020). De la même manière, le nombre de traitements médicaux de transit chez les personnes trans adultes a fortement augmenté. Selon l'Office fédéral des statistiques, le nombre d'opérations de réassignation sexuelle chez les adultes en Allemagne a globalement triplé entre 2012 et 2020, avec une tendance à la hausse constante (Statistisches Bundesamt, 2023).

Le nombre de cas de plus en plus élevé rapporté dans la littérature récente confirme l'hypothèse selon laquelle les proportions de personnes non conformes au genre et trans dans la population ont été sous-estimées dans les études précédentes (Olyslager & Conway, 2008). La tendance à l'augmentation de la proportion rapportée de personnes transgenres ou non conformes au genre dans les groupes d'âge plus jeunes est confirmée dans la conclusion des auteurs des *Standards of Care de la*

WPATH<sup>2</sup> (Coleman et al., 2022) ainsi que, selon d'autres auteurs\*, le plus probable par des changements sociopolitiques avec une tolérance et une déstigmatisation croissantes ainsi que par des améliorations dans l'accès à des soins de santé qualifiés, qui ont à leur tour des effets différents selon les générations (Ashley, 2019 ; Pang et al., 2020 ; Zhang et al., 2020). Dans ce contexte, les résultats du dernier recensement canadien, au cours duquel toutes les personnes de la population totale du pays âgées de plus de 15 ans ont été interrogées explicitement sur leur identité de genre, fournissent une preuve de cet effet de génération. Outre les "masculin" et "féminin", on propose aussi explicitement "transgenre", "non-binaire ou "incertain" et "non spécifié" comme possibilités de réponse (Statistique Canada, 2022).

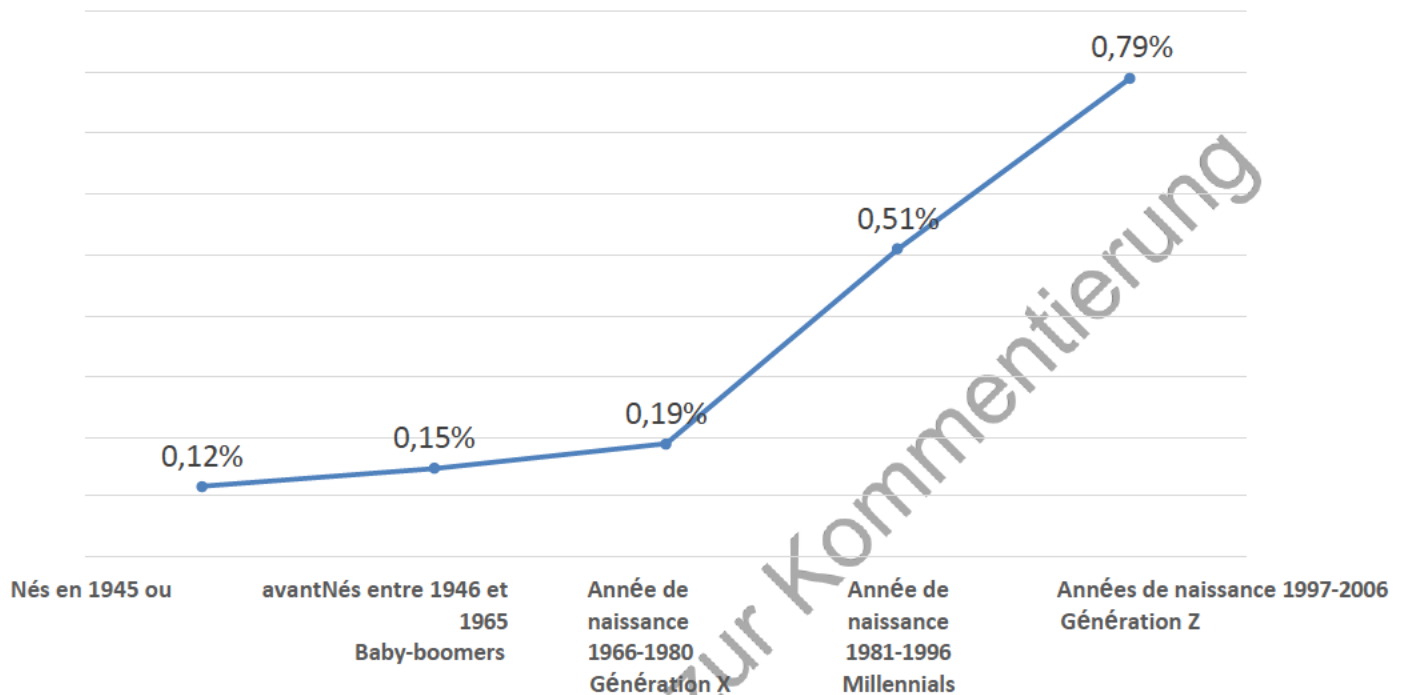
Sur la base de ces données de recensement, 100 815 Canadiens sur 30,5 millions se sont définis comme transgenres ou non-binaires, ce qui représente 0,33% de la population âgée de 15 ans ou plus. Une analyse par cohorte de naissance a montré que la tendance à l'augmentation du nombre de personnes transgenres dans les groupes d'âge plus jeunes n'est pas un phénomène spécifique à l'adolescence, mais qu'elle se manifeste à partir des années de naissance 1966-1980 (la "génération X") par une cinétique d'âge largement linéaire tout au long de la vie adulte (voir figure 1 ci-dessous). Bien que ces résultats représentent les données les plus différenciées disponibles à ce jour sur une large base épidémiologique, une limite réside dans le fait que, pour l'instant, on ne sait pas si et comment les proportions de population déclarées au Canada peuvent être comparées à celles d'autres pays.

---

<sup>2</sup> WPATH - Association professionnelle mondiale pour la santé des transgenres

Fig.1 :

Répartition de la fréquence de l'identité transgenre par année d'âge au Canada (population totale > 16 ans, chiffres de Statistique Canada, 2022)



Cet effet de génération, qui se manifeste tout au long de l'âge adulte, indique que la tendance selon laquelle les jeunes se décrivent plus souvent comme *trans* que les personnes plus âgées ne s'explique pas uniquement par les particularités psychologiques du développement de l'adolescence, puisqu'elle est également perceptible chez les jeunes adultes.

### 2.3. Explications de l'évolution du ratio hommes/femmes

Une observation largement inexplicée jusqu'à présent est le changement croissant, au cours de la dernière décennie, de la répartition relative des fréquences entre les sexes (ratio de genre) rapportée en faveur de la proportion de personnes de sexe féminin ou trans-masculin à la naissance. Cette tendance a notamment été rapportée dans des études analysant les orientations vers des cliniques spécialisées et les données issues de systèmes de santé intégrés, et est surtout signalée pour l'adolescence, pour laquelle plusieurs études s'accordent à dire que le ratio de genre rapporté est de l'ordre de 80:20 (Aitken et al., 2015 ; De Graaf, Carmichael, et al., 2018 ; De Graaf, Giovanardi, et al., 2018 ; Steensma et al., 2018 ; Zhang et al., 2021). Cela a notamment donné lieu à une controverse sur la question de

savoir si une IG persistante, en particulier chez les adolescentes nées avec un sexe féminin, peut être considérée comme un problème de santé publique.

Angleterre) s'appuient entre autres sur cette crainte. Ainsi, dans les explications de la Le *Socialstyrelsen*, l'autorité sanitaire suédoise, ainsi que le *Cass Interim Report* pour le *National Health Service (NHS)* anglais justifient les recommandations actuellement plus prudentes pour l'indication d'un blocage temporaire de la puberté, en particulier pour les adolescents dont le sexe à la naissance est attribué à une femme, et renvoient entre autres à l'observation, pas suffisamment éclairée selon les auteurs, de ce rapport de genre fortement décalé chez les adolescents en quête de traitement (Cass, 2022 ; Socialstyrelsen, 2022). Même si la répartition inégale de la fréquence selon le sexe de naissance des adolescents se présentant dans les centres spécialisés dans la DG n'est pas encore définitivement élucidée, deux résultats paraissent remarquables pour la relativiser :

- Dans une analyse plus récente de  $N = 420$  expertises cumulées de personnes de moins de 19 ans ayant demandé un changement de nom et d'état civil en vertu de la loi allemande sur le transsexualisme (TSG), qui ont presque toutes reçu une réponse positive, on a constaté de la même manière pour ce groupe d'âge un sex-ratio de 80:20 en faveur des demandeurs dont le sexe était attribué à la naissance à une femme (Meyenburg et al., 2021). Dans ce contexte, il est important de connaître les exigences d'une telle expertise selon la TSG : Celle-ci doit être effectuée par *deux experts psychiatriques ou psychologiques indépendants l'un de l'autre*, qui doivent être reconnus par une expertise pertinente dans l'évaluation diagnostique de ce groupe de personnes. Leur mission d'expertise explicite est d'examiner en détail si la personne qui fait la demande *se sent appartenir à l'autre sexe de manière persistante et marquée* sur une période *d'au moins trois ans* ("contrainte interne") et si, après évaluation diagnostique sur la base de l'état des connaissances scientifiques, il est *très probable que cette situation ne changera plus*. Sur la base de ces critères d'expertise visant une spécificité maximale (= empêcher les attributions faussement positives), il faudrait s'attendre à ce que les jeunes qui, par exemple, sont en crise passagère d'identité avec leur sexe de naissance, ne reçoivent pas d'expertises confirmant un résultat positif. Par conséquent, dans la cohorte de cette étude, le rapport inégal entre les sexes rapporté ne peut *pas* être expliqué de *manière* plausible par une *tendance sélective liée au sexe à des cas faussement positifs* par des filles en manque d'assurance identitaire à la puberté.
- **I l e x i s t e** des indices montrant qu'actuellement en Allemagne, l'étape d'une transition socialement vécue par les personnes trans-femmes a lieu en moyenne à un âge supérieur de 10 ans à celui des personnes trans-hommes. Cela pourrait expliquer pourquoi les transitions sociales et donc les demandes de traitement médical des femmes transgenres sont plus fréquentes que celles des hommes.



sont nettement plus rares chez les personnes de sexe féminin avant l'âge de 20 ans. Cette observation se reflète dans les chiffres calculés par la Deutsche Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität (dgti e.V.) pour l'ensemble de l'Allemagne concernant la fréquence, répartie selon l'âge et le sexe, des demandes de *cartes d'identité complémentaires* entre 1999 et 2016, qui peuvent être interprétées comme un indicateur de la cinétique de déroulement des transitions sociales (dgti e.V., Schaaf, 2019). Cette carte d'identité complémentaire est un document à bas seuil, délivré sur demande, qui permet aux personnes trans vivant déjà une transition sociale au quotidien, mais n'ayant pas encore changé légalement de nom et d'état civil, de s'identifier facilement dans les situations quotidiennes, en lien avec leurs documents d'identité officiels (dgti.org). Cette observation des différentes fréquences d'âge nécessite, tant qu'il n'existe pas d'études publiées à ce sujet avec un examen par les pairs, une vérification empirique supplémentaire dans de futures études.

### **3. Comment se développe l'identité de genre non conforme ?**

La réponse à la question de savoir comment l'identité de genre non conforme se forme et se développe n'est pas définitivement élucidée. Il convient ici d'évoquer brièvement les modèles d'explication actuels.

Les modèles traditionnels de développement de l'identité de genre chez les enfants et les adolescents partent du principe que les processus biologiques et psychologiques contrôlent le développement de l'identité de genre d'une manière typiquement conforme au sexe attribué à la naissance (Martin et al., 2002 ; Stoller, 2020). Selon ces modèles, la variabilité des formes typiques et atypiques du *rôle sexuel* vécu se déploie de manière normative au sein d'une *identité de genre conforme au sexe* de naissance. Si le développement de l'identité de genre reste conforme au sexe assigné, le *comportement social* d'une personne *dans son rôle de genre* peut correspondre de manière plus ou moins typique aux attentes socioculturelles perçues. Au cours de leur développement, les filles (cis) adolescentes peuvent s'identifier à des degrés divers comme "typiquement féminines", sans pour autant remettre fondamentalement en question leur perception d'elles-mêmes en tant que personne féminine. De même, les garçons (cis) peuvent, au cours de leur développement, s'identifier plus ou moins à la "fille".

"typiquement masculin", sans remettre fondamentalement en question leur perception d'eux-mêmes en tant que personne masculine.

En revanche, dans le cas d'un développement transgenre conduisant à une IG persistante, un malaise perçu ou une "hésitation" par rapport aux attentes socioculturelles perçues d'un rôle féminin ou masculin ne constitue *pas* le cœur de l'IG.

d'un sentiment d'identité incongru. Selon l'hypothèse actuellement en vigueur, l'incongruité entre le sentiment durable d'appartenance à un sexe et le sexe assigné à la naissance en raison des caractéristiques physiques innées ne peut pas être réduite à un "malaise" par rapport au rôle social de sexe. Cette hypothèse est étayée par l'observation clinique selon laquelle le DG associé à l'IG ne peut être durablement résolu par le seul fait de vivre un rôle social de genre atypique ou non conforme, par exemple en tant que personne féminine masculine typée (dite "tomboy") ou personne masculine féminine typée. En conséquence, après un changement complet de rôle social, les adolescents souffrant d'IG présentent généralement une dysphorie de genre persistante dans tous les domaines de la vie, même s'ils se sentent acceptés dans le sexe qu'ils vivent socialement. Chez une IG, l'expérience marquée et persistante de l'incongruité par rapport au sexe assigné est donc de nature fondamentale et va bien au-delà de l'inconfort lié à un rôle social de sexe.

En ce qui concerne l'état des connaissances publiées sur la question de savoir quels facteurs génétiques, hormonaux, neuronaux et psychologiques sont impliqués dans le développement d'identités de genre non conformes, nous renvoyons ici aux travaux de synthèse disponibles à ce sujet (Ettner, 2020 ; Korpisarn & Safer, 2019 ; Saleem & Rizvi, 2017 ; Skordis et al., 2020). Au cours des décennies précédentes, les travaux sur les modèles d'origine psychosociale dominaient. Ces hypothèses de développement non conforme au genre (L. M. Diamond & Butterworth, 2008 ; Martin et al., 2002 ; Stoller, 2020) ont en commun le fait qu'elles ne font pas de distinction entre le développement d'enfants et d'adolescents ayant un comportement atypique dans leur rôle et le développement d'une IG ou d'une DG persistante, ce qui peut être considéré comme une faiblesse de ces concepts.

Depuis les années 1990, on discute de plus en plus de modèles d'origine biologique, dont la pertinence dans le cadre d'une genèse multifactorielle présumée est étayée par des études génétiques, endocrinologiques et neuroscientifiques. Les résultats ne sont pas clairs et doivent être considérés comme provisoires. L'hypothèse d'*influences génétiques* est justifiée par des observations sur les regroupements familiaux de personnes transgenres (Gomez-Gil et al., 2010 ; Green, 2000), ainsi que par l'observation d'un taux de concordance élevé de la transsexualité dans les études de jumeaux (Diamond, 2013). Dans une étude, ce taux était de 39% chez les vrais jumeaux, contre moins de 1% chez les faux jumeaux (Heylens et al., 2012). En outre, des résultats de génétique moléculaire ont été rapportés concernant des polymorphismes des gènes récepteurs des œstrogènes et des androgènes associés à la transsexualité (Bentz et al., 2008 ; Fernández et al., 2014b, 2014a, 2018 ; Hare et al., 2009 ; Henningson et al., 2005).

Certaines études suggèrent que *les hormones peuvent avoir une influence prénatale* sur le développement de l'identité de genre (Meyer-Bahlburg et al., 2008 ; Schneider et al., 2016). Il convient de noter que rien n'indique jusqu'à présent que des taux d'hormones stéroïdiennes divergents puissent encore avoir une influence sur l'identité de genre à un stade ultérieur du développement, notamment à partir de la puberté. Les influences hormonales sur l'expression des rôles typiques du sexe chez les adolescents pubères identifiés comme conformes au genre sont connues, mais rien n'indique jusqu'à présent que le sentiment d'appartenance à un sexe, déjà différencié après la puberté, puisse changer sous l'influence des taux d'hormones stéroïdiennes pubertaires. Ainsi, on ne connaît pas de taux élevés d'IG (féminin/masculin) chez les femmes souffrant d'un hyperandrogénisme post-pubertaire (par ex. le syndrome des ovaires polykystiques, qui en est la cause la plus fréquente).

*Les corrélats neuronaux des identités transgenres*, au sens de résultats de structure cérébrale permettant de différencier les personnes cis-sexuelles des personnes transgenres, sont discutés sur la base d'études d'anatomie cérébrale autopsiées (Garcia-Falgueras et Swaab, 2008 ; Kruijver et al., 2000 ; Taziaux et al., 2012 ; Zhou et al., 1995). Les études IRM structurelles visant à différencier phénotypiquement les schémas de structure cérébrale des personnes trans et cis dans les deux groupes de sexe à la naissance constituent une branche de recherche en plein essor, dans laquelle des indices sont rapportés selon lesquels les personnes transgenres pourraient constituer une entité distincte dont les caractéristiques typiques de structure cérébrale diffèrent significativement et fréquemment de celles des personnes cis-féminines et cis-hommes (Flint et al, 2020 ; Mueller et al., 2021 ; Rametti, Carrillo, Gómez-Gil, Junque, Segovia, et al., 2011 ; Rametti, Carrillo, Gómez-Gil, Junque, Zubiarre-Elorza, et al., 2011 ; Savic & Arver, 2011 ; Zubiaurre-Elorza et al., 2013). Étant donné que les études anatomiques et IRM mentionnées sont des résultats transversaux chez les adultes, il n'est pas possible d'établir un lien de cause à effet.

*En résumé*, les connaissances actuelles indiquent que des facteurs génétiques, hormonaux, neurobiologiques et psychosociaux semblent être impliqués dans le développement de l'IG, dans le sens d'une étiologie multifactorielle (Ettner, 2020 ; Korpaisarn & Safer, 2019 ; Saleem & Rizvi, 2017 ; Skordis et al., 2020). Cependant, les mécanismes étiologiques spécifiques et les interactions mutuelles ne sont pas encore bien compris.

## Glossaire des termes importants utilisés dans la ligne directrice

Terme	Explications
<b>Demandeurs de traitement</b>	Le terme "demandeurs de traitement" est utilisé dans le texte de la Il est important de souligner que dans ce contexte, les patients mineurs et leur famille sont pris en compte.
<b>Personnes de référence</b>	Le terme de "personnes de référence" désigne toutes les personnes qui élèvent des enfants et des jeunes, qu'elles soient ou non juridiquement habilitées à les garder.
<b>cis, cisgenre</b>	Dans le corps du texte, sous forme d'adjectifs en opposition aux Termes utilisés pour désigner toutes les personnes dont l'identité de genre correspond au sexe qui leur a été attribué à la naissance sur la base de caractéristiques biologiques et anatomiques.
<b>Coming-out</b>	Dans le texte des lignes directrices, le terme "coming-out" désigne, par différenciation avec le terme → "changement de rôle social", l'ensemble du processus consistant à "se montrer" de plus en plus à l'environnement social dans un rôle sexuel non conforme, correspondant à l'identité de genre ressentie actuellement. Un tel processus se déroule souvent en plusieurs étapes et implique un rayon social croissant.
<b>Desistenz, Desisters</b>	Le terme "Desisters" désigne le groupe de tous les de ceux pour lesquels aucune persistance correspondante d'une dysphorie de genre avec désir de transition n'est rapportée au cours de l'adolescence (voir chapitre II. → " <i>Variantes de développement (persistance, désistance et transition)</i> "). Dans la littérature de recherche comme dans la ligne directrice, le terme est exclusivement utilisé pour désigner les parcours de développement de l'enfance à l'adolescence.

<b>Détransition</b>	<p>Dans le texte des lignes directrices, le terme "détransition" est utilisé pour désigner la</p> <p>Le terme "transition" est utilisé pour désigner l'étape de l'abandon des mesures médicales d'une transition entamée ou achevée. Il n'est donc utilisé que si des mesures de réassignation sexuelle ont déjà été effectuées. des mesures médicales de modification corporelle ont été prises. Il englobe différents types de parcours, y compris ceux où l'incongruité sexuelle persiste ou où une identité non binaire est déclarée. En dehors du texte des lignes directrices, le terme est parfois utilisé de manière plus large, par exemple pour désigner l'annulation d'un changement de rôle social avant le début des interventions médicales.</p>
<b>Capacité à consentir (D)/ Capacité de décision (A)/ Capacité de jugement (CH)</b>	<p>Dans les systèmes juridiques de l'Allemagne, de l'Autriche</p> <p>Termes utilisés différemment en Suisse, mais synonymes, pour désigner la capacité, constatée par un médecin, d'un mineur à donner son consentement éclairé à une intervention médicale. (voir chapitre X. → <i>Éthique et droit</i>)</p>
<b>Spécialiste</b>	<p>Terme utilisé dans le texte des lignes directrices pour an</p> <p>Les membres de groupes professionnels définis dans le secteur de la santé, par exemple les médecins, qui participent au diagnostic et au traitement, psychologues* ou psychothérapeutes.</p>

<p><b>non conforme au genre</b></p>	<p>Le terme "non-conforme au genre" est utilisé ici comme <i>description</i> générale d'<i>autrui</i> pour désigner, dans un contexte professionnel et scientifique, les enfants et les adolescents dont le comportement observable ou l'identité perçue selon la <i>description qu'ils en font eux-mêmes</i> ne correspond pas au sexe qui leur a été attribué à la naissance.</p> <p>Le terme est donc utilisé indépendamment du fait que la <i>description médicale</i> diagnostic d'une <i>incongruité sexuelle</i> persistante/persistante a (déjà) été posé. Le spectre comprend tous les enfants et adolescents avec une description de soi correspondante, y compris les développements fluides à évolution ouverte (voir chapitre V. → "<i>Psychothérapie et interventions psychosociales</i>").</p> <p>Nous utilisons le terme "non conforme à l'égalité des sexes" comme terme générique descriptif général en conséquence des méthodes courantes dans la littérature anglo-américaine</p>
-------------------------------------	---

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

	<p>termes "gender-diverse" et "gender-variant", afin de d'éviter toute confusion avec le terme "divers" utilisé ailleurs en allemand pour désigner la troisième inscription du sexe ainsi que les <i>variantes du développement sexuel</i> (intersexualité) ainsi désignées dans le discours sur <i>les Differences in Sexual Development</i> (DSD).</p>
<b>Dysphorie de genre (GD)</b>	<p>Le terme de dysphorie de genre est compris au sens des diagnostics F64.0 et F64.2 (APA 2013) du DSM-5 (voir chapitre I. → "<i>Préambule de la ligne directrice</i>"). Il décrit un état d'inconfort, de stress ou de souffrance qui survient parce que l'identité de genre d'une personne diffère du sexe qui lui a été attribué à la naissance. Toutes les personnes trans et non-binaires ne souffrent pas de dysphorie de genre. Afin de distinguer précisément dans le texte de la ligne directrice si le terme de dysphorie de genre (DG) fait référence à un diagnostic posé ou à un état conduisant à un diagnostic, ceci est précisé dans la description, par exemple avec l'ajout "Adolescents avec IG diagnostiquée" ou "Adolescents avec troubles/symptômes dysphoriques liés au sexe".</p>
<b>Incongruence de genre (GI)</b>	<p>Le terme d'incongruïté de genre est compris dans le sens des diagnostics HA60 et HA61 de la CIM-11 (voir chapitre I. → "<i>Préambule de la ligne directrice</i>"). Il décrit l'expérience marquée et persistante d'une personne selon laquelle son identité de genre ne correspond pas au sexe qui lui a été attribué à la naissance. Afin de pouvoir distinguer précisément dans le texte de la ligne directrice s'il s'agit d'un diagnostic posé ou d'un état conduisant à un diagnostic, on ajoute par exemple la mention "adolescent(e) avec IG diagnostiquée" ou "adolescent(e) avec IG diagnostiquée".</p> <p>"Les jeunes avec Les jeunes sont souvent considérés comme des "jeunes non conformistes en matière de genre".</p>
<b>consentement éclairé</b>	<p>Anglais "informed consent" - désigne dans le Dans le cadre d'un traitement médical, le consentement éclairé du patient à un acte médical, basé sur une information et une compréhension réfléchie suffisantes.</p>

<p><b>Non-binaire</b>  <b>Identité de genre,</b>  <b>non-binaire</b>  <b>Identité de genre</b></p>	<p>Une identité de genre non binaire est définie dans le  Le terme "genre" désigne le sentiment subjectif d'une personne quant à son <i>appartenance à un sexe</i>, au-delà de la bivalence binaire masculin/féminin. Dans le texte des lignes directrices, nous utilisons ce terme comme un terme générique pour différentes identifications non binaires, par exemple entre le masculin et le féminin, au-delà des genres ou des identités de genre fluides au cours de la vie.</p>
<p><b>Non-binaire</b>  <b>Compréhension</b>  <b>des rôles,</b>  <b>compréhension</b>  <b>des rôles non-</b>  <b>binaires</b></p>	<p>Le terme "conception non binaire des rôles" est utilisé dans le  Le terme "identité de genre non binaire" est utilisé dans le texte des lignes directrices pour désigner la compréhension réfléchie qu'a une personne de son propre rôle de genre, qui n'est pas liée à des représentations hétéronormatives du "masculin" ou du "féminin".  "féminin", mais définit son propre rôle au-delà des attentes de la société en matière de rôles. (voir chapitres I. et V. → "<i>Préambule de la ligne directrice</i>") et  "<i>Psychothérapie et interventions psychosociales</i>").</p>
<p><b>Patient</b></p>	<p>Dans le texte de la ligne directrice, le terme patient* est utilisé dans son acception socio-juridique pour désigner les personnes pour lesquelles une prestation médicale à fournir dans le domaine de la santé (y compris le diagnostic et le conseil) est définie ad personam (voir chapitre I. → "<i>Préambule de la ligne directrice</i>"). Aux endroits du texte où les prestations médicales ne sont pas au centre, nous avons délibérément renoncé à utiliser ce terme dans un souci de dépathologisation.</p>
<p><b>Persistance, persistant</b></p>	<p>Le terme de persistance désigne une persistance dans le temps d'une incongruité sexuelle après le début de la puberté jusqu'à l'adolescence (voir chap. VII. → Indication de mesures de modification corporelle).</p>



<b>Accompagnement psychothérapeutique en cas de procès</b>	Le terme d'accompagnement psychothérapeutique du processus n'est pas utilisé ici au sens strict de la psychothérapie définie dans les directives, mais englobe toutes les formes d'application du soutien psychosocial par des aides professionnelles formées à la psychothérapie, dans le but de maintenir ou d'améliorer la santé mentale des enfants et adolescents atteints de TIG (voir chapitre V. → " <i>Psychothérapie et interventions psychosociales</i> ").
--	---

<b>Responsables légaux</b>	Le terme "titulaire de l'autorité parentale" est utilisé dans le texte de la directive selon la définition juridique des législations nationales (D/A/CH).
<b>Changement de rôle social, transition sociale</b>	Dans le texte des directives, les termes "changement de rôle social" et "transition sociale" sont utilisés comme synonymes et se distinguent des mesures d'une transition médicale. Il s'agit de la décision de ne pas s'habiller et de ne pas se comporter uniquement selon ses propres désirs dans certains ou tous les domaines de la vie, par exemple, mais d'être abordé et respecté systématiquement en fonction de l'identité de genre ressentie (voir entre autres le chapitre III.→ "Changement de rôle social dans l'enfance").
<b>trans, transgenre</b>	Adjectifs synonymes qui se réfèrent à la <b>description de soi</b> ou appartenance exprimée à une d'un spectre Les identités trans non binaires sont incluses dans cette définition.
<b>Sexe d'attribution Sexe attribué</b>	Le "sexe assigné" ou "sexe assigné à la naissance" (en anglais "sex assigned at birth") se réfère, <i>selon la terminologie de la CIM-11, au statut</i> d'une personne en tant qu'homme, femme ou intersexe, sur la base de caractéristiques physiques - généralement l'apparence des organes génitaux externes - au moment de la naissance. Étant donné que la notion de sexe d'assignation se réfère à ce moment précis, elle reste toujours clairement définie au cours de la vie, indépendamment des éventuelles modifications apportées. des opérations de changement de sexe effectuées sur des traitements médicaux de transition.

## I. Préambule de la ligne directrice

### 1. Pourquoi un préambule ?

Cette ligne directrice donne des recommandations médicales sur un domaine thématique dans lequel la communauté médicale internationale a changé de paradigme au cours des deux dernières décennies. En 2015, l'Association médicale mondiale a exigé la reconnaissance des identités de genre non conformes comme des variantes normatives non pathologiques du développement humain et leur dépathologisation conséquente dans tous les domaines de la médecine (World Medical Association, 2015). Le point de vue défendu auparavant, selon lequel la transsexualité était comprise comme un développement psychopathologique erroné de l'identité de genre, s'est avéré scientifiquement indéfendable - de manière comparable à l'homosexualité, qui était également considérée comme un trouble jusqu'en 1977. En conséquence, la CIM-11 de l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 2022) a supprimé du catalogue des troubles psychiques la catégorie des "*troubles de l'identité sexuelle*", encore définie dans la CIM-10 (OMS, 2019), ainsi que l'ancien diagnostic psychiatrique du "*transsexualisme*".

Les concepts de troubles qui se cachent derrière ces termes diagnostiques sont considérés comme obsolètes, même si les diagnostics doivent encore être codés selon l'ancienne CIM-10 (OMS, 2019) pour le moment. Au lieu de cela, le nouveau diagnostic d'*incongruité sexuelle* a été redéfini dans la CIM-11 (OMS, 2022) en dehors du catalogue des troubles mentaux sous une nouvelle rubrique : *états liés à la santé sexuelle (angl. : conditions related to sexual health)*. Il en résulte des implications pour l'attitude professionnelle envers les personnes ayant une identité de genre non conforme pour les professionnels de la santé. Des recommandations à ce sujet sont détaillées ci-après au chapitre IX → "*Interaction professionnelle et approche sensible à la discrimination avec les enfants et adolescents non conformes en matière de genre*". Les directives actuelles des sociétés médicales spécialisées ont déjà réalisé ce changement de paradigme vers une dépathologisation conséquente ainsi qu'une individualisation poussée des voies de traitement, comme le guide S3 de l'AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) pour l'âge adulte "*Incongruence de genre, dysphorie de genre et trans-santé*" (AWMF, 2018).

La législation allemande est elle aussi en avance avec la loi sur l'interdiction des traitements de conversion, qui protège explicitement les enfants et les adolescents ayant une identité de genre non conforme contre les tentatives de thérapie considérées comme

contraires à l'éthique.

a suivi cette nouvelle orientation. La déclaration du Conseil d'éthique allemand (2020) souligne le caractère digne de protection du droit à l'autodétermination des enfants et des adolescents en ce qui concerne leur identité sexuelle et exige, pour les décisions de traitement médical à l'adolescence, une évaluation soigneuse des avantages et des risques *tant* d'un traitement envisagé *que* de l'absence d'un tel traitement. Dans ce contexte, la participation et l'autodétermination de la personne mineure doivent être prises en compte de manière appropriée, tout comme la protection contre des décisions de traitement prises prématurément et pouvant avoir des conséquences néfastes dans le cas où l'incongruité sexuelle ne persiste pas.

Ces défis suscitent des controverses de nature fondamentale, qui dépassent largement le cadre de la médecine et touchent également la société et la politique. Au sein de la commission des lignes directrices, les discussions ont également été controversées dès le début. Dans l'intérêt d'un processus ciblé, transparent et constructif, la commission des lignes directrices a suivi la procédure suivante pour aborder les questions de principe mentionnées :

- Lors des discussions internes sur les recommandations basées sur le consensus, la base de consensus maximale possible au sein de la commission devrait être explorée dans le but de transmettre aux futurs utilisateurs de la ligne directrice une orientation technique basée sur un consensus d'experts aussi fort que possible (> 95%).
- En outre, le préambule présenté ci-dessous a fait l'objet d'un consensus fort (> 95%) dans le but de faire précéder le texte des lignes directrices de quelques attitudes fondamentales que la Commission considère comme essentielles et qui tiennent compte de manière appropriée des discours médicaux, éthiques et juridiques actuels.

## 2. Texte du préambule

---

Consensus avec un fort consensus (> 95%)

---

1. La ligne directrice s'oriente sur les principes éthiques du respect de la dignité et de l'autodétermination de la personne ainsi que de la bienfaisance et de la non-malfaisance et a pour objectif de mettre en œuvre ces principes dans le setting de traitement.
2. L'objectif général de cette ligne directrice est d'améliorer l'accès des enfants et des adolescents souffrant d'incongruité sexuelle<sup>1</sup> et/ou de dysphorie de genre<sup>2</sup> à une information et à un traitement spécialisés basés sur des normes scientifiques et éthiques reconnues, et de leur permettre ainsi de se développer au mieux sur le plan de la santé.
3. Dans le respect de la dignité des personnes en quête de traitement, la ligne directrice soutient la réduction de la discrimination et la dépathologisation des personnes dont l'identité de genre ne correspond pas à leur sexe anatomique ou assigné à la naissance. Cela se reflète entre autres dans la terminologie choisie. Le terme de *"trouble de l'identité sexuelle"* de la CIM-10 (OMS, 2019) n'est donc plus utilisé. En lieu et place, la CIM-11 (OMS, 2022) et le DSM-5 (APA, 2013) utilisent les termes de *"incongruité de genre"* et d'*"identité de genre"*.  
*"dysphorie de genre"*.
4. Les patients<sup>3</sup> souffrant d'incongruité sexuelle et/ou de dysphorie de genre présentent des parcours de développement individuels variés. Le conseil et le traitement doivent donc être adaptés aux individus et à leurs besoins. Cette ligne directrice a pour but de fournir une orientation professionnelle afin de prendre les meilleures décisions individuelles en matière de traitement.
5. Le processus d'élaboration de la ligne directrice repose sur l'idée de la participation de toutes les parties impliquées, y compris les personnes transgenres et leurs proches. L'évaluation des expériences faites jusqu'à présent par les personnes en quête de traitement<sup>4</sup> dans le domaine de la santé est prise en compte dans la nouvelle version de la ligne directrice, en particulier pour améliorer l'offre de traitement et éviter la discrimination.

---

<sup>1</sup> Le terme d'incongruité sexuelle est compris dans le sens des diagnostics HA60 et HA61 de la CIM-11 (voir glossaire des termes).

<sup>2</sup> Le terme de dysphorie de genre est compris dans le sens des diagnostics DSM-5 F64.0 et F64.2 (APA 2013) (voir glossaire des termes).

<sup>3</sup> Dans le texte de la ligne directrice, le terme patient est utilisé dans son acception sociale pour désigner les personnes pour lesquelles une prestation médicale à fournir dans le système de santé (y compris le diagnostic et le conseil) est définie ad

personam. <sup>4</sup> Le terme "demandeur de traitement" est utilisé dans le texte de la ligne directrice lorsqu'il convient de souligner que, dans ce contexte, il désigne les patients mineurs ainsi que les membres de leur famille ayant l'autorité parentale (voir glossaire des termes).

6. L'identité sexuelle d'une personne est de nature hautement personnelle. La promotion de l'autodétermination et - si nécessaire - de la capacité d'autodétermination est donc une préoccupation essentielle dans le setting thérapeutique avec des patients\* mineurs. Les approches thérapeutiques qui visent implicitement ou explicitement à orienter le sentiment d'appartenance d'une personne à un sexe dans une certaine direction sont considérées comme contraires à l'éthique.
7. Soutien psychothérapeutique<sup>5</sup> doit être proposé et mis à la disposition des personnes en quête d'un traitement pour les accompagner, par exemple, dans une recherche de soi ouverte sur les résultats, pour renforcer la confiance en soi, pour surmonter des expériences de discrimination ou pour préparer et suivre psychiquement les étapes du processus de transition. L'obligation de suivre une psychothérapie comme condition d'accès à un traitement médical ne se justifie pas sur le plan éthique pour des raisons de respect de la dignité et de l'autodétermination de la personne.
8. Les décisions concernant des mesures médicales qui interviennent dans un développement biologique inachevé de la maturité impliquent un défi particulier et une responsabilité éthique pour toutes les personnes concernées. Il faut tenir compte, d'une part, de l'ouverture potentielle des résultats du développement psychosexuel et identitaire à supposer dans chaque cas et, d'autre part, de l'irréversibilité croissante du développement de la maturité somatosexuelle et des risques accrus qui en résultent éventuellement pour la santé psychique. Lors de la décision de recourir à un traitement médical pour l'interruption de la puberté ou l'adaptation du sexe à l'adolescence, il convient donc de peser soigneusement les avantages et les risques escomptés. Les risques potentiels pour la santé d'une décision de traitement médical regrettée par la suite par les personnes concernées ou d'un traitement qui s'avère mal indiqué pour d'autres raisons doivent donc être mis en balance avec les risques pour la santé qui peuvent résulter d'un report ou de l'absence d'un traitement médical.
9. La ligne directrice doit servir de base technique pour des décisions de traitement médical responsables, qui doivent être prises conjointement par les soignants, les patients mineurs et leurs représentants légaux, dans le sens d'une *prise de décision partagée (shared decision making)*. La ligne directrice doit fournir une orientation à cet effet, en particulier en ce qui concerne les exigences d'une information et d'un conseil suffisants,

---

<sup>5</sup> Le terme de soutien psychothérapeutique ne s'entend pas ici au sens strict de la psychothérapie définie dans les directives, mais comprend toutes les formes d'application du soutien psychosocial par des aides professionnelles formées à la psychothérapie (voir les explications au chapitre V → "Psychothérapie et interventions psychosociales").



qui permette aux personnes en quête de traitement de comprendre la nature, la signification et la portée de chaque option de traitement et de prendre une décision à ce sujet.

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

## **Chapitre II**

### **Variantes de trajectoires de développement (persistance, désistance et détransition)**

#### **1. Introduction et questions directrices**

#### **2. L'état des études**

2.1. Premières études de parcours (des années 60 aux années 80 du 20e siècle)

2.2. Études récentes (à partir de 2008)

2.3. Résultats d'études récentes

#### **3. Résumé de l'état des connaissances empiriques**

3.1. Taux de persistance rapportés dans les études précédentes

#### **4. Déroulements avec l'issue d'une transition ultérieure**

#### **5. Recommandations pour le conseil professionnel**

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

## 1. Introduction et questions directrices

L'observation qu'il existe de nombreuses évolutions différentes de l'expérience et du comportement de genre pendant l'enfance et l'adolescence soulève la question des prédicteurs d'une identité transgenre durable (= persistante) au-delà de la puberté jusqu'à l'âge adulte. Ceci est particulièrement important lorsqu'en cas de dysphorie de genre diagnostiquée au début de l'adolescence, la question de l'indication d'une suppression hormonale de la puberté se pose et que des indices d'une persistance prévisible avec une probabilité suffisamment élevée d'un développement transgenre doivent être évalués à partir du déroulement du développement jusqu'à présent. L'hypothèse d'une persistance durable de la dysphorie de genre est décisive pour l'évaluation individuelle des avantages et des risques que peut entraîner une décision pour ou contre une intervention médicale dans le développement de la maturité somatosexuelle. Étant donné que les processus de développement durant l'enfance et l'adolescence présentent une grande variabilité et peuvent être fluides, notamment en ce qui concerne le développement de l'identité, la question de la possibilité d'évaluer ou de "constater" une incongruité sexuelle persistante chez les enfants et les adolescents est au cœur des débats éthiques sur les options de traitement médical pour les adolescents souffrant de dysphorie de genre et souhaitant un blocage de la puberté ou un traitement hormonal de réassignation sexuelle. En 2020, le Conseil d'éthique allemand s'est penché sur cette thématique dans le cadre d'un forum de bioéthique et a ensuite adopté une recommandation. Dans cette recommandation, la problématique éthique est esquissée comme suit :

"Chez les enfants et les adolescents, qui constituent de toute façon un groupe particulièrement vulnérable, les mesures thérapeutiques envisagées dans le contexte de la trans-identité nécessitent une réflexion éthique particulière. Une tension naît du fait que, d'une part, la capacité de réflexion et de décision ne fait que se développer chez l'adolescent et que, d'autre part, le développement physique qui a lieu à la puberté crée une pression temporelle. Dans cette situation, les options de traitement envisagées, tout comme leur absence, peuvent avoir des conséquences graves et parfois irréversibles. Pour les adultes impliqués - les parents ayant l'autorité parentale et les professionnels traitants - il s'agit en outre de tenir compte des idées et des souhaits de l'enfant tout en protégeant son bien-être. Le défi éthique consiste à soutenir les mineurs sur le chemin de leur propre identité sexuelle tout en les préservant de dommages - parfois irréversibles" (Deutscher Ethikrat, 2020).

Dans le cadre de l'éventail des évolutions connues, il existe aussi bien des évolutions très claires d'une incongruité de genre persistante reconnaissable tôt dans le développement, que des évolutions connues, dans lesquels l'identité de genre reste fluide pendant une période prolongée à l'adolescence et où l'on assiste à la "*désistance*" (= *dissolution*) de la sensation d'incongruité de genre, il existe un large consensus international dans le monde médical pour ne pas exclure par principe de l'accès aux interventions médicales les jeunes dont l'incongruité de genre a été diagnostiquée. Les recommandations nationales actuelles de la Suède, de la Finlande et du NHS d'Angleterre (sans l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord), qui sont plus restrictives que les directives des sociétés médicales internationales et de la présente directive, contiennent également des recommandations concernant l'indication de bloqueurs de puberté et de traitements hormonaux de réassignation sexuelle à l'adolescence. Elles définissent uniquement des critères d'indication et d'accès plus stricts (voir le chapitre de l'annexe → "*Divergences*") *Recommandations de traitement dans d'autres pays pour les enfants et les adolescents présentant une incongruité de genre*").

Notre ligne directrice suit les recommandations du Conseil d'éthique allemand en ce sens que des décisions de traitement professionnelles et éthiquement défendables à l'adolescence ne peuvent être prises que sur la base d'une évaluation complète du cas individuel et d'une pesée individuelle des bénéfices et des risques. Pour ce faire, il est indispensable de connaître suffisamment l'état des connaissances sur la variabilité des parcours de développement des enfants et adolescents non conformes au genre, qui est présenté dans le chapitre suivant. Des recommandations basées sur un consensus en seront tirées en conclusion. En ce qui concerne la grande pertinence clinique de l'évaluation diagnostique de la persistance d'une incongruité de genre en tant que phénomène persistant dans le temps, nous renvoyons au chapitre VII. → "*Indications pour les interventions médicales modifiant le corps*".

**Question directrice à la ligne directrice :**

- Quelles sont les connaissances sur l'éventail des évolutions variables des enfants et des adolescents ayant un comportement non conforme au genre et sur les enfants et les adolescents présentant des indices d'incongruité de genre ?
- E x i s t e - t - i l des preuves de caractéristiques importantes pour le pronostic chez les enfants et les adolescents présentant des signes d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre, qui permettraient à l'avenir de distinguer les "desisters" des "persisters" ?

## 2. L'état des études

Il convient tout d'abord de clarifier la définition de la persistance et de la non-persistance (appelée ci-après "*désistance*" en référence à la littérature anglo-américaine). Il convient ici de mentionner de manière critique l'origine historique de ces termes afin d'éviter toute connotation involontaire. Le terme de persistance a d'abord été utilisé dans les écrits psychologiques pour désigner un comportement problématique lié à un trouble (entre autres dans le cas du trouble du comportement social), ce qui permettrait de déduire pour la désistance la signification d'un "retour à un comportement normal et sain" (Temple Newhook et al., 2018). Dans le contexte de la recherche sur les variations de l'évolution de la non-conformité de genre de l'enfance à l'adolescence, ces termes sont établis dans un sens purement descriptif. Ils n'ont aucune connotation en termes de comportement problématique ou d'abandon de celui-ci. Dans les présentes études empiriques, on distingue deux groupes d'enfants issus de populations de recours cliniques, qui ont été présentés en clinique avant l'entrée dans la puberté :

- Le terme *persister* désigne le groupe de personnes qui, au cours de la puberté, ont présenté une incongruité sexuelle durable avec dysphorie de genre et qui ont généralement poursuivi sur la voie d'une transition, ce qui était le plus souvent lié à des étapes de traitement médical pour la suppression de la puberté et/ou l'adaptation au sexe encore à l'adolescence.
- Le terme *de "desisters"* désigne le groupe de tous les *enfants* pour lesquels aucune persistance d'une dysphorie de genre avec désir de transition n'a été rapportée au cours de l'*adolescence*. Cela ne permet toutefois pas de tirer une conclusion générale sur la fréquence à laquelle ces "desisters" se sont identifiés de manière durablement congruente avec leur sexe de naissance - ou se trouvaient encore, au moment de l'enquête de l'étude, sur le chemin du développement de leur identité de genre adulte dans un processus fluide et donc ouvert aux résultats (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018 ; Temple Newhook et al., 2018). Les deux termes "persister" et "desisters" ont été introduits dans la discussion par les auteurs du groupe de travail néerlandais autour de Cohen-Kettenis et Steensma qui, dans leur centre de traitement spécialisé d'Utrecht et plus tard d'Amsterdam, ont été les premiers au monde à effectuer des traitements hormonaux de suppression de la puberté et de réassignation sexuelle pour des adolescents souffrant de dysphorie de genre, après avoir posé des indications au cas par cas, et à publier des études de suivi à ce sujet (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997 ; de Vries et al., 2011). Dans une étude publiée en 2018,

Steensma et Cohen-Kettenis mettent l'accent sur l'importance de l'éducation.

Dans sa contribution à la discussion, l'OFSP souligne rétrospectivement que ses études de suivi, en raison de la composition en partie sélective des cas, ne permettent *pas de* déduire des taux de prévalence généralisables pour les "persistants" (ce que l'on appelle les "taux de persistance"). Ce n'était pas non plus l'objectif des études de suivi. Celles-ci avaient pour objectif principal de mettre en évidence l'étendue des variations des évolutions et d'identifier les *éventuelles caractéristiques précoces* d'une dysphorie de genre persistante à l'adolescence avec demande de traitement (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018). Cela devrait permettre d'améliorer la sécurité des décisions lors de l'indication de traitements hormonaux chez les mineurs (ibid.).

La diversité phénoménologique de l'expression sexuelle non conforme au genre chez les enfants rend nécessaire un affinement conceptuel pour la description des parcours de développement ainsi qu'une définition claire des cohortes de parcours étudiées au début de l'enfance. En effet, les études menées jusqu'à présent ont suivi des voies différentes en fonction des questions posées. Ainsi, des études antérieures datant des années 60 à 80 du 20e siècle, qui se basaient sur un large éventail d'enfants présentant des comportements atypiques en termes de genre (principalement des garçons nés avec des comportements féminins précoces), faisaient état de taux élevés de résultats homosexuels ultérieurs à l'adolescence. En revanche, à partir de 2008, des études plus récentes se sont penchées de manière plus ciblée sur les trajectoires de développement des enfants issus de populations de recours clinique à des cliniques spécialisées en matière de genre, chez lesquels une un "trouble de l'identité sexuelle" (selon les anciens critères de la CIM 10 et du DSM III-R ou IV) a été suspecté ou diagnostiqué. Il est important de noter que les critères diagnostiques pour la *dysphorie de genre chez l'enfant* dans le système de diagnostic *DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013)* ont été réajustés par rapport aux anciens critères pour le trouble de l'identité de genre chez l'enfant selon la CIM-10, le DSM III-R ou IV, de sorte que le diagnostic selon le *DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013)* ne peut plus être attribué si le comportement de rôle non conforme au genre est exclusivement au premier plan. En revanche, pour satisfaire aux critères diagnostiques du *DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013)*, il est exigé qu'il y ait, entre autres, une forte identification positive explicite à un sexe autre que celui qui a été assigné à la naissance (c'est-à-dire une revendication d'appartenir à ce sexe au lieu de se contenter d'adopter un comportement typique de son rôle) et/ou une souffrance dysphorique liée au sexe (malaise exprimé par rapport à l'appareil génital congénital) très marquée (American Psychological Association, 2015). Ainsi, pour satisfaire aux critères diagnostiques du *DSM-5 (Diagnostic and*

*Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013), au moins un des symptômes de dysphorie de genre suivants doit être présent :

- "fort désir d'appartenir au sexe opposé ou insistent sur le fait que qu'il en soit ainsi".
- " forte appréhension de l'anatomie de ses propres parties génitales".
- "fort désir pour les caractéristiques physiques sexuelles du sexe subjectivement vécu", (American Psychological Association, 2015, p. 620 et suivantes, voir les critères selon le DSM5 au chapitre IV → "*Indications*").

Étant donné que le DSM 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013) n'était pas encore disponible au moment où les enfants examinés dans les présentes études ont été diagnostiqués, il n'existe pas de données valides sur la fréquence de persistance ultérieure des enfants chez lesquels une dysphorie de genre de l'enfance a été diagnostiquée selon les critères plus étroits du DSM 5.

La définition de la persistance, basée sur les études disponibles, décrit les enfants qui, dès la préadolescence, ont eu recours aux services de santé en raison de leur vécu et de leur comportement non conformes aux normes de genre et qui, *après la puberté*, ont présenté une dysphorie de genre persistante et ont par conséquent effectué une transition, y compris le souhait d'un traitement hormonal d'adaptation au genre. Ces jeunes sont considérés comme *des persistants*, compte tenu de leur incongruité sexuelle durant l'enfance. En ce qui concerne les preuves limitées disponibles, il convient de noter que les données disponibles sur les formes d'évolution ne sont pas représentatives de tous les enfants présentant une incongruité de genre, mais qu'elles ont été obtenues sur la base de l'observation d'un sous-groupe spécifique de ces enfants, à savoir ceux qui ont été présentés à une institution spécialisée (Gender Clinic) avant la puberté. Par exemple, tous les adolescents présentant une dysphorie de genre persistante (ou disparaissante), pour lesquels un comportement non conforme au genre a été rapporté rétrospectivement dès l'enfance, mais qui n'ont pas été présentés pour un diagnostic spécialisé lorsqu'ils étaient enfants (par exemple parce que leur expression de genre non conforme n'était pas considérée comme un problème aux yeux de toutes les personnes concernées), ne sont pas inclus dans ces études.

## **2.1 Premières études de parcours (années 60 à 80 du 20e siècle)**

Un regard sur les recherches menées jusqu'à présent montre l'influence du contexte historique sur les approches respectives. Les études de suivi plus anciennes, menées entre



1968

et 1987, et qui étaient auparavant utilisées pour évaluer les "taux de persistance" des comportements non conformes au genre pendant l'enfance (Bakwin, 1968 ; Davenport, 1986 ; Green, 1979, 1987 ; Kosky, 1987 ; Lebovitz, 1972 ; Money & Russo, 1979 ; Zuger, 1978, 1984), présentent certaines particularités qui les distinguent des études plus récentes menées depuis 2008. Dans certaines de ces publications, le lien entre un comportement non conforme au genre chez les garçons pendant l'enfance et une orientation sexuelle homosexuelle décelable plus tard occupe une place importante. Les titres de certaines de ces publications<sup>1</sup> montrent déjà l'accent mis sur le développement homosexuel et les expressions de genre. On leur a parfois reproché d'être marquées par un effort de prévention des développements homosexuels (Bakwin, 1968 ; Kosky, 1987). Une autre limite de ces études est la taille souvent réduite des échantillons, qui limite la comparabilité des sous-groupes (Zucker, 2005). Les résultats de ces études ne permettent donc pas d'en déduire l'estimation d'un taux de persistance général pour les enfants présentant des comportements non conformes à leur sexe. Ils fournissent tout au plus des indications sur l'ensemble de l'éventail des trajectoires de développement, sans qu'il soit possible d'en tirer des conclusions quantitatives.

## **2.2 Études récentes (à partir de 2008)**

Aucune étude de suivi n'a été publiée entre 1987 et 2008. Il n'y a eu que des données rapportées provisoirement (Bradley & Zucker, 1990 ; Cohen-Kettenis, 2001), qui ont été intégrées dans des publications ultérieures (Ristori & Steensma, 2016).

A partir de 2008, on peut identifier quatre études qui, sous la forme d'études quantitatives de suivi, se sont principalement penchées sur l'évolution d'un trouble de la santé mentale opérationnalisé selon le DSM IV ou la CIM 10.

"Trouble de l'identité sexuelle" commençant dans l'enfance. Il convient de noter que deux études ont été menées par la clinique spécialisée de Toronto et deux autres par la clinique spécialisée d'Utrecht/Amsterdam. Il faut également tenir compte de l'étude qualitative de Steensma et al. (2011). De plus, les données descriptives d'un échantillon de la clinique ambulatoire spécialisée de Francfort, présentées dans la monographie de Meyenburg (2020), ont été ajoutées à l'évaluation.

---

<sup>1</sup> Par exemple, Zuger (1984) : "Early Effeminate Behavior in Boys. Outcome and Significance for Homosexuality" et Green (1987) "The 'sissy boy syndrome' and the development of homosexuality".

### **2.2.1 Études quantitatives**

L'étude de Wallien et Cohen Kettenis (2008) rapporte les parcours de 77 enfants néerlandais ( $N = 59$  hommes du sexe de naissance ;  $N = 18$  femmes du sexe de naissance), âgés en moyenne de 8,37 ans au moment de leur première présentation à la *Gender Clinic* néerlandaise et de 19,24 ans en moyenne au moment du suivi. Au moment de leur première présentation, 75,3% des enfants présentaient un diagnostic de trouble de l'identité de genre (TIS) selon le DSM III-R. Les résultats de l'étude ont été publiés dans le rapport annuel de la *Clinic Clinic*.

En 2008 également, l'étude de Drummond et al. (2008) a été publiée, dans laquelle il est fait état de 25 enfants canadiens du sexe féminin à la naissance, présentés à la *Gender Clinic* de Toronto. L'âge moyen au moment de l'enquête sur l'enfance était de 8,88 ans et de 23,24 ans au moment du suivi. Dans cet échantillon, le diagnostic de GID (selon les versions III, III-R et IV du DSM) a été posé proportionnellement chez 60% des enfants.

L'échantillon de la deuxième étude canadienne (Singh, 2012) comprend 139 enfants de sexe masculin à la naissance, dont l'âge moyen était de 7,49 ans à la première présentation et de 20,58 ans au suivi. Les données correspondantes ont été collectées entre 1975 et 2009. Le diagnostic de GID (selon les versions III, III-R et IV du DSM) a été posé proportionnellement chez 63,3% des enfants.

La deuxième étude néerlandaise (Steensma et al., 2013) inclut les cas de 127 enfants au total (dont  $N = 48$  femmes nées et  $N = 79$  hommes nés). L'âge moyen lors de la première enquête était de 9,15 ans et de 16,14 ans lors du suivi. Le diagnostic de GID (selon le DSM IV) a été posé chez 63% des enfants.

Les études mentionnées diffèrent les unes des autres sur plusieurs points, tant en ce qui concerne les approches méthodologiques que les résultats rapportés.

### **2.2.2 Étude qualitative de Steensma et al. (2011)**

Cette analyse de 25 entretiens biographiques avait pour but de mettre en évidence des caractéristiques qualitatives permettant de distinguer les parcours de développement des *persistants* des *desistants*. Un résultat important a été que la tranche d'âge entre 10 et 13 ans a été considérée comme critique ou largement décisive pour le développement ultérieur, tant par les *persistants* que par les *desistants*. Dans ce contexte, les capacités physiques des jeunes semblaient particulièrement importantes.

Les changements survenus au cours de la puberté, les changements qui en découlent dans l'environnement social et les expériences amoureuses sont importants. En outre, il s'est avéré que les futurs *Desisters* avaient davantage exprimé le souhait d'appartenir à un autre sexe pendant l'enfance, tandis que les futurs *Persisters* étaient plus susceptibles d'articuler le fait d'appartenir déjà effectivement au sexe opposé (p. ex. "je suis une fille" vs "je préférerais être une fille").

### **2.2.3 Données du service ambulatoire spécialisé de Francfort**

Les données descriptives de l'échantillon clinique décrit par Meyenburg (2020) ( $N = 46$  au suivi) montrent une grande différence du taux de persistance en fonction de l'âge lors de la première présentation. L'évolution persistante était nettement moins fréquente chez les enfants présentés pour la première fois avant l'âge de 12 ans. Dans ce cas, le taux de *persistance* était de 33%. En comparaison, 88% de ceux qui se sont présentés à partir de l'âge de 13 ans - donc sous l'influence d'un développement pubertaire déjà entamé - ont présenté une évolution persistante de la DG. Cela correspond à l'expérience clinique des centres de traitement concernés et souligne que la persistance d'une dysphorie de genre après le début de la puberté est nettement plus probable, alors qu'en comparaison, les signes d'incongruité de genre ou de dysphorie de genre dans l'enfance ont une probabilité nettement plus élevée de persister par la suite.

### **2.2.4 Différences méthodologiques dans la définition de la persistance et de la désistance**

Singh (2012) définit les *persistants* comme les participants qui remplissent au moins l'un des trois critères suivants lors de l'enquête de suivi : (1) un score moyen de 3 ou moins au *Gender Identity/ Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents*, (2) la présence de deux items ou plus au *Gender Dysphoria Questionnaire*, (3) la présence d'indices forts de dysphorie de genre dans les entretiens menés. Dans l'étude de Drummond et al. (2008), la persistance était supposée lorsque le diagnostic de GID (selon le DSM IV) était présent au moment du suivi ou que les entretiens menés montraient de fortes indications en ce sens.

Dans les études néerlandaises (Steensma et al., 2013 ; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008), il est frappant de constater que le groupe *des desisters* ne comprend pas uniquement les jeunes (ou les adultes) qui ont été identifiés comme *des desisters* dans le cadre d'une participation personnelle aux enquêtes de suivi. Au lieu de cela, tous les *non-répondants* (les participants qui n'ont pas été contactés pour une enquête de suivi) sont également considérés comme *des desisters*. Cela s'explique par le fait que la clinique d'Amsterdam est la seule à avoir été sélectionnée pour l'étude.

Les auteurs ont donc supposé que tous les anciens patients qui n'avaient plus recours à la clinique par la suite devaient être classés parmi *les desisters*. Comme il peut y avoir de multiples causes de non-participation ou de retrait de l'enquête, on s'est demandé de manière critique dans quelle mesure il était justifié de compter *les non-répondants* parmi les *desisters* (Temple Newhook et al., 2018). Comme l'expliquent Steensma et Cohen-Kettenis (2018) dans une contribution à la discussion sur leurs études, cette approche était notamment guidée par l'opérationnalisation de la persistance, qui incluait surtout le souhait persistant de commencer un traitement hormonal de réassignation sexuelle *encore à l'adolescence*, alors que la désistance était assimilée à la non-persistance selon cette opérationnalisation. Dans cette définition, la désistance n'est donc pas synonyme de "réconciliation" durable avec le sexe physique de naissance, mais peut également comprendre des processus de développement fluides et ouverts à l'âge adulte en ce qui concerne l'identité de genre (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018). En outre, les cas dans lesquels seuls les parents pouvaient fournir des informations ont été inclus.

## **2.3 Résultats d'études récentes**

### **2.3.1 Taux de persistance**

En raison des différences présentées concernant la définition de la persistance et de la désistance entre les études, il est logique de présenter une représentation différenciée des taux de persistance, et de procéder à des réanalyses (Nonhoff, 2018), qui sont illustrées dans le tableau suivant.

**Tableau 2** : Taux de persistance de l'identité de genre non conforme chez l'enfant en fonction de critères d'inclusion définis

	Drummond et al., 2008	Singh 201213.03. 2024 19:48:00	Wallien & Cohen- Les chaînes, 2008	Steensma et al., 2013
<i>N</i> par rapport à la ligne de base	25	139	77	127
Plage d'âge à la ligne de base	3 - 12	3 - 12	5 - 12	6 - 12
<i>M</i> (âge) à la ligne de base	8,9	7,5	8,4	9,2
Plage d'âge pour le suivi	15 - 36	13 - 39	16 - 28	15 - 19
<i>M</i> (âge) au suivi	23,2	20,6	18,9	16,1
Taux de persistance en				
total tel que rapporté	12,0	12,2	27,3	37,0
total sans les non-répondants <sup>a</sup>	12,0	12,2	39,0	47,5
Femme <sup>b</sup>	12,0	-	50,0	50,0
masculin <sup>b</sup>	-	12,2	20,3	29,1
avec diagnostic GID <sup>c</sup>	13,3	13,6	36,2	55,0
avec un diagnostic GID, sans non-répondeur <sup>d</sup>	13,3	13,6	50,0	63,8
sans diagnostic GID <sup>e</sup>	10,0	9,8	0,0	6,4

*Notes* . Données sur l'âge en années, toutes les autres données (sauf *N*) en %.

<sup>a</sup> Les participants à l'étude qui n'ont pas répondu eux-mêmes ou qui n'étaient pas joignables pour un suivi ne sont pas pris en compte ici.

<sup>b</sup> Le terme "féminin" ou "masculin" se réfère au sexe attribué à la naissance.

Sexe : taux lorsque seul un sexe spécifique est pris en compte

<sup>c</sup> Taux si l'on ne prend en compte que les cas pour lesquels un diagnostic de GID a déjà été posé dans l'enfance.

<sup>d</sup> Taux si l'on ne prend en compte que les cas où les participants avaient déjà un diagnostic de GID dans l'enfance et où ils ont participé au suivi.

<sup>e</sup> Conseils si aucun diagnostic de GID n'a été attribué dans l'enfance.

Les résultats présentés dans le tableau 2 montrent, comme on pouvait s'y attendre, que les taux de persistance calculés dans chaque cas varient considérablement en fonction des critères d'inclusion appliqués (diagnostic de "trouble de l'identité de genre" rempli dans l'enfance ?, non-répondeurs comptés dans Desisters ? Cela limite la généralisation des taux de persistance respectivement déterminés en ce qui concerne leur généralisation au sens d'une

de la probabilité d'apparition. En particulier, les affirmations générales sorties de leur contexte sans définition précise des critères de départ (âge, diagnostic de DG), telles que Par exemple, le chiffre souvent repris par les médias populaires, selon lequel 80% des enfants et adolescents dysphoriques de genre ne développeraient pas de transidentité durable, ne peut être étayé par des preuves. Tout au plus, l'affirmation selon laquelle une proportion élevée à très élevée d'enfants ayant un comportement non conforme au genre et ne répondant pas aux critères diagnostiques de la dysphorie de genre ne développent pas de dysphorie de genre persistante à l'adolescence peut être étayée par des preuves. En outre, on constate un fort effet de centre. Les taux de persistance relevés à Toronto étaient nettement inférieurs à ceux des études néerlandaises. Il convient ici de considérer de manière critique le concept de traitement sous-jacent, qui divergeait considérablement entre les deux centres. A Toronto, le concept explicite était de recommander un traitement chez les enfants dans le but de réduire la probabilité de persistance d'une transsexualité (Zucker et al., 2012).

Du point de vue actuel, une telle approche de traitement serait non seulement contraire à l'éthique, mais serait même interdite en Allemagne, conformément à la loi sur la protection contre les traitements de conversion adoptée en mai 2020. Compte tenu de l'approche de traitement adoptée à l'époque par la Gender Clinic de Toronto, il faut tenir compte d'au moins deux biais possibles (Temple Newhook et al., 2018) : Premièrement, le contexte de recours mentionné implique que les enfants prépubères qui y étaient présentés étaient surreprésentés, dont les parents considéraient une expression sexuelle non conforme comme un comportement problématique associé au désir de prévenir une éventuelle transsexualité de leur enfant.

"détourner". Deuxièmement, étant donné que l'attitude professionnelle des soignants de cette clinique allait dans le même sens, on pourrait s'attendre à ce que les enfants qui, à l'adolescence, continuaient à manifester des sentiments ou des comportements dysphoriques de genre soient sous-représentés dans un échantillon examiné dans cette clinique. Dans une clinique où l'évolution persistante d'enfants présentant une incongruité de genre était considérée comme défavorable et où des efforts thérapeutiques étaient entrepris dans l'intention déclarée de rendre cette issue aussi improbable que possible, on peut supposer que, pour une partie au moins des enfants traités dans cette clinique et présentant une transidentité persistante, ceux-ci étaient empêchés de développer librement leur identité. A la clinique d'Amsterdam, en revanche, le concept explicite consistait à aborder toutes les évolutions potentielles des enfants de genre différent avec une attitude ouverte et acceptante, tout en proposant, en cas de dysphorie de genre persistante, une transition sociale avec des mesures de suppression de la puberté et des mesures d'accompagnement.



de traitement hormonal de réassignation sexuelle, sans le connoter comme un résultat favorable ou défavorable (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018).

Les auteurs\* soulignent d'ailleurs eux-mêmes que l'objectif des études néerlandaises n'était pas de déterminer un taux de persistance représentatif, mais de présenter l'éventail des variations des trajectoires de développement et de déterminer des prédicteurs discriminants qui devaient faciliter l'évaluation diagnostique des trajectoires persistantes, en particulier au début de l'adolescence (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018).

### **2.3.2 Prédicteurs**

Outre l'estimation de la probabilité ou de la fréquence d'une évolution persistante en général, il est surtout intéressant de s'interroger sur d'éventuels facteurs permettant une prédiction dans des cas individuels (prédicteurs). Les prédicteurs suivants ont été étudiés :

*Présence d'un diagnostic de GID<sup>2</sup> dès l'enfance* (Singh, 2012 ; Steensma et al., 2013 ; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)

- Des taux de persistance nettement plus élevés ont été constatés en cas de diagnostic de GID dans l'enfance par rapport aux cas de recours pour lesquels les critères (de l'époque) de diagnostic de GID dans l'enfance n'étaient pas remplis.
- Wallien et al. (2008) indiquent que leur étude n'a trouvé un lien significatif entre le diagnostic de GID dans l'enfance et la persistance que pour les garçons du sexe de la naissance et non pour les filles.
- En revanche, Steensma et al. (2013) rapportent un effet significatif d'un diagnostic de GID dans l'enfance sur la probabilité de persistance, indépendamment du sexe.

*Le sexe assigné à la naissance* (Steensma et al., 2013 ; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)

- Les deux études néerlandaises font toutes deux état d'une probabilité plus élevée de persistance d'une dysphorie de genre chez les filles de sexe de naissance ou les garçons trans.

---

<sup>2</sup> GID - Gender Identity Disorder of Childhood selon la CIM-10, le DSM-III-R ou le DSM-IV

*L'âge au moment de la première présentation dans l'enfance* (Singh, 2012 ; Steensma et al., 2013 ; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)

- Wallien et al. (2008) ne rapportent pas d'influence de l'âge sur la probabilité de persistance.
- L'analyse différenciée de Steensma et al. (2013) suggère généralement que la probabilité de persistance est plus faible chez les enfants plus jeunes lors de leur première présentation. Cependant, en raison du sous-échantillon plus petit de filles nées, cette influence ne s'est avérée significative que pour les garçons nés, lorsque l'âge a été examiné séparément en fonction du sexe en tant que prédicteur.
- Chez Singh (2012), la relation était similaire : les enfants qui étaient plus âgés au moment de la première présentation dans l'enfance étaient plus susceptibles de faire partie des *persistants* ultérieurs.

*L'expression d'un comportement non conforme au genre* (Drummond et al., 2008 ; Singh, 2012 ; Steensma et al., 2013 ; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008)

- Drummond et al. (2008) et Singh (2012) indiquent une influence significative du comportement variant selon le sexe pendant l'enfance sur la probabilité de persistance.
- Wallien et al. (2008) rapportent que le niveau de comportement variant selon le sexe dans l'enfance est un prédicteur significatif pour les garçons nés dans le même sexe, mais pas pour les filles.
- Chez Steensma et al. (2013), dans le cadre d'analyses bivariées, toutes les mesures correspondantes indiquaient une probabilité de persistance plus élevée pour les valeurs élevées.

*Changement précoce de rôle social* (Steensma et al., 2013)

- D'une manière générale, un changement précoce de rôle social s'est avéré être un prédicteur significatif d'une évolution persistante (sans que l'on puisse en déduire des causalités). Cependant, séparément pour chaque sexe et dans le cadre d'analyses multivariées, une influence significative n'a été mise en évidence que pour les garçons du sexe de naissance.

### 3. Résumé de l'état des connaissances empiriques

Les connaissances actuelles permettent d'identifier quelques prédicteurs dans l'enfance prépubère qui sont associés à une probabilité plus élevée de dysphorie de genre persistante à l'adolescence et à l'âge adulte. Ces prédicteurs n'ont toutefois qu'une *valeur prédictive relative*. Jusqu'à présent, il n'existe *pas de caractéristique sûre* qui permette de prédire une évolution persistante à l'adolescence en cas d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre *pendant l'enfance*.

En résumé, on peut faire les déclarations suivantes, prouvées empiriquement :

#### 3.1 Taux de persistance rapportés dans les études précédentes

- Pour les enfants chez lesquels le diagnostic de "dysphorie de genre de l'enfance" peut être posé avant la puberté selon les critères plus restrictifs du (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013*), aucun taux de persistance ou de désistance d'une dysphorie de genre à l'adolescence n'a été prouvé jusqu'à présent. \_\_\_\_\_
- Pour les enfants diagnostiqués avant la puberté d'une "Trouble de l'identité sexuelle de l'enfant" (selon les critères antérieurs de la CIM-10 et du DSM-III-R ou DSM-IV), des taux de persistance très divergents pour une dysphorie de genre à l'adolescence, compris entre 13% et 63%, ont été rapportés dans un ensemble d'études hétérogènes basées sur les populations de recours à deux centres de traitement. En raison de restrictions méthodologiques, il n'est pas non plus possible de tirer des conclusions représentatives.

##### 3.1.1 Prédicteur sexe :

- Chez les enfants nés de sexe féminin et présentant des signes de dysphorie de genre, des évolutions persistantes de la dysphorie de genre à l'adolescence ont été rapportées avec une probabilité plus élevée que chez les enfants nés de sexe masculin (Steensma et al., 2013 ; Wallien & Cohen- Kettenis, 2008).

### **3.1.2 Prédicteur : niveau de comportement non conforme au genre et changement de rôle social accompli**

- Un niveau élevé d'expériences et de comportements non conformes au genre ou de symptômes de dysphorie de genre rapportés dans l'enfance, ainsi qu'un changement de rôle social effectué dès l'enfance<sup>3</sup>, s'accompagnent d'une probabilité proportionnellement plus élevée de persistance d'une dysphorie de genre à l'adolescence (Drummond et al., 2008 ; Singh, 2012 ; Steensma et al., 2013 ; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008).

### **3.1.3 Importance de l'âge**

- Plus un enfant est jeune avant la puberté au moment d'une présentation diagnostique, moins la probabilité d'une dysphorie de genre persistante à l'adolescence est prévisible au sein d'une large gamme de variations dans les trajectoires de développement (Singh, 2012 ; Steensma et al., 2013).
- Pour le développement des enfants qui présentent des signes évidents de dysphorie de genre avant la puberté, la tranche d'âge de 10 à 13 ans peut être considérée comme une phase critique au cours de laquelle il est possible de déterminer si la dysphorie de genre persiste ou non.

Comme les études rapportées se réfèrent exclusivement à l'évolution d'adolescents qui, dès l'enfance, ont été présentés à un établissement de santé spécialisé (clinique de genre/consultations spécialisées) en raison de leur comportement non conforme au genre, les données rapportées ne permettent en outre pas de se prononcer sur la probabilité pronostique d'une dysphorie de genre persistante lorsqu'une symptomatologie dysphorique de genre se manifeste pour la première fois de manière reconnaissable pour l'environnement social après la puberté. Une dysphorie de genre peut se manifester pour la première fois à l'extérieur à tout âge. En particulier, un développement prétendument conforme au sexe, rapporté par les parents, peut être à l'origine d'une dysphorie de genre à l'adolescence.

---

<sup>3</sup> Dans ce contexte, les données rapportées ne permettent pas de se prononcer sur la direction de l'effet. En d'autres termes, il n'est pas possible de dire si un changement de rôle social effectué dans l'enfance avant la puberté a en soi un impact sur la probabilité d'une évolution persistante. Il convient de tenir compte d'un éventuel effet de sélection : Les enfants dont l'incongruité de genre est particulièrement précoce et donc susceptible de persister sont plus nombreux à demander un changement de rôle social dès l'enfance (voir chapitre III → "*Changement de rôle social pendant l'enfance*").

enfance n'indique pas en soi une faible probabilité de persistance des résultats d'une DG.

Lors du conseil et de l'accompagnement professionnels d'enfants présentant une incongruité ou une dysphorie de genre, il convient de tenir compte de l'incertitude de la prévision de l'évolution ultérieure, et notamment du fait qu'il n'existe à ce jour aucun critère permettant de prédire, *avant la puberté*, la persistance ou la disparition ultérieure d'une dysphorie de genre à l'adolescence.

### 3.2 Conclusion

En résumé, les connaissances actuelles sur les variations des trajectoires de développement des enfants présentant des signes d'incongruité sexuelle et/ou de dysphorie de genre permettent de tirer les conclusions suivantes, étayées empiriquement :

- Les données disponibles ne permettent pas de faire des hypothèses généralisables sur les taux de persistance supposés.
- Les enfants qui présentent un comportement non conforme à leur sexe avant la puberté ne développent souvent *pas de* dysphorie de genre persistante au cours de la puberté.
- Chez les enfants prépubères qui présentent des signes très marqués d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre, la probabilité d'une persistance ultérieure est plus élevée, surtout si un diagnostic correspondant peut être posé dès l'enfance.
- Mais : avant la puberté, il n'est pas possible de prédire avec certitude une persistance, même en présence de signes évidents d'incongruité sexuelle.
- Chez les enfants chez qui il existe des indices clairs d'incongruité sexuelle avant la puberté, l'influence de la puberté survenue permet typiquement de voir clairement jusqu'à l'âge de 13 ans si une incongruité sexuelle persiste.

Il en résulte les implications suivantes pour la pratique des soins :

- Chez un enfant prépubère, même en présence de signes évidents d'incongruité sexuelle dans l'enfance, il n'est pas possible à ce jour de prédire une *incongruité sexuelle persistante à l'adolescence* (voir ci-dessous la recommandation II.K.3 à la fin de ce chapitre).
- Les recommandations pour toute intervention médicale visant à soutenir la transition sont donc obsolètes avant la puberté (voir les recommandations du chapitre VII). → "*Indications pour les interventions médicales de modification corporelle*").
- Un diagnostic d'*incongruité sexuelle chez l'enfant* (CIM-11 : HA61) posé avant la puberté ne peut donc pas justifier une intervention médicale, mais a tout au plus la valeur d'un début précoce documenté des signes d'incongruité sexuelle rapportés, dans la perspective d'une éventuelle indication ultérieure de mesures médicales. (voir les recommandations au chapitre VII. → "*Indications pour les interventions médicales de modification corporelle*").

#### 4. Déroulements avec l'outcome d'une transition ultérieure

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les jeunes sont désignés dans la littérature de recherche comme desisters (par opposition à persisters) lorsqu'une incongruité de genre, qui existait encore *dans l'enfance*, n'était pas présente en permanence à l'adolescence (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018 ; Temple Newhook et al., 2018). Il s'agit donc d'une construction issue d'études d'observation sur des populations de recours clinique de décennies antérieures, dont les résultats ne sont que très partiellement transposables au contexte social actuel, notamment parce que le comportement non conforme au genre dans l'enfance est de moins en moins problématisé par le monde adulte actuel et que, par conséquent, le recours aux services professionnels de santé est de moins en moins considéré comme nécessaire pour les enfants préadolescents. Dans des publications récentes, la notion de

"Detransitioners" introduit, mais utilisé de manière non uniforme (Expósito-Campos, 2021) : En principe, ce terme désigne les personnes qui interrompent ou annulent (partiellement) une transition entamée, ce qui peut inclure des étapes de transition sociale, juridique et/ou médicale accomplies dans le passé. Les raisons peuvent être diverses. Il peut s'agir de personnes qui, après une période de transidentité ressentie et de changement de rôle accompli, s'identifient à nouveau au sexe qui leur a été attribué à la naissance ou à un sexe non binaire et qui, par conséquent, interrompent une transition entamée. Il peut également

Il en résulte les implications suivantes pour la pratique des soins :  
s'agir de personnes qui, pour des raisons extérieures, ne veulent pas changer de sexe.

(pression sociale, raisons médicales, etc.) peuvent interrompre ou annuler une transition.

Les personnes transgenres sont des personnes qui ne font pas partie de la communauté transgenre, mais pour lesquelles la transidentité perçue persiste.

L'interruption souhaitée d'un traitement de réassignation sexuelle revêt une importance particulière pour les questions de sécurité des patient-e-s et doit donc être considérée ici. La transition après un traitement de réassignation sexuelle est parfois considérée comme un résultat négatif (Cohn, 2023 ; Entwistle, 2021). Néanmoins, une transition ne devrait pas être assimilée à un "regret" (= regretter une mauvaise décision antérieure). Dans une méta-analyse, Bustos et al. (2021) estiment la fréquence du "regret" après une opération de réassignation sexuelle chez des adultes à moins de 1% à 2% des personnes opérées. Les personnes ne doivent toutefois pas nécessairement regretter un traitement d'harmonisation sexuelle interrompu, mais indiquent parfois aussi qu'il s'agissait pour elles d'une démarche cohérente au moment où elles ont commencé ce traitement. Il arrive également qu'une transition soit temporaire et qu'un traitement hormonal de réassignation sexuelle soit repris ultérieurement (Littman, 2021 ; Turban et al., 2021). Une transition ne doit donc pas nécessairement être comprise comme le point final d'une évolution dysphorique liée au genre, mais peut être passagère.

Jusqu'à présent, le phénomène de la détransition n'a fait l'objet que de peu de recherches (Butler & Hutchinson, 2020). Les publications originales suivantes ont pu être identifiées pour une vue d'ensemble des données empiriques relatives à la transition après un traitement de réassignation sexuelle, à l'aide de la littérature qui a été systématiquement reçue auparavant pour la ligne directrice ainsi que grâce aux indications du groupe de pilotage de la ligne directrice :

Dans une étude anglaise (Boyd et al., 2022), une Chart Review rétrospective a été réalisée à partir d'un cabinet de médecine générale, entre autres, sur 41 patients\* traités par des hormones de réassignation sexuelle. Le traitement de réassignation sexuelle a débuté dans presque tous les cas à l'âge de la majorité. Il a pu être établi que sur les 41 personnes mentionnées, 4 hommes trans (10%) ont interrompu le traitement hormonal, c'est-à-dire qu'ils se sont détournés. Ces 4 personnes prenaient auparavant des androgènes depuis 18 mois en moyenne et n'avaient pas subi d'opération de réassignation sexuelle. Aucune femme trans ou personne non-binaire n'a signalé de détransition. Les auteurs rapportent que 32% des patients n'ont pas reçu de traitement hormonal spécialisé. En outre, 62% n'ont pas été traités selon les normes (inter)nationales de traitement, ce qui se réfère toutefois principalement aux aspects somatomédicaux et non aux normes d'indication.

Dans une autre revue de graphique rétrospective d'un service spécialisé dans le



(pression sociale, raisons médicales, etc.) peuvent interrompre ou annuler une transition.  
genre pour adultes en Angleterre, Hall et al. (2021) ont examiné les dossiers de traitement  
de

175 patients\*. D'autres rapports concernant des traitements psychiatriques/psychothérapeutiques en dehors du centre de traitement ont également été pris en compte. Sur les 175 personnes, 156 (89%) ont commencé un traitement hormonal de réassignation sexuelle. 61% des patients\* se sont vu attribuer un sexe masculin à la naissance et 39% un sexe féminin. Les patients devaient être âgés d'au moins 17 ans lors de leur première présentation au centre de traitement, l'âge médian étant de 25 ans. Chez 12 patients (7% des 175), une transition s'est produite pendant le traitement ou jusqu'à 12 mois après le début du traitement hormonal. Parmi ces personnes, huit étaient des hommes nés et quatre des femmes nées, ce qui correspond à peu près à la répartition générale des sexes dans l'échantillon. Six autres cas présentaient quelques signes similaires à ceux d'une détransition ; toutefois, aucun traitement hormonal continu n'avait eu lieu auparavant chez ces personnes.

Dans une étude basée sur la communauté, Littman (2021) a interrogé 100 personnes sélectionnées ayant fait état d'une expérience de transition. 93% d'entre elles ont interrompu ou fait annuler un traitement de réassignation sexuelle. 7% des personnes interrogées ont interrompu un blocage de la puberté. Les participant-e-s ont été recruté-e-s par le biais de groupes de transition sur Internet et de sites web, ainsi que par des listes de diffusion de praticiens spécialisés. Parmi les participants, 68% ont été assignés au sexe féminin à la naissance et 32% au sexe masculin. Les participants avaient en moyenne 22 ans (*écart-type* = 6) lorsqu'ils ont consulté pour la première fois des praticiens pour un traitement de réassignation sexuelle ou un blocage de la puberté. Il est donc très probable que seule une petite minorité des personnes interrogées avait moins de 18 ans au début de la transition médicale. Aucune analyse spécifique n'est disponible pour ce sous-groupe. Un intervalle moyen de 3 ans entre le début et l'arrêt du traitement hormonal a été indiqué. 50% des personnes interrogées ont fait état de "regrets" importants ou très importants concernant leur transition.

Les raisons de la détransition ont été classées par l'auteur dans les catégories non exclusives dans les proportions suivantes : Reconnaissance que la dysphorie de genre ressentie était due à un autre trouble mental ou à un traumatisme (58%) ; pression sociale pour la transition initiale (20%) ; la transition initiale serait due à une misogynie intériorisée (7%) ; pression sociale (stigmatisation, etc.) pour détransitionner (29%) ; identification comme non-binaire (16%). 55% des répondants ont déclaré qu'un trouble mental avait été diagnostiqué chez eux avant que la dysphorie de genre ne commence. 57% des personnes interrogées ont estimé que le diagnostic avant le début de leur traitement était insuffisant et au moins 46% des personnes interrogées ont estimé ne pas avoir été suffisamment informées.

Turban et al. (2021) ont évalué une vaste enquête auprès de personnes trans aux Etats-Unis concernant les transitions (passées). L'échantillon ne comprend donc que des personnes qui s'identifiaient (à nouveau ou toujours) comme trans au moment de l'enquête. 13% des personnes interrogées ayant déjà effectué une transition ont indiqué avoir été (temporairement) transitions dans le passé. Cela ne se rapporte toutefois pas forcément à un traitement de réassignation sexuelle. Dans le groupe des personnes interrogées ayant connu une transition, les personnes de sexe masculin ou féminin à la naissance étaient représentées à peu près dans les mêmes proportions (51% vs. 49%). Les auteurs ont classé les raisons de la transition (temporaire) dans les catégories *externes* (p. ex. pression sociale) et *internes* (p. ex. ambiguïté de l'identité de genre). Il n'existe pas d'analyse spécifique des raisons pour le sous-groupe des personnes ayant effectué une transition avant l'âge de 18 ans. Parmi les personnes interrogées ayant effectué une transition dans le passé, 83% ont rapporté au moins une raison externe et 16% au moins une raison interne.

Dans le cadre d'une étude basée sur la communauté, Vandebussche (2021) a interrogé 237 personnes sélectionnées qui se sont déclarées détransitionneurs. Les participants ont été recrutés via des groupes de transitionneurs sur Internet et des sites web. Parmi les participants, 92% étaient de sexe féminin à la naissance et 8% de sexe masculin, ce qui peut s'expliquer par un recrutement sélectif. Sur l'ensemble des personnes interrogées, environ 64% ont déclaré avoir suivi un traitement hormonal de réassignation sexuelle au préalable et 30% une opération de réassignation sexuelle (éventuellement complémentaire). 25% ont commencé leur transition médicale avant l'âge de 18 ans. Il n'existe pas d'évaluation spécifique pour ce sous-groupe. Un intervalle de 2 ans en moyenne a été indiqué entre le début du traitement et la transition. Sur l'ensemble des personnes interrogées, 60% ont exprimé des regrets ("regret") concernant la transition et/ou le traitement. Les raisons les plus fréquemment citées pour la transition sont les suivantes :

- "réalisé que ma dysphorie de genre était liée à d'autres problèmes" (70%),
- "health concerns" (62%) et
- " transition did not help my dysphoria " (50%).

Une nette majorité des répondants ont indiqué qu'un ou plusieurs troubles mentaux avaient été diagnostiqués chez eux et 54% ont fait état d'au moins trois troubles mentaux concomitants. En outre, 78% des répondants ont déclaré rétrospectivement qu'ils ne s'étaient pas sentis suffisamment ou partiellement informés sur les traitements et les interventions mis en place.

L'étude de suivi clinique de de Vries et al. (2014) a examiné le parcours à long terme de  $n = 55$  personnes qui, à l'adolescence, après avoir soigneusement posé l'indication et bénéficié d'un accompagnement professionnel continu, ont d'abord subi un blocage de la puberté, puis un traitement hormonal de réassignation sexuelle, avant de subir une opération de réassignation sexuelle. La durée moyenne entre le début du traitement hormonal de réassignation sexuelle et l'enquête était de 4 ans. Sur les 55 personnes rapportées, aucun cas de "regrets" et/ou de détransition n'a été signalé. Il faut toutefois tenir compte du fait que l'échantillon étudié est idéalement sélectif à plusieurs égards. Les résultats suggèrent toutefois que, pour réduire le risque d'outcome d'une future transition lors de décisions de traitement à l'adolescence, il serait judicieux de définir des standards professionnels pour l'assurance qualité lors de la pose de l'indication et de l'accompagnement professionnel du processus.

En résumé, la rareté de la recherche sur la transition, avec des échantillons très sélectifs, ne permet de tirer que des conclusions prudentes. Il convient également de souligner que les études reçues prennent très majoritairement en compte des échantillons qui étudient la transition chez des personnes ayant commencé leur transition médicale à l'âge adulte.

Les revues de la charte reçues ont rapporté une fréquence de détransition de 7% et 10% respectivement. Turban et al. (2021) ont indiqué que 13% des personnes interrogées dans le cadre de cette étude avaient subi une détransition, le plus souvent de manière passagère, dans le passé. Dans l'étude clinique de de Vries et al. (2014), aucun indice de détransition n'a été trouvé dans le petit échantillon. Compte tenu des exigences plus strictes des directives internationales pour l'indication des traitements de modification corporelle chez les adolescents par rapport aux adultes (Coleman et al., 2022), on peut supposer que le taux de détransition est plus faible chez les personnes ayant commencé leur traitement à l'adolescence que dans les revues de chartes rapportées chez les adultes. Robert et al. (2022) fournissent une indication à ce sujet : Dans un échantillon sélectif, ils ont pu montrer que dans l'échantillon, au moins 74% des personnes qui avaient commencé un traitement hormonal de réassignation sexuelle lorsqu'elles étaient mineures le poursuivaient encore après 4 ans. En revanche, au moins 64% des personnes ayant commencé un traitement hormonal à l'âge adulte l'ont poursuivi dans le même intervalle de temps, ce qui représente une diminution statistiquement significative.

"taux de continuation". Cette étude doit toutefois être interprétée avec réserve dans la mesure où elle n'a examiné que la poursuite positivement documentée de traitements hormonaux. Les raisons d'une poursuite non documentée du traitement n'ont pas été rapportées, de sorte qu'il n'est pas possible de conclure avec certitude à une détransition dans ces cas.

peut être atteint. Néanmoins, les données ne permettent pas de conclure à un taux de détransition plus élevé chez les personnes ayant commencé un traitement de réassignation sexuelle à l'adolescence par rapport à l'âge adulte, la tendance étant plutôt l'inverse.

Le site Les résultats de l'étude concernant du site Sexe d'assignation et le site L'identité de genre (antérieure) des personnes ayant subi une transition n'est pas uniforme. Alors que certaines études font état d'une surreprésentation *des personnes en transition* dont le sexe d'assignation est une femme (Boyd et al., 2022 ; Littman, 2021 ; Vandebussche, 2021), sont dans une autre Dans une autre étude, les hommes *détachés* sont surreprésentés (Turban et al., 2021) ou le sex-ratio des *détachés* correspond au sex-ratio de l'échantillon global (Hall et al., 2021). Ces écarts sont probablement dus au fait que l'échantillonnage diverge fortement entre les études. La durée moyenne entre le début d'un traitement de réassignation sexuelle et la transition est rapportée de manière relativement similaire dans une fourchette de 1,5 an (Boyd et al., 2022) 3 ans (Littman, 2021) et est nettement inférieure à l'intervalle d'étude de 8 ans requis par Cohn (2023).

Alors que Littman (2021) et Vandebussche (2021) rapportent majoritairement des facteurs intrusifs pour la transition et un abandon ultérieur de la transidentité, Turban et al. (2021) rapportent surtout des raisons extrinsèques en cas de transidentité existante au moment de l'enquête. La fréquence d'un "regret" chez les *transitionneurs* n'est relevée que dans les deux études basées sur la communauté (Littman, 2021 ; Vandebussche, 2021), où elle est indiquée à 50% et 60%. De plus, dans ces études, 46% et 78% des personnes ne se sentent pas suffisamment informées sur le traitement médical entrepris à l'époque. D'un point de vue clinique, la Chart Review de Boyd et al. (2022) révèle également des indices d'un traitement non conforme aux règles de l'art et aux directives. On peut en déduire que le risque de détransition est plus élevé lorsque les traitements médicaux de transition ne sont pas indiqués et réalisés conformément aux directives ou de manière insuffisamment professionnelle.

En conséquence, les Standards of Care de la WPATH (Coleman et al., 2022), tout en soulignant que la transition est un phénomène rare, formulent la recommandation suivante pour un traitement professionnel des jeunes dont l'incongruité de genre a été diagnostiquée :

"[...] la transitions peut se produire chez les jeunes adolescents transgenres et les professionnels de la santé devraient en être conscients". (Coleman et al., 2022, p. 547).

## 5. Recommandations pour le conseil professionnel

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**II. C1.** Lors d'une consultation professionnelle d'enfants et d'adolescents présentant des signes d'incongruité/dysphorie de genre (IG/DS), ainsi que de leurs responsables légaux et, le cas échéant, d'autres personnes de référence, les personnes chargées de la consultation doivent avoir une connaissance approfondie de l'éventail des variations possibles des processus de développement de la variation de genre pendant l'enfance et l'adolescence.

Force du consensus : consensus fort  
(>95%)

---

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**II. C2.** Si une consultation a lieu dans le cadre d'un changement de rôle social souhaité ou déjà initié, l'enfant ou l'adolescent(e), son/sa responsable légal(e) et, le cas échéant, d'autres personnes de référence doivent être informés de la diversité des processus de développement, y compris de la possibilité d'une transition ultérieure.

Force du consensus : consensus fort  
(>95%)

---

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**II. C3.** Chez les enfants prépubères présentant des signes d'incongruité sexuelle infantile (selon la CIM-11 HA61)<sup>4</sup>, les professionnels de la santé doivent partir du principe que jusqu'à la puberté, il n'est pas possible de prédire une incongruité sexuelle *persistante* à l'adolescence.

Force du consensus : consensus fort  
(>95%)

---

---

<sup>4</sup> Pour les critères diagnostiques de l'incongruité sexuelle infantile (HA61), voir le chapitre VII. →

*"Indications pour les traitements médicaux de modification corporelle".*

## **Chapitre III**

### **Changement de rôle social pendant l'enfance**

- 1. Introduction et questions directrices**
- 2. Critères juridiques et éthiques**
- 3. Sur l'état des connaissances empiriques**
- 4. Recommandations pour le conseil professionnel**

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung



## 1. Introduction et questions directrices

La question de savoir si et dans quelle mesure il convient d'aider les enfants non conformes au genre à changer complètement de rôle social avant la puberté, c'est-à-dire à s'habiller, à se comporter et à être abordés dans tous les domaines de la vie conformément à leur propre désir, fait l'objet d'un débat controversé parmi les spécialistes. Certains enfants l'exigent de manière persistante et avec beaucoup d'insistance. Dans certains cas, il convient d'adopter une attitude éducative axée en premier lieu sur le bien-être de l'enfant et son développement socio-émotionnel non perturbé, qui relève en principe de la responsabilité et de l'appréciation des parents et tuteurs et ne nécessite pas de décision médicalement justifiée, ni même d'action médicale. Néanmoins, les enfants présentant des signes d'incongruité sexuelle (IG) ou de dysphorie de genre (DG) sont présentés dans des contextes de traitement médical et psychosocial à tout âge du développement avec la demande d'un conseil spécialisé. Pour ce conseil, il convient de se baser sur les connaissances spécialisées disponibles jusqu'à présent et de les rendre accessibles aux personnes en quête de conseils. Il n'est pas rare non plus que des institutions pédagogiques (crèches et écoles primaires) demandent des avis médicaux ou psychologiques afin d'aider à sécuriser techniquement une attitude ou une approche éducative orientée vers le bien-être de l'enfant. Etant donné que, par le passé, l'ancienne directive S1 sur les "troubles de l'identité de genre chez l'enfant et l'adolescent" a été utilisée comme cadre de référence professionnel pour les questions pédagogiques ou de psychologie familiale, malgré son intention de se concentrer sur le contexte de traitement médical, il a semblé important aux auteurs de la directive de présenter l'état actuel des connaissances et les recommandations qui en découlent, tout en faisant preuve de la réserve qui s'impose sur les questions éducatives.

### **Questions directrices sur la ligne directrice :**

- Quelles implications pour le développement ultérieur peuvent résulter d'un changement de rôle social pendant l'enfance ?
- Quelles sont les connaissances sur l'éventuelle détermination sociale d'un rôle de genre à l'adolescence qui en découle ?
- Quelles sont les connaissances concernant les éventuels effets favorables ou défavorables d'un changement de rôle social pendant l'enfance sur le développement psychosocial et sanitaire de l'enfant ?

## 2. Critères juridiques et éthiques

En principe, le droit à l'épanouissement de sa propre personnalité est un droit de l'enfant protégé par la Loi fondamentale et la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant, qui lui confère le statut de droit humain. Dans le cas des enfants non conformes aux normes de genre, il convient également de tenir compte, dans la perspective de cet épanouissement de la personnalité, de l'ouverture potentielle du déroulement ultérieur du développement à partir de la puberté, car on sait que les déroulements ultérieurs du développement de l'identité de genre à l'adolescence sont soumis à une grande variabilité (voir chapitre II → "*Variante des déroulements du développement*").

Dans la recommandation ad hoc du Conseil d'éthique allemand sur l'accompagnement et le traitement professionnels des enfants et des adolescents présentant des signes de développement transidentitaire, on peut notamment lire ce qui suit ([www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org)) :

- "Le droit général de la personnalité comprend également le droit de mener une vie conforme à sa propre identité sexuelle, telle qu'elle est subjectivement perçue, et d'être reconnu dans cette identité.
- Dans tous les processus de décision, l'enfant doit être entendu et ses idées et souhaits doivent être pris en compte en fonction de sa maturité et de son âge. Cette règle a d'autant plus de poids qu'il s'agit ici de questions d'identité personnelle, sur lesquelles la personne concernée doit décider elle-même en dernier ressort".

Dans un article récent d'Ashley (2019) sur le discours éthique relatif à la transition sociale des rôles dans l'enfance et l'adolescence, il est souligné que la décision d'une telle transition de rôle ne peut pas être prise, indépendamment de l'âge de l'enfant, comme le résultat d'une clarification intrapsychique complète préalable de sa propre identité de genre. Au contraire, l'expérimentation sociale du rôle de genre que l'on a soi-même découvert est intégrée dans le processus d'exploration de soi en interaction constante avec l'environnement social, même si ce processus doit être considéré comme encore ouvert aux résultats (Ashley, 2019).

Jusqu'à présent, les preuves empiriques ne permettent pas d'étayer des recommandations générales et directives allant au-delà de l'encouragement à une attitude qui accepte la personnalité de l'enfant et qui reste ouverte face à un développement potentiellement fluide de l'identité sexuelle. Il faut en outre tenir compte du fait qu'un changement de rôle social dans tous les domaines de la vie durant l'enfance est parfois déjà un fait lors de la première présentation dans la pratique médicale ou psychothérapeutique, auquel il faut faire face avec une attitude non discriminatoire et sans jugement de valeur.

(voir chapitre IX → "*Interaction professionnelle et approche sensible à la discrimination avec les enfants et les adolescents non conformistes en matière de genre*").

### 3. Sur l'état des connaissances empiriques

Jusqu'à présent, très peu d'études empiriques ont été menées en Amérique du Nord sur les enfants qui ont changé de rôle social avant la puberté. Si l'on examine les résultats de ces études pour déterminer les conséquences d'un changement de rôle social sur le développement de la santé mentale d'un enfant atteint de DG, il faut d'abord souligner qu'il n'est possible de tirer que des conclusions limitées à ce sujet. Les raisons en sont les suivantes :

- De par leur intention et leur conception, les études ont examiné en premier lieu d'autres questions.
- Les enfants examinés après un changement de rôle ont été choisis de manière sélective et sont plus susceptibles de présenter des signes d'IG particulièrement prononcés dans l'enfance, associés à une grande confiance en soi et à un soutien élevé de la part de l'environnement familial. Par conséquent, ces enfants présentaient non seulement des caractéristiques particulièrement fortes en termes d'expression de comportements non conformes au genre, mais aussi un niveau élevé de ressources généralement protectrices.
- Jusqu'à présent, il existe peu de résultats d'études solides sur l'outcome ultérieur de ces enfants après le début de la puberté. Seule une étude de suivi récente portant sur une période d'observation de cinq ans après le début d'un changement de rôle social dans l'enfance ( $N = 237$ ) a montré qu'un sous-groupe ( $N = 70$ ) était, au moment de l'enquête, 14 ans ou plus (Olson et al., 2022).
- En particulier, hormis des indications anecdotiques sur des cas isolés, il n'existe pas de données historiques sur la manière et les circonstances dans lesquelles une transition ultérieure du rôle social vers le rôle du sexe de naissance a été réalisée sur le plan psychosocial au cours de l'adolescence.

*Les questions étudiées* jusqu'à présent portent notamment sur les cognitions liées au rôle de genre et les caractéristiques de la santé mentale chez les enfants non conformes au genre après un changement de rôle social accompli, en comparaison avec leurs pairs ayant une expression de rôle conforme au genre (Durwood et al., 2017 ; Olson et al., 2015 ; Fast & Olson, 2017). Dans une analyse a posteriori des données d'études transversales disponibles, les caractéristiques de la santé mentale et leurs prédicteurs ont également été comparés entre les enfants présentant un comportement non conforme au genre prononcé après un

changement de rôle et les enfants présentant une expression atypique du genre sans  
changement de rôle (Wong et

al., 2019). Une étude a examiné rétrospectivement le déroulement graduel différentiel des processus de transition sociale pendant l'enfance (Kuper et al., 2019). En outre, les expériences et les rapports des familles accompagnant le changement de rôle d'un enfant ont été examinés qualitativement (Kovalanka et al., 2014 ; Olson et al., 2019). La plus grande étude de suivi réalisée à ce jour examine l'évolution de l'identité de genre dans un groupe de  $N = 237$  enfants cinq ans après un changement complet de rôle social dans l'enfance (Olson et al., 2022).

Les résultats empiriques suivants peuvent être prouvés dans ce contexte par des études individuelles :

- Enfants de 4 à 8 ans présentant des signes prononcés d'IG dans l'enfance (le critère d'inclusion était entre autres, que les enfants affirmaient être des garçons ou des filles et ne pas seulement vouloir l'être), qui avaient effectué un changement de rôle social avec le soutien des parents dans tous les domaines de la vie quotidienne ( $N = 36$  ; 28  $m \rightarrow w$ , 8  $w \rightarrow m$ ), ne se distinguaient pas, par rapport à leurs frères et sœurs et à des enfants témoins comparables en termes d'âge et de sexe de naissance, dans leurs cognitions relatives à l'auto-attribution de genre par rapport au sexe ressenti et aux comportements typiques du sexe, ainsi que dans leurs représentations de la cohérence de genre par rapport aux situations (Fast & Olson, 2017). Ils étaient tous conscients de leur sexe de naissance, contrairement à leur sentiment d'appartenance. La seule différence dans leurs cognitions liées au genre était qu'ils considéraient le genre comme une construction moins stable dans le temps que les autres enfants, ce qui se justifie de manière plausible par leur propre expérience de transition (*ibid.*).
- Dans un groupe étudié d'enfants de 5 à 12 ans non conformes au genre qui avaient changé de rôle social avec le soutien de leurs parents ( $N = 32$  ; 20  $m \rightarrow w$ , 12  $w \rightarrow m$ ), le groupe d'étude se distinguait par la cohérence et la rigueur de leurs cognitions liées au genre (préférence des pairs, préférence d'objet, identité de genre, respectivement implicites et explicites). Les cognitions correspondaient constamment et rigoureusement au genre trans soutenu de manière affirmative (Olson et al., 2015).
- Dans un groupe étudié d'enfants de 6 à 8 ans non conformes au genre qui avaient changé de rôle social avec le soutien de leurs parents ( $N = 46$  ; 14  $w \rightarrow m$ , 42  $m \rightarrow w$ ), ces derniers étaient comparativement moins enclins aux stéréotypes de genre et se montraient plus ouverts et plus acceptants vis-à-vis de la non-conformité de genre que les enfants d'un groupe témoin (Olson & Enright, 2017).

- Dans un groupe étudié d'enfants de 6 à 14 ans non conformes au genre qui avaient changé de rôle social avec le soutien de leurs parents ( $N = 116$ ), ces derniers ne présentaient aucune différence d'estime de soi par rapport aux enfants témoins ( $N = 122$ ) et aux frères et sœurs ( $N = 72$ ) (Durwood et al., 2017).
- Dans un groupe d'enfants de 3 à 12 ans non conformes au genre qui avaient changé de rôle social avec le soutien de leurs parents ( $N = 73$ , 22  $w \rightarrow m$  ; 51  $m \rightarrow w$  ; 3  $\rightarrow 12J$ ), il n'y avait pas de différences significatives dans les outcomes de santé mentale examinés, à savoir la dépressivité et l'anxiété, par rapport aux frères et sœurs et aux enfants témoins. En ce qui concerne la dépression, aucune différence n'a été constatée par rapport à la population normale. Seules les valeurs d'anxiété étaient légèrement supérieures à celles de la population normale, mais cette différence n'était pas significative (Olson et al., 2016).
- Dans un groupe étudié d'enfants de 9 à 14 ans non conformes au genre qui avaient changé de rôle social avec le soutien de leurs parents ( $N = 63$ ), ceux-ci ne se sont pas montrés plus déprimés que des enfants témoins comparables et que leurs frères et sœurs, mais ont eu tendance à être un peu plus anxieux (Durwood et al., 2017).
- Dans un recueil de cas portant sur cinq familles dont les enfants ont changé de rôle ( $m \rightarrow w$ ) entre 7 et 10 ans, il a été rapporté que, du point de vue des parents, les enfants étaient en premier lieu à l'origine de cette démarche et que les parents étaient au début largement ignorants du thème de la non-conformité de genre. Rétrospectivement, des comportements non conformes au genre très précoces (dès l'âge d'un ou deux ans) ont toutefois été rapportés, que les parents ont d'abord classés différemment. Selon la perception des parents, le changement de rôle soutenu a principalement entraîné des changements psychiques positifs chez l'enfant (épanouissement, confiance en soi, etc.). Un seul cas a fait état d'un développement de crise avec des tendances suicidaires en réaction à l'hostilité trans vécue dans l'environnement social et la société (Kovalanka et al., 2014). Les parents ont également fait état d'un manque d'information généralisé et d'attitudes et de déclarations parfois contraires à l'éthique de la part des professionnels de la santé et des écoles, et de la nécessité qui en découle de devenir eux-mêmes des experts de leurs préoccupations (*ibid.*).
- Dans une analyse de données transversales d'enfants de 6 à 12 ans non conformes au genre, regroupées à partir de trois études précédentes, aucune différence significative n'a été observée dans les scores de santé mentale entre les enfants qui ont changé de rôle et ceux qui ne l'ont pas fait, bien que les deux groupes se distinguent nettement par l'importance des signes d'IG ou de DG (Wong et al., 2019). Dans les deux groupes, l'intégration sociale dans les relations avec les pairs s'est avérée cohérente en tant que

Le fait que la santé mentale soit le principal prédicteur de la santé mentale, même si la généralisation de cette affirmation est faible en raison de limitations méthodologiques (*ibid.*).

- Une étude rétrospective sur le parcours d'enfants et d'adolescents non conformes au genre ayant déjà effectué ou souhaité une transition ( $N = 224$  ; âge 6-17 ans, 60%  $w \rightarrow m$  ; 40%  $m \rightarrow w$ ), dont 98% ont reçu le diagnostic DSM 5 d'un DG, a révélé une grande variation dans le déroulement du développement avant le début de la puberté ainsi que des différences entre les sexes. Chez les enfants de sexe masculin à la naissance, l'identification binaire du rôle transsexuel en tant que fille était déjà plus fréquente avant la puberté, alors que les enfants de sexe féminin à la naissance présentaient plus souvent des expressions sexuelles mixtes ou non binaires avant la puberté. En outre, l'ordre des étapes dans les sorties sociales (communications à l'environnement social) et la transition vécue (vêtements, coupe de cheveux, noms et pronoms, changement de rôle officiel à l'école, etc.
- Dans une étude comparative, les parents de deux sous-groupes stratifiés d'enfants des deux sexes avec une expression non conforme du rôle sexuel, avec ou sans changement de rôle social (chacun  $N = 60$ ), ont été interrogés sur les processus de décision pour ou contre un changement de rôle social. Pour 83% des enfants ayant changé de rôle social, les parents ont indiqué que la décision avait été prise très clairement à l'initiative de l'enfant. Dans 75% des cas qui n'ont pas (encore) connu de transition, la possibilité d'une transition a été ouvertement discutée entre les parents et l'enfant. Dans seulement 10% des enfants qui n'ont pas (encore) connu de transition sociale, les parents ont indiqué qu'ils étaient en grande partie responsables de cette attitude attentiste (Olson et al., 2019). Dans une enquête basée sur Internet menée auprès de parents dont les enfants ont connu une transition sociale vers le genre perçu ( $N = 266$ , dont 92% avec une transition avant l'entrée dans la puberté), 68% ont indiqué avoir discuté ouvertement avec leurs enfants de la possibilité d'une retransition ultérieure à l'adolescence (Olson et al., 2019), afin de préserver l'ouverture des résultats des évolutions ultérieures dans l'imaginaire de l'enfant. Seule une petite partie des parents d'enfants en transition (13%) a exprimé la crainte que le fait de parler de l'option ouverte d'une future transition puisse être compris par l'enfant comme une non-acceptation de son identité de genre subjective.
- Il n'existe que peu de données empiriques sur les trajectoires de développement avec un retour au rôle sexué assigné à la naissance à l'adolescence. Une telle évolution est rapportée dans deux cas isolés dans les études néerlandaises sur la persistance et la désistance (Steensma et al., 2013). Parmi ces deux filles de sexe de naissance qui avaient déjà (partiellement) changé de rôle pour devenir un garçon, des difficultés importantes ont été signalées pour revenir au rôle féminin, sans que

d'autres circonstances psychosociales concomitantes ont été décrites (Steensma et al., 2011).

- Seule une étude récente portant sur  $N = 317$  enfants ayant une identité de genre non conforme et âgés en moyenne de huit ans, qui avaient effectué un changement complet de rôle social avec le soutien de leur famille avant la puberté, a rapporté des évolutions proportionnelles jusqu'à l'adolescence ( $N = 70$ ) (Olson et al., 2022). Dans cette étude, 94% des enfants sont restés dans le rôle de genre socialement transitionnel après cinq ans. 7,3% ont effectué au moins une transition, dont 1,3% ont repris leur rôle transsexuel après une "phase d'essai de clarification". Les transitions étaient plus fréquentes lorsque le premier changement de rôle avait eu lieu avant l'âge de six ans et, le cas échéant, elles étaient encore plus fréquentes avant l'âge de dix ans. Au moment du suivi à 5 ans,  $N = 70$  jeunes avaient atteint l'âge de 14 ans, dont une seule personne (1,7%) avait effectué une transition vers son sexe de naissance. L'étude montre que les enfants qui initient un changement de rôle avant la puberté avec le soutien de leurs parents restent en très grande majorité dans la transition à long terme. D'autre part, l'étude a également montré que les transitions se produisent plus rarement (7%) dans ce groupe d'enfants, ce qui constitue une information importante dans le cadre du conseil afin de préparer les enfants et les parents à cette possibilité.

### 3.1. **Résumé de l'état des connaissances empiriques**

L'état des connaissances empiriques permet de tirer les déclarations et conclusions suivantes sur l'option d'un changement de rôle social pendant l'enfance, qui peuvent servir d'orientation lors d'un conseil professionnel :

- Les enfants atteints d'IG qui ont changé de rôle social avec le soutien de leurs parents n'ont pas montré d'augmentation de la confusion psychosexuelle, de l'insécurité identitaire ou d'autres cognitions liées au genre. Ces dernières correspondaient pour la plupart de manière stricte à l'appartenance sexuelle perçue. Il y a donc des enfants avec une IG très prononcée chez qui l'identification transgenre est cohérente et non pas "normale".

est l'expression d'une insécurité psychosexuelle générale ou d'une insécurité identitaire

- **Tout porte** à croire qu'un changement de rôle soutenu de manière affirmative par l'épanouissement de la personnalité de l'enfant au cours du développement prépubertaire peut avoir un effet bénéfique sur l'intégration sociale et la confiance en soi de l'enfant.



- Il existe **des preuves** qu'un changement de rôle soutenu de manière affirmative avant l'entrée dans la puberté peut avoir un effet favorable sur le développement socio-émotionnel.
- Une **intégration sociale** aussi intacte que possible **et une acceptation tangible dans les relations entre pairs sont des** facteurs importants pour un développement socio-émotionnel positif des enfants atteints d'IG ou de DG qui ont changé de rôle social.
- Jusqu'à présent, il n'existe **pas de connaissances empiriques sûres** sur la manière dont le soutien affirmatif d'un enfant non conforme au genre de la part de ses figures d'attachement dans l'identité de genre qu'il perçoit se répercute sur l'ouverture future du développement de l'identité de genre à la puberté. Certes, le taux de persistance d'une identité transgenre perçue est très élevé, mais cela semble déjà s'expliquer par la sélection de processus de développement particulièrement clairs, typiques de la revendication proactive d'un changement de rôle de la part de l'enfant. Les retransmissions après un changement de rôle durant l'enfance ont été décrites dans de rares cas (7% des cas dans une étude), le cas échéant, elles ont eu lieu plus souvent avant la puberté.
- Jusqu'à présent, il n'existe **pas de données empiriques fiables** sur la manière dont une attitude restrictive des parents vis-à-vis de l'expression sociale d'une identification de rôle non conforme au genre chez les enfants se répercute sur le déroulement d'une IG ou d'une DG et d'une recherche identitaire ultérieure.
- Jusqu'à présent, il n'existe **pas de connaissances empiriques** sur les circonstances psychosociales qui accompagnent une transition ultérieure après un changement de rôle vécu dans l'enfance et qui rendent plus difficile ou plus facile le retour au rôle du sexe assigné à la naissance.

#### 4. Recommandations pour le conseil professionnel

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**III C1.** Lors d'une consultation avec des enfants présentant une incongruité sexuelle ou une dysphorie de genre et envisageant un changement de rôle social avant la puberté, ainsi qu'avec leurs titulaires de l'autorité parentale et, le cas échéant, d'autres personnes de référence, la personne chargée de la consultation devrait respecter le droit de l'enfant au libre développement de sa personnalité.

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**III. C2.** Lors d'une consultation avec des enfants présentant une incongruité ou une dysphorie de genre et envisageant un changement de rôle social avant la puberté, ainsi qu'avec leurs titulaires de l'autorité parentale et, le cas échéant, d'autres personnes de référence, la personne chargée de la consultation doit tenter de sensibiliser les titulaires de l'autorité parentale à une attitude permettant à l'enfant d'explorer et de développer de manière autodéterminée son identité de genre et son rôle social de genre.

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**III. C3.** Lors d'une consultation avec des enfants présentant une incongruité ou une dysphorie de genre et qui envisagent un changement de rôle social avant la puberté, ainsi qu'avec les personnes qui en ont la garde et, le cas échéant, d'autres personnes de référence, un (éventuel) changement de rôle social doit être considéré comme un processus qui doit être organisé en fonction des besoins de l'enfant. Les étapes envisagées pour tester le changement de rôle doivent être adaptées à la situation de vie individuelle.

Force du consensus : consensus fort (>95%)

---

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**III C4.** Lors d'une consultation avec des enfants présentant une incongruité ou une dysphorie de genre et envisageant un changement de rôle social avant la puberté, ainsi qu'avec leurs détenteurs de l'autorité parentale et, le cas échéant, d'autres personnes de référence, la personne chargée de la consultation devrait, indépendamment de la décision individuelle et du parcours de vie des personnes concernées, leur apporter un soutien professionnel afin de les protéger contre la stigmatisation et la discrimination de l'enfant et/ou de ses personnes de référence.

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

## Chapitre IV.

### **Troubles psychologiques et problèmes de santé associés chez les enfants et les adolescents souffrant d'incongruité sexuelle et de dysphorie de genre**

- 1. Introduction et questions directrices**
- 2. Etat de la recherche sur les troubles psychiques et la suicidalité**
  - 2.1. Études cliniques d'entretiens et de dossiers
  - 2.2. Études cliniques par questionnaire avec des enfants et des adolescents au début ou avant un traitement
  - 2.3. Enquêtes non cliniques auprès d'enfants et d'adolescents
  - 2.4. Troubles alimentaires/ image corporelle
  - 2.5. anomalies du domaine du spectre autistique ("neurodiversité")
  - 2.6. Psychopathologie associée après une transition sociale dans l'enfance
  - 2.7. Digression : psychopathologie associée après une transition sociale et après des mesures de médecine physique à l'adolescence
  - 2.8. Approches explicatives de l'apparition de troubles psychiques chez les enfants et les adolescents présentant une incongruité ou une dysphorie de genre
- 3. Déclarations et recommandations**
  - 3.1. Déclarations sur l'état des connaissances scientifiques
  - 3.2. Recommandations

## 1. Introduction et questions directrices

Compte tenu de l'augmentation de la morbidité psychiatrique chez les personnes qui s'identifient comme transgenres (ci-après dénommées "personnes trans"), il est indispensable que les praticiens connaissent l'éventail des problèmes de santé mentale fréquemment rencontrés chez les personnes trans ainsi que leur pertinence pour le diagnostic et le traitement de l'incongruité sexuelle (IG) et de la dysphorie de genre (DG) chez l'enfant et l'adolescent. En particulier, le chevauchement de plus en plus fréquent de la symptomatologie de dysphorie de genre avec les symptômes du spectre autistique, rapporté récemment, soulève des questions à cet égard.

Avant de pouvoir poser un diagnostic *d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre durable, c'est-à-dire stable/persistante*, dans l'enfance et l'adolescence, sur la base des symptômes et des résultats existants ainsi que d'un examen complet de l'évolution de chaque cas, il convient de diagnostiquer de manière professionnelle les troubles psychiques éventuellement associés ou coïncidents et d'évaluer leur interdépendance avec les symptômes de dysphorie de genre. Le terme de *comorbidité* n'est volontairement pas utilisé dans ce chapitre, car l'*incongruité de genre (IG)* n'est pas considérée comme un trouble ayant valeur de maladie dans la CIM-11 et, dans le DSM-5, l'IG sous-jacente à une *dysphorie de genre* n'a pas non plus de valeur de maladie en soi (Skagerberg, Davidson, et al., 2013 ; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013).

En particulier, il convient d'évaluer soigneusement si et dans quelle mesure des problèmes de santé mentale coïncidents interfèrent avec la clarté du diagnostic lors de la détermination d'une *incongruité sexuelle ou d'une dysphorie de genre stable/persistante*, ou avec l'indication ou la planification de certaines mesures de traitement (voir chapitre V→

"*Psychothérapie et interventions psychosociales*" et chapitre VII→ "*Pose d'indications pour des interventions médicales modifiant l'état corporel*"). Pour une attitude diagnostique impartiale et une compréhension valide des troubles au cas par cas, il est essentiel à cet égard qu'en cas de problèmes de santé mentale coïncidents, on ne fasse en principe pas de présupposés fondés en premier lieu sur la théorie concernant d'éventuelles directions d'action (co)étiologiques (voir ci-dessous les recommandations consensuelles dans ce chapitre). Les problèmes de santé mentale chez les personnes trans peuvent survenir de manière réactive en tant que problèmes d'adaptation multiples à une incongruité sexuelle existante, mais aussi exister ou être apparus indépendamment de celle-ci. Il convient également d'envisager avec soin la possibilité que d'autres problèmes psychiques puissent entraîner une dysphorie de genre transitoire, en particulier tant que le diagnostic *d'incongruité ou de dysphorie de genre stable/persistante* n'a pas été posé chez une personne trans adolescente.

Les jeunes qui se considèrent comme appartenant au spectre queer ou trans ne sont pas tous, loin s'en faut, des personnes qui se sentent concernées. se présentent comme tels, présentent une *stable/persistant incongruité de genre* ou *dysphorie de genre* présentent ou développeront une telle *dysphorie* (voir chapitre II → " *Variantes des trajectoires de développement*"). D'autre part, les troubles psychiques graves qui peuvent considérablement nuire à la clarté du diagnostic (c o m m e les psychoses ou les troubles complexes de la personnalité avec une diffusion marquée de l'identité) ne constituent pas en soi une preuve de l'absence d'*incongruité sexuelle* ou de *dysphorie de genre stable/persistante*, pas plus que, par exemple, en présence d'un tel trouble grave, une orientation non hétérosexuelle d'une personne ne devrait être considérée comme fondamentalement improbable ou moins crédible. Pour le chapitre suivant, consacré au diagnostic et au diagnostic différentiel des problèmes de santé mentale associés chez les enfants et les adolescents qui se présentent dans les services de santé avec la question en tête, nous avons choisi de nous concentrer sur la question de l'orientation sexuelle. se présentent, si le cas échéant, une nécessité d'un traitement *incongruité de genre* ou bien

Les questions directrices suivantes ont été formulées a priori pour l'élaboration de ces lignes directrices (voir le rapport méthodologique) :

**Questions directrices sur la ligne directrice :**

- Quels sont les domaines de problèmes psychopathologiques liés à l'incongruité sexuelle ou à l'hétérosexualité ?  
Au-delà de la dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent, les praticiens doivent-ils être particulièrement attentifs ?
- Quelle est l'influence des problèmes psychiques associés sur le traitement ?
- Quelles sont les implications pour la procédure de diagnostic et de traitement d'un trouble du spectre de l'autisme coïncidant chez des patients\* mineurs présentant une incongruité ou une dysphorie de genre ?
- Quelle est la procédure diagnostique recommandée en cas d'indices d'incongruité sexuelle, compte tenu des éventuels diagnostics psychiatriques ou psychosomatiques concomitants à prendre en considération ?

## 2. État de la recherche sur les troubles psychiques et la suicidalité

Chez les enfants et les adolescents qui se présentent dans un établissement de santé avec une incongruité de genre ou une dysphorie de genre, les études menées jusqu'à présent ont montré que, dans la majorité des cas, l'IG ou le DG n'était pas précédé d'une autre maladie psychiatrique (Meyer-Bahlburg, 2010 ; Steensma et al., 2011). Néanmoins, chez les jeunes patients qui se présentent dans un établissement clinique spécialisé pour un diagnostic et un traitement, des études ont souvent démontré un large éventail et une forte prévalence de troubles psychopathologiques concomitants. Ceux-ci sont nettement plus prononcés chez les adolescents, c'est-à-dire à partir de la puberté, que chez les enfants. Les troubles psychopathologiques concomitants les plus fréquemment décrits chez les adolescents souffrant d'IG ou de DG sont les *troubles dépressifs, les troubles anxieux, les syndromes de comportement autodestructeur et les tendances suicidaires*. Indépendamment des questions étiologiques qui considèrent cette charge symptomatique comme réactive, préexistante ou co-causale de l'IG ou du TG, il est donc nécessaire d'établir un diagnostic des symptômes psychopathologiques existants, car ceux-ci peuvent interférer avec l'IG ou le TG et le processus de traitement potentiel.

Les paragraphes suivants présentent l'état de la recherche sur les troubles psychiques et la suicidalité chez les enfants et les adolescents. Une distinction est faite entre les études cliniques dites de dossiers (Chart Reviews) et les études d'entretiens (avec les diagnostics cliniques rapportés), les études cliniques par questionnaires (principalement : Child Behavior Checklist/ Youth Self-Report) et les études représentatives de la population, mais qui rapportent presque toutes des données recueillies de manière transversale au moment d'une première présentation ou au début d'un traitement (en général avant le traitement par des mesures de rééquilibrage sexuel). En outre, les résultats de l'enfance (généralement <12 ans) et de l'adolescence (≥12 ans) sont si possible considérés séparément, car une souffrance liée à la dysphorie de genre s'intensifie généralement à partir du début de la puberté en raison du début des processus de maturation irréversibles dans le corps et de la dysphorie corporelle qui augmente constamment de ce fait (Russell, 2003 ; Skagerberg, Davidson, et al., 2013 ; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013 ; Steensma et al., 2011, 2014).

### 2.1. Études cliniques d'entretiens et de dossiers

Environ la moitié des enfants et des adolescents ayant participé aux *études cliniques d'entretiens ou de dossiers* existantes ont reçu au moins *un autre diagnostic psychiatrique* en plus d'une incongruité de genre ou d'une dysphorie de genre diagnostiquée (Becker et al, 2014 ; D. Chen et al., 2017 ; M. Chen et al., 2016 ; Chodzen et al., 2018 ; Di Ceglie et al., 2002 ; Hewitt et al., 2012 ; Holt et al., 2016 ; Kaltiala-Heino et al., 2015 ; Khatchadourian et al., 2014 ; Nahata et al., 2017 ; Spack et al., 2012).

Par exemple, D. Chen et al. (2017) font état d'au moins un diagnostic psychiatrique antérieur ou actuel chez 71% des enfants qu'ils ont examinés et Kaltiala-Heino et al. (2015) chez 75% des adolescents qu'ils ont examinés.

Parmi les diagnostics coïncidents rapportés, on trouve toujours en premier lieu : *les troubles affectifs*, la dépression et les troubles anxieux dans 32 à 78% des cas (Becker et al., 2014 ; D. Chen et al., 2017 ;

M. Chen et al., 2016 ; Chodzen et al., 2018 ; Di Ceglie et al., 2002 ; Holt et al., 2016 ; Kaltiala-Heino et al., 2015 ; Khatchadourian et al., 2014 ; Nahata et al., 2017 ; Olson et al., 2015 ; Peterson et al., 2017 ; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013 ; Spack et al., 2012). L'une des études a même fait état d'anxiété et de dépression chez 100% de la population clinique, mais n'a pas différencié davantage les diagnostics (Hewitt et al., 2012). Des prévalences élevées sont également rapportées chez les jeunes pour les *comportements d'automutilation (non suicidaires), les pensées suicidaires ou les tendances suicidaires* : Les données relatives à une tentative de suicide antérieure (au cours de la vie) se situent entre 9 et 52% (Becker et al., 2014 ; M. Chen et al., 2016 ; Holt et al., 2016 ; Khatchadourian et al., 2014 ; Nahata et al., 2017 ; Peterson et al., 2017 ; Spack et al., 2012). Des tendances suicidaires non différenciées, par exemple sous la forme d'idées suicidaires (sur la durée de vie précédente), et des comportements d'automutilation non différenciés sont rapportés pour 13% à 75% (Becker et al., 2014 ; M. Chen et al., 2016 ; Di Ceglie et al., 2002 ; Holt et al., 2016 ; Kaltiala-Heino et al., 2015 ; Nahata et al., 2017 ; Olson et al., 2015 ; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013 ; Spack et al., 2012).

Dans le cadre des présentes études basées sur les dossiers, il faut tenir compte du fait que la plupart du temps, aucune distinction n'a été faite entre les enfants et les adolescents et que, par conséquent, la prévalence des troubles psychiques rapportés a été plutôt surestimée dans l'enfance et plutôt sous-estimée dans l'adolescence. De plus, l'étude a parfois inclus des jeunes qui avaient déjà commencé un traitement médical de modification corporelle et qui, au moment de l'évaluation, étaient plus ou moins avancés dans leur processus de transition.

## **2.2. Études cliniques par questionnaire avec des enfants et des adolescents au début ou avant un traitement**

Les résultats d'études par questionnaire clinique montrent également que les enfants et les adolescents diagnostiqués avec une incongruité sexuelle ou une dysphorie de genre présentent un niveau plus élevé de troubles psychologiques au début d'un traitement dans une clinique spécialisée.

Bien que les résultats ne soient pas homogènes, les enfants atteints d'IG ou d'IGD semblent en principe moins affectés que les patients\* adolescents, surtout si l'on considère les valeurs de l'échelle *CBCL (Child Behavior Checklist, Achenbach & Ruffle, 2000)* : par rapport à la population normale, les enfants présentaient plus souvent des anomalies psychiques mesurées à l'aide des échelles CBCL,



aussi bien dans le domaine de la santé mentale que dans celui de la santé physique.

Les enfants atteints de TDAH se distinguent également de leurs frères et sœurs sur le plan émotionnel et comportemental (Aitken et al., 2016 ; Cohen-Kettenis et al., 2003 ; Sievert et al., 2021 ; Steensma et al., 2014 ; Zucker et al., 1997). Les valeurs T-norm rapportées dans les études disponibles se situent ainsi dans la zone cliniquement anormale (au-dessus du 90e percentile ; Aitken et al., 2016 ; Cohen-Kettenis et al., 2003 ; Steensma et al., 2014 ; Zucker et al., 1997, 2002) dans jusqu'à 62% des cas pendant l'enfance.

De même, de nombreuses études par questionnaire portant sur des échantillons d'adolescents souffrant d'IG ou de TG et s'étant adressés à un service clinique spécialisé dans l'IG ou le TG montrent des niveaux élevés d'anomalies psychologiques dans la zone cliniquement pertinente (de Graaf et al., 2018 ; de Vries et al., 2016 ; Levitan et al., 2019 ; Shiffman et al., 2016 ; Skagerberg, Davidson, et al., 2013 ; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013 ; Zucker et al., 2002, 2012) : 45 à 82% des adolescents présentaient des anomalies externalisantes telles que des problèmes de comportement social et des troubles du contrôle des impulsions et/ou des symptômes internalisants tels que des humeurs anxieuses et dépressives, une tendance à la somatisation et un comportement de retrait social.

Dans les différents pays, on observe un schéma similaire dans les domaines problématiques : tant dans l'enfance que dans l'adolescence, les problèmes internalisés sont plus souvent rapportés à l'aide du CBCL que les problèmes externalisés (Cohen-Kettenis et al., 2003 ; de Graaf et al., 2018 ; de Vries et al., 2016 ; Levitan et al., 2019 ; Röder et al., 2018 ; Sievert et al., 2021 ; Skagerberg, Davidson, et al., 2013 ; Skagerberg et al., 2015 ; Steensma et al., 2014 ; Zucker et al., 1997, 2012). Cela signifie que, dans cette population, un *niveau plus élevé d'anxiété, de dépression et de formation de symptômes psychosomatiques* est rapporté et, en comparaison, *relativement moins de problèmes de comportement agressifs ou externalisés*.

Si, à la place d'instruments de dépistage comme le CBCL, on utilise *des inventaires de tests diagnostiques spécifiques aux troubles*, comme par exemple le BDI (*inventaire de dépression de Beck*, Beck et al., 2011), comme des *entretiens cliniques standardisés*, le modèle des résultats des études par questionnaires se confirme : dans l'entretien clinique avec des parents d'enfants souffrant d'IG ou de TG, Wallien et al. (2007) enregistrent un diagnostic psychiatrique supplémentaire pour 52% d'entre eux, les troubles internalisants (avec 37%) étant plus fréquents que les troubles externalisants (avec 23%). Dans l'étude de Kolbuck et al. (2019), 37% des enfants âgés de 3 à 11 ans ont reçu au moins un autre diagnostic psychiatrique en plus du diagnostic d'IG ou de DG.

Des études par entretien et par questionnaire ont également montré que les troubles affectifs (anxiété et dépression dans jusqu'à 48% des cas) sont particulièrement fréquents chez les adolescents (Chodzen et al., 2018 ; de Vries et al., 2011). Olson et al. (2015) font état de dépressions mesurées à l'aide du BDI pour 35% des jeunes, de pensées suicidaires pour 51% et de tentatives de suicide pour

30% (*sur toute la durée de vie*).

*Les comportements d'automutilation (non suicidaires) et les tendances suicidaires* sont également rapportés aussi fréquemment dans les études cliniques par questionnaire mentionnées que dans les études cliniques par dossier (voir Surace et al., 2020 pour une méta-analyse des études cliniques ; Aitken et al., 2016 ; Arcelus et al., 2016 ; Fisher et al., 2017) : Dans une méta-analyse de Surace et al., (2020), des comportements d'automutilation sont rapportés en moyenne pour 28% de tous les enfants, adolescents et jeunes adultes présentant un diagnostic d'IG ou de DG en consultation clinique, des pensées suicidaires pour 28% et des tentatives de suicide pour 15% des cas étudiés (sur l'ensemble de la vie passée).

Dans leur échantillon clinique d'*enfants* avec un diagnostic d'IG ou de TG, Aitken et al. (2016) rapportent des comportements d'automutilation/tentatives de suicide dans 19% des cas et des pensées suicidaires dans 19% des cas. Ainsi, pour les enfants atteints d'IG ou de DG, le nombre de taux d'automutilation et de suicide est, en raison de l'âge, certes encore plus faible par rapport aux adolescents, mais significativement plus élevé que dans la population normale non clinique. Pour les *jeunes* atteints d'IG ou de DG, Arcelus et al. (2016) font même état de 46% de comportements d'automutilation non suicidaires (sur toute la durée de vie).

### **2.3. Enquêtes non cliniques auprès d'enfants et d'adolescents**

Les enquêtes naturalistes menées à partir d'échantillons de jeunes trans issus d'institutions d'aide à la jeunesse (en dehors d'un contexte de recours clinique) rapportent des résultats similaires à ceux rapportés à partir d'échantillons cliniques : Ces études indiquent également un **risque généralement plus élevé de problèmes psychologiques, de dépression, de comportements d'automutilation et de tendances suicidaires** (Becerra-Culqui et al., 2018 ; Clark et al., 2014 ; Grossman & D'Augelli, 2007 ; Katz-Wise et al., 2018 ; MacMullin et al., 2020 ; Nahata et al., 2017 ; Perez- Brumer et al., 2017 ; Peterson et al., 2017 ; Reisner et al., 2015 ; Taliaferro et al., 2018 ; van Beijsterveldt et al., 2006 ; Veale et al., 2017). Il convient ici de tenir compte du fait que ces populations n'avaient généralement *pas* reçu de *diagnostic d'IG ou de DG*, mais avaient été identifiées par des auto-descriptions moins spécifiques ("transgenres").

Dans ces études également, la dépression et les tendances suicidaires font partie des anomalies psychologiques les plus fréquemment rapportées (Becerra-Culqui et al., 2018 ; Clark et al., 2014 ; Reisner et al., 2015). Les prévalences les plus élevées de symptômes dépressifs sont rapportées pour 41% des jeunes élèves\* transgenres interrogés (Clark et al., 2014) et pour 51% dans un centre d'entraide (Reisner et al., 2015). Certains auteurs\* comme Becerra-Culqui et al. (2018) rapportent en outre des prévalences accrues de TDAH.

Pour les enfants issus d'un centre d'entraide qui présentent ce que l'on appelle un "vécu et un comportement non conforme au genre", on rapporte des pourcentages allant de 9,1% (tentative de

suicide ou automutilation) à 6,8% (pensées suicidaires), similaires à ceux des études cliniques sur l'IG ou l'IG dans l'enfance (MacMullin et al., 2020).

*Des comportements d'automutilation (non suicidaires) répétés* sont rapportés entre 2% et 75% et des *pensées suicidaires* entre 5 et 65% des jeunes trans interrogés dans des échantillons représentatifs de la population (pour la période des 12 derniers mois) (Becerra- Culqui et al., 2018 ; Gower et al., 2018 ; Perez-Brumer et al., 2017 ; Taliaferro et al., 2018 ; Veale et al., 2017) et entre 12 et 49 % (comportement d'automutilation) et entre 25 et 84 % (pensées suicidaires) des jeunes recrutés dans des institutions de protection de la jeunesse (*pour la période des 12 derniers mois* ; Grossman & D'Augelli, 2007 ; Katz-Wise et al., 2018 ; Kuper et al., 2018 ; Reisner et al., 2015 ; Ross-Reed et al., 2019).

#### **2.4. Troubles alimentaires/ image corporelle**

D'autres domaines problématiques, tels que les troubles alimentaires ou les troubles de l'image corporelle, ne sont que rarement examinés ou nommés dans les études mentionnées (13% de problèmes alimentaires chez Holt et al., 2016, et 2% de troubles alimentaires chez Kaltiala-Heino et al., 2015), bien qu'une image corporelle négative ait été rapportée pour des échantillons de jeunes atteints d'IG ou de DG dans des études sur le comportement alimentaire et/ou l'image corporelle (Becker et al., 2018 ; McGuire et al., 2016). De plus, l'influence de l'image corporelle sur la qualité de vie est évidente, en particulier chez les jeunes souffrant d'IG ou de DG (Peterson et al., 2017 ; Röder et al., 2018). Par exemple, Guss et al. (2017) ont rapporté que les jeunes trans étaient plus susceptibles d'adopter des comportements malsains en ce qui concerne la modification de leur poids corporel.

#### **2.5. anomalies du domaine du spectre de l'autisme ("neurodiversité")**

Environ 25 études quantitatives menées au cours des 10 dernières années indiquent que l'IG et l'IG se chevauchent de manière aléatoire avec les troubles du spectre autistique. Cela a été décrit principalement pour les enfants et les adolescents, mais aussi de manière isolée pour l'âge adulte (Herrmann et al., 2021). L'apparition fréquente de symptômes de TSA chez des personnes souffrant d'IG ou de DG est décrite, tout comme dans la constellation inverse (coïncidence bidirectionnelle). Dans la littérature anglo-américaine, ce chevauchement symptomatique avec des symptômes typiques de l'autisme est discuté entre autres sous le terme anglais *de neurodiversité*, qui a été introduit dans des travaux originaux pertinents sur cette thématique particulière (Strang et al., 2019 ; Van Vlerken et al., 2020) et qui est également utilisé dans le chapitre correspondant de la ligne directrice internationale de la WPATH<sup>1</sup> (Coleman et al. 2022). Le terme "neurodiversité" n'étant pas établi dans la littérature médicale francophone sur les troubles du spectre autistique, il n'est pas utilisé dans ce contexte dans la présente ligne directrice.

---

<sup>1</sup> WPATH : Association professionnelle mondiale pour la santé des transgenres

Selon le DSM-5, les critères de diagnostic d'un trouble du spectre autistique (TSA) sont entre autres : des déficits persistants et cohérents de la communication et de l'interaction sociales (critère A), **des** modèles de comportement, des intérêts ou des activités restreints et répétitifs (critère B), une présence des symptômes depuis la petite enfance (critère C), ainsi qu'une souffrance ou une altération dans plusieurs domaines fonctionnels (critère D). L'ancienne distinction entre les différents sous-groupes de troubles autistiques (par exemple le syndrome d'Asperger, l'autisme infantile précoce) a été abandonnée, d'abord dans le système de classification américain (DSM-5), puis au niveau international (CIM-11 de l'OMS), et remplacée par le concept de TSA.

Cependant, la grande majorité des publications actuelles n'étudient que *les manifestations subcliniques* de l'un des deux phénomènes (TSA ou GI ou GD) dans une population clinique de l'autre groupe de diagnostics. Par exemple, on a étudié la fréquence de *l'expérience non conforme au genre ou de la variance de genre (VG)* dans des échantillons cliniques de diagnostics de TSA et de ce que l'on appelle les *"traits autistiques"* chez les enfants et les adolescents diagnostiqués avec un TIG ou un TC.

### **2.5.1. Symptômes de dysphorie de genre chez les patients\* TCA**

D'un point de vue méthodologique, on a souvent utilisé ici quelques items individuels dans des questionnaires destinés aux parents (le plus souvent CBCL) pour identifier des anomalies dans le vécu de genre chez les enfants et les adolescents atteints de TSA (May et al., 2017 ; Strang et al., 2014 ; van der Miesen et al., 2018). Il s'est avéré que la prévalence du vécu non conforme au genre était plus élevée (4-6,5%) chez les enfants et les adolescents avec un diagnostic de TSA. Il est toutefois possible que les troubles du développement et les troubles psychiques présentent en général une prévalence accrue de comportements non conformes au genre (May et al., 2017), ce qui a déjà été rapporté par exemple pour le TDAH (Strang et al., 2014 ; Thrower et al., 2020).

### **2.5.2. Symptômes de TCA chez les patients\* présentant une incongruité/dysphorie de genre**

Cinq études empiriques ont montré que 4,7 à 13,3 % de tous les enfants et adolescents qui se présentent dans des consultations spécialisées en raison d'une suspicion d'IG ou de DG ont également reçu un diagnostic de TSA, la plupart du temps, seuls les dossiers des patients\* ont été évalués (Herrmann et al., 2020).

Si l'on utilise des instruments de dépistage des TSA chez les enfants et les adolescents atteints d'IG ou de DG, 14,5 à 68,0% des enfants et des adolescents ont obtenu des valeurs de cut-off supérieures à la valeur seuil. Cela ne doit en aucun cas être assimilé à un diagnostic de TSA, mais décrit simplement une perception accrue de traits autistiques chez les parents des enfants et adolescents atteints de DG, mais qui peuvent également apparaître dans le cadre d'autres diagnostics psychiatriques (par ex. difficultés d'interaction sociale en cas de phobie sociale). En raison de leur faible

spécificité, l'utilisation de questionnaires de dépistage des TSA n'est actuellement explicitement recommandée que lorsqu'il existe des signes cliniques de TSA.



des indices pour la présence éventuelle d'un diagnostic de TSA (AWMF-S3-Leitlinie zur Diagnostik von ASS).

### **2.5.3. TCA coïncidant avec une incongruité sexuelle ou une dysphorie de genre diagnostiquée**

Jusqu'à présent, trois études quantitatives ont effectivement examiné la présence coïncidente des deux diagnostics. La fréquence des diagnostics de TSA confirmés chez les enfants et les adolescents avec un DG diagnostiqué a été respectivement estimée à 7,8 %, 5,2 % et 6,3 % (de Vries et al., 2010 ; Nahata et al., 2017 ; Spack et al., 2012). Étant donné que les personnes concernées par les deux diagnostics sont probablement présentées en clinique avec une urgence accrue en raison de problèmes psychosociaux multiples (surtout dans les établissements spécialisés dans l'IG ou le DG étudiés ici), un "biais de présentation" a notamment été discuté comme limite à la représentativité des fréquences rapportées.

### **2.5.4. Diagnostic différentiel versus coïncidence**

La littérature existante montre une prévalence accrue aussi bien des "traits autistiques" chez les enfants et adolescents atteints d'IG ou de DG que de la variance de genre ou du vécu non conforme au genre chez les enfants et adolescents atteints de TSA (chevauchement bidirectionnel des phénomènes de comportement non conforme au genre et du spectre autistique). Un tel lien est également rapporté pour un chevauchement aléatoire des diagnostics confirmés de TSA et de GI ou GD, bien que la fréquence soit moindre (aperçu chez Van Der Miesen et al., 2016).

Tant les TSA que les TIG ou les TD présentent des déficits d'intégration sociale. Le développement psychosexuel est plus difficile, en particulier à l'adolescence, et une pensée rigide et une préoccupation excessive pour des domaines spécifiques peuvent déterminer le tableau clinique dans les deux cas. Les "*traits autistiques*" décrits à un niveau subclinique (c'est-à-dire sans qu'il y ait de TSA, par exemple sous la forme de difficultés de communication et d'interaction chez les patients\* atteints d'IG ou de DG) pourraient donc également indiquer une intégration sociale difficile ou une phobie sociale. Outre les difficultés liées à l'autisme et les retards dans le développement psychosexuel, une faible conformité générale aux rôles, typique des personnes autistes, ainsi qu'une faible expression des différences psychosociales dans les rôles sexuels qui en découle, sont discutées comme explication possible d'un *comportement non conforme aux genres* plus fréquent, c'est-à-dire sans présence d'une IG ou d'une DG, chez les patients\* atteints de TSA (Wattel et al., 2022).

Dans la pratique clinique, il existe toutefois un sous-groupe de patients qui présentent de manière persistante et durable le tableau diagnostique complet d'une incongruité de genre et d'un TCA. Dans ce cas, on ne peut pas parler de chevauchement des symptômes, mais d'une véritable coïncidence. Le risque de sous-diagnostic et de non-traitement ou de traitement erroné

est présent pour les deux diagnostics, lorsque des symptômes qui durent trop longtemps sont attribués à tort au premier phénomène diagnostiqué. Ce sous-groupe de porteurs du double diagnostic TSA et GI ou GD doit être considéré comme particulièrement vulnérable, notamment en raison du risque d'isolement social, qui peut être considérablement renforcé par les deux phénomènes. Mais il faut également mentionner le risque accru d'un accès plus difficile à un traitement spécialisé, lié d'une part au risque mentionné d'une méconnaissance ou d'une non-reconnaissance prolongée de l'existence d'un double diagnostic coïncidant par les soignants, et d'autre part à la nécessité éventuelle d'intégrer l'expertise clinique des deux diagnostics dans un plan de traitement (voir les recommandations ci-dessous).

## **2.6. Psychopathologie associée après une transition sociale dans l'enfance**

Certaines études ont examiné des enfants atteints d'IG ou de DG qui, avant la puberté, avaient déjà effectué un changement complet de rôle social dans tous les domaines de la vie quotidienne avec le soutien de leurs tuteurs. Chez ces enfants, aucune augmentation significative de la fréquence des troubles psychiques n'a été constatée par rapport à la population normale moyenne (voir chapitre III → "*Changement de rôle social pendant l'enfance*").

## **2.7. Psychopathologie associée après une transition sociale et après des mesures de médecine physique à l'adolescence**

Les études de suivi portant sur des personnes transgenres en transition ayant bénéficié d'interventions somatomédicales échelonnées (blocage de la puberté, traitement hormonal de réassignation sexuelle et opérations) à partir de l'adolescence fournissent des preuves cohérentes d'une évolution favorable de la santé mentale et de la qualité de vie, bien que les résultats des études ne soient pas homogènes en ce qui concerne l'ampleur des anomalies psychopathologiques persistantes à l'âge adulte (voir la présentation détaillée de l'état des études au chapitre VII → "*Indications des interventions médicales de modification corporelle*").

## **2.8. Approches explicatives de l'apparition de troubles psychiques chez les enfants et les adolescents présentant une incongruité ou une dysphorie de genre**

Les résultats des études, pour la plupart transversales, sur la prévalence et la gravité des troubles psychologiques associés chez les adolescents souffrant d'IG ou de DG ne permettent pas de déterminer dans quelle mesure la psychopathologie associée est la conséquence du stress lié à la dysphorie de genre, ni dans quelle mesure les troubles psychologiques associés sont la conséquence

d'un stress lié à la dysphorie de genre.

les troubles psychiques peuvent être apparus indépendamment de l'IG ou du DG. En conséquence, il n'est pas possible de déterminer dans quelle mesure les troubles psychiques réactifs supposés consécutifs à un DG sont dus à des expériences environnementales aversives au sens d'une acceptation sociale insuffisante de la transsexualité (ce que l'on appelle le stress des minorités, voir ci-dessous) et/ou à la dysphorie liée au corps à partir de l'entrée en puberté.

Certaines des études résumées ici font état de liens entre un niveau accru de troubles psychiques et des prédicteurs possibles et les ont analysés statistiquement en tant qu'éléments d'explication possibles : un certain nombre d'études font référence au lien entre des problèmes psychiques généralement plus élevés et des expériences de discrimination fondées sur l'identité sexuelle propre ou l'apparence physique (Aitken et al., 2016 ; Arcelus et al., 2016). Cela s'explique par le *modèle de stress des minorités* (Meyer, 1995, 2003, 2015), qui décrit fondamentalement comment le stress psychologique peut se développer à partir d'une multitude de circonstances interpersonnelles et/ou sociales. Selon ce modèle, le stress que vivent surtout les minorités (par exemple les personnes appartenant au spectre LSBTIQ) résulte des contraintes et des conflits que ces personnes vivent avec leur environnement (Arcelus et al., 2016). L'intolérance sociale ou culturelle à l'égard des personnes apparaissant comme non conformes au genre favorise les expériences de discrimination ou de victimisation chez les personnes transgenres (pour l'état des études, voir à ce sujet le chapitre IX → "*Interaction professionnelle et approche sensible à la discrimination avec les enfants et les jeunes non conformes au genre*"). Étant donné que les enfants et les adolescents présentant une IG ou une DG persistante se trouvent à l'extrémité d'un spectre de genre non conforme ("queer"), on peut supposer qu'ils sont exposés à un risque accru d'expériences aversives correspondantes avec l'environnement social (Van Der Miesen et al., 2016) (voir les explications au chapitre IX → "*Interaction professionnelle et approche sensible à la discrimination des enfants et des adolescents non conformes au genre*" et au chapitre V → "*Psychothérapie et interventions psychosociales*").

Une telle relation a été examinée dans des études, notamment à l'aide d'un *indice de relations de pair à pair (Poor Peer Relations Index)* : Dans les études rapportées ci-après à ce sujet, les expériences négatives dans les relations avec les pairs étaient le prédicteur le plus important dans la prédiction des troubles psychiques aussi bien chez les enfants que chez les adolescents souffrant d'IG ou de DG (Aitken et al., 2016 ; de Graaf et al., 2018 ; de Vries et al., 2016 ; Levitan et al., 2019 ; Sievert et al., 2021 ; Steensma et al., 2014). Shiffman et al. (2016) ont également trouvé trois autres corrélats statistiquement significatifs de problèmes émotionnels et comportementaux généraux chez les jeunes atteints d'IG ou de DG : 1. les expériences d'exclusion sociale dues à la transsexualité, 2. d'autres expériences d'exclusion, et 3. moins d'amitiés\*.

Bien que la victimisation soit plus souvent rapportée chez les adolescents trans que chez les enfants concernés, ces expériences aversives se produisent parfois dès l'enfance, ce qui signifie peut-être un risque accru d'effets négatifs sur la santé mentale à long terme (Katz-Wise et al., 2018 ; Ross-Reed et al., 2019 ; Steensma et al., 2014). Ainsi, les études de Kuper et al. (2018) et de Perez-Brumer et al. (2017) rapportent unanimement que les expériences de victimisation et les symptômes dépressifs étaient les facteurs prédictifs les plus forts pour les pensées suicidaires chez les jeunes transgenres.

Les jeunes présentant un diagnostic d'IG ou de DG et un comportement d'automutilation non suicidaire présentent également des troubles psychologiques généraux et une estime de soi plus faible (Arcelus et al., 2016). La majorité de ces jeunes (avec un comportement automutilant) rapportent avoir souffert davantage de discrimination ou de problèmes interpersonnels personnels dans le passé que ceux qui n'ont pas de comportement automutilant.

Cependant, les études sur les relations entre pairs pendant l'enfance et l'adolescence menées par Aitken et al. (2016), de Vries et al. (2016), MacMullin et al. (2020), Steensma et al. (2014) et Zucker et al. (1997) indiquent également que les mauvaises relations entre pairs peuvent également être l'expression de problèmes psychosociaux plus importants en général et, par conséquent, d'une plus grande perturbation mentale. Certains auteurs\* indiquent par exemple pour l'enfance que l'exclusion et la présence d'expériences négatives avec l'entourage ne suffisent pas à expliquer exclusivement le développement de troubles psychiques, mais que l'expérience d'une IG ou d'une DG peut être en soi un puissant facteur de stress aversif permanent (Aitken et al., 2016 ; Bockting, 2016 ; Grossman & D'Augelli, 2007 ; MacMullin et al., 2020 ; Zucker et al., 2012). Aitken et al. (2016) et MacMullin et al. (2020) trouvent également un lien entre des problèmes émotionnels et comportementaux généralement plus élevés et la présence de tendances suicidaires, qui atténue l'influence des relations avec les pairs lorsque les deux facteurs sont pris en compte simultanément. Les auteurs\* concluent que l'expérience de l'IG ou de la DG peut, en soi, représenter un niveau de stress élevé pour les jeunes.

Par ailleurs, le *stress lié aux minorités* peut également être vécu au sein de la propre famille, comme l'a montré l'étude de Grossman et al. (2005). Dans cette étude, les jeunes rapportent qu'entre 53% et 63% des parents ont réagi négativement à leur propre vécu et comportement non conforme aux normes de genre. Les auteurs\* concluent ici aussi qu'il existe un lien entre le bien-être psychique et le vécu de stress dû à des réactions négatives dans l'environnement familial. Ce résultat a été répliqué à l'aide d'études récentes sur l'importance de la propre famille (Kolbuck et al., 2019 ; Levitan et al., 2019 ; Sievert et al., 2021 ; Simons et al., 2013) et est pris en compte dans un chapitre spécifique de cette ligne directrice (voir chapitre VI → "*Prise en compte de l'environnement familial*").

*environnement relationnel et dynamique familiale*"). Kolbuck et al. (2019) indiquent en outre que les parents d'enfants souffrant d'IG ou de DG peuvent eux-mêmes être exposés à un *stress lié aux minorités*.

Le rôle des enseignants\* et de l'école ne doit pas non plus être négligé : Alors que les jeunes transgenres rapportent davantage de victimisation et de problèmes ou une qualité de vie réduite dans le contexte scolaire (Röder et al., 2018 ; Shiffman et al., 2016 ; Toomey et al., 2010), l'expérience d'un soutien scolaire semble être associée à une fréquence moindre de victimisation et de comportement d'automutilation rapportés (Ross-Reed et al., 2019).

Dans l'ensemble, les causes exactes et les corrélats des troubles psychiques ainsi que leur interaction interdépendante chez les enfants et les adolescents souffrant d'IG ou de DG n'ont pas encore été suffisamment étudiés. Des auteurs comme Bockting (2016), de Vries et al. (2016) et Smith et al. (2001) soulignent que l'expérience durable de l'incongruité entre l'identité de genre perçue et l'apparence extérieure marquée par les caractéristiques physiques du sexe (dysphorie de genre liée au corps) agit déjà comme un puissant stresser persistant chez les jeunes concernés. De plus, Röder et al. (2018) soulignent le lien entre la satisfaction vis-à-vis de son propre corps et la qualité de vie chez les jeunes atteints d'IG ou de DG. En outre, les études empiriques ne permettent pas de tirer des conclusions généralisables sur les liens de cause à effet. En d'autres termes, il n'est pas possible de déterminer de manière générale dans quelle mesure les anomalies psychiques que l'on rencontre plus fréquemment chez les jeunes trans avec ou sans diagnostic d'IG ou de DG doivent être considérées comme la conséquence d'une exposition au stress essentiellement réactive, ou dans quelle mesure elles sont souvent l'expression d'une psychopathologie primaire ou apparue indépendamment d'une IG ou d'un DG, au cours de laquelle peuvent également apparaître des symptômes passagers de dysphorie de genre, sans qu'il en résulte une IG ou un DG stable/persistant.

### 3. Déclarations et recommandations

#### 3.1. Déclarations sur l'état des connaissances scientifiques

Sur la base de la revue systématique de la littérature présentée dans les paragraphes précédents, la commission des lignes directrices a approuvé les deux affirmations suivantes concernant l'état des connaissances :

<p><b>IV. E1.</b> Il y a de études transversales des preuves de la situation actuelle que sur le site les enfants et adolescents dysphoriques de genre dans les établissements de santé Les femmes qui se présentent à l'hôpital présentent souvent des symptômes psychopathologiques cliniquement significatifs qui vont au-delà de la souffrance liée à la dysphorie de genre.</p>
--

Preuve forte : plus de 20 études significatives avec un nombre de cas et une qualité méthodologique suffisants (Aitken et al., 2016 ; Arcelus et al., 2016 ; Becker et al., 2014 ; Chen et al., 2016 ; Chen et al., 2017 ; Chodzen et al., 2018 ; de Graaf et al., 2018 ; de Vries et al., 2011 ; de Vries et al., 2016 ; Di Ceglie et al., 2002 ; Fisher et al., 2017 ; Hewitt et al., 2012 ; Holt et al., 2016 ; Kaltiala-Heino et al., 2015 ; Khatchadourian et al., 2014 ; Nahata et al., 2017 ; Olson et al., 2015 ; Peterson et al., 2017 ; Shiffman et al., 2016 ; Skagerberg, Davidson, et al., 2013 ; Skagerberg, Parkinson, et al., 2013 ; Spack et al., 2012 ; Surace et al., 2020 ; Zucker et al.)

---

Consensus fort (> 95%)

---

**IV. E2.** Il existe des indices selon lesquels des anomalies psychopathologiques cliniquement significatives, qui sont associés à une incongruité sexuelle ou à une dysphorie de genre pendant l'enfance et l'adolescence, et qui vont au-delà d'une souffrance GD rapportée, sont plus fréquentes chez les adolescents après l'entrée dans la puberté que chez les enfants prépubères.

Preuve de niveau moyen : comparaison des résultats de plus de 10 études avec un nombre de cas et une qualité méthodologique suffisants (Aitken et al., 2016 ; Arcelus et al., 2016, Cohen-Kettenis et al., 2003 ; de Graaf et al., 2018 ; de Vries et al., 2016 ; Kolbuck et al., 2019 ; Shiffman et al., 2016 ; Skagerberg et al., 2013 ; Steensma et al., 2014 ; Wallien et al., 2007 ; Zucker et al., 1997, Zucker et al., 2002).

---

fort consensus (> 95%)

---

Remarque : en cas d'IG persistante, les adolescents concernés font souvent état, à partir de la puberté, d'une forte augmentation de la souffrance physique liée à la dysphorie de genre, qui entraîne un stress prononcé et persistant. Cette souffrance liée au corps ne joue souvent pas ou peu de rôle chez les enfants non conformes au genre avant la puberté, en particulier lorsqu'ils se sentent socialement acceptés dans l'appartenance sexuelle qu'ils ressentent. On peut considérer qu'il s'agit là d'un facteur important expliquant le risque nettement plus élevé de maladie psychique chez les jeunes dysphoriques de genre.

D'une manière générale, il convient de relativiser le fait que les formations de symptômes psychopathologiques sont généralement plus fréquentes à l'adolescence qu'à l'enfance, ce qui s'explique par la vulnérabilité particulière de ce groupe d'âge en rapport avec la maîtrise des tâches de développement psychosociales et psychosexuelles de la puberté.

## 3.2. Recommandations

### 3.2.1. Recommandations générales

Sur la base des connaissances présentées dans les paragraphes précédents, des observations cliniques et des expériences de traitement des experts participant à l'élaboration des lignes directrices, nous formulons les recommandations suivantes, basées sur un consensus, pour la démarche diagnostique et thérapeutique chez les enfants et les adolescents qui consultent dans un contexte de soins de santé pour une IG ou un DG potentiellement existant ou en cours de développement.

---

*Recommandation basée sur le consensus :*

---

**IV. K1.** Chez les enfants et les adolescents qui se présentent pour un diagnostic et/ou un traitement en raison d'une incongruité sexuelle ou d'une dysphorie de genre (IG/DS), il convient de procéder à un diagnostic pédopsychiatrique ou psychothérapeutique complet s'il existe des indices d'anomalies psychiques ou psychopathologiques cliniquement significatives. Dans ce cadre, il convient de déterminer avec soin l'origine des anomalies signalées ainsi que leurs éventuelles interactions avec l'IG ou le DG.

Consensus fort (> 95%)

---

Explication : s'il n'y a pas d'indices de particularités psychiques ou psychopathologiques cliniquement significatives et qu'aucun traitement psychothérapeutique n'est souhaité, aucune mesure diagnostique supplémentaire n'est nécessaire dans un premier temps. Ainsi, un conseil général axé sur le développement ou un soutien consultatif pour la préparation d'essais de rôles sociaux ne nécessitent pas de diagnostic pédopsychiatrique ou psychologique préalable. Cela n'est toutefois valable que s'il n'y a pas de demande de traitement médical de modification corporelle. Pour toute indication d'intervention médicale (p. ex. blocage de la puberté ou traitement hormonal de rééquilibrage sexuel), une évaluation diagnostique complète (*assessment*) est une condition sine qua non, même en l'absence actuelle de symptômes psychopathologiques : elle est nécessaire aussi bien pour obtenir une certitude diagnostique suffisante de l'existence d'une IG stable/persistante que pour déterminer si un autre trouble psychique est présent et, le cas échéant, doit être pris en charge. De même, cette évaluation diagnostique est nécessaire pour déterminer la capacité de consentement/de discernement/de décision (*capacity for informed consent*) (voir chapitre VII → "*Pose d'indications pour des interventions médicales de modification corporelle*").



---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**IV. K2.** Lorsqu'un diagnostic pédopsychiatrique ou psychothérapeutique est posé chez des enfants et des adolescents présentant une incongruité ou une dysphorie de genre (incongruence ou dysphorie de genre), il convient de recueillir une anamnèse du développement antérieur, sur la base de laquelle le début et l'évolution des perceptions de soi incongrues de genre et, le cas échéant, des symptômes de dysphorie de genre qui les accompagnent, seront soigneusement retracés.

---

Consensus fort (> 95%)

---

Explication : cette recommandation s'applique indépendamment de la raison et de l'objectif d'un diagnostic psychiatrique ou psychologique pour enfants et adolescents (clarification diagnostique de symptômes psychopathologiques, indication pour une psychothérapie ou indication pour des interventions somatomédicales).

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**IV. C3.** lors d'un diagnostic pédopsychiatrique ou psychothérapeutique d'enfants et d'adolescents présentant une incongruité sexuelle ou une dysphorie de genre, il convient de prendre en compte de manière ciblée la présence éventuelle d'une dépression, d'un trouble anxieux ainsi que d'un comportement d'automutilation et de tendances suicidaires nécessitant un traitement.

---

Consensus fort (> 95%)

---

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**IV.** Si un trouble mental nécessitant un traitement est diagnostiqué en association avec une incongruité sexuelle ou une dysphorie de genre (IG/DS) chez l'enfant ou l'adolescent, un traitement spécialisé doit être proposé. Celui-ci doit être conçu de manière individuelle dans le cadre d'un plan de traitement qui inclut, le cas échéant, des mesures de traitement spécifiques à l'IG/DG indiquées.

Consensus fort (> 95%)

---

Explication : le traitement d'un trouble mental diagnostiqué doit être spécifique à ce trouble, conformément aux normes des lignes directrices applicables. Toutefois, ce traitement ne peut généralement pas être dissocié de la souffrance psychique qui existe en cas d'IG ou de DG persistants. Dans le cadre d'un modèle de trouble à élaborer individuellement, une telle souffrance liée à la dysphorie de genre doit être considérée comme un facteur de stress durable et étiologiquement significatif, sans l'adressage approprié duquel, dans le cadre d'un plan de traitement intégré, les seules interventions psychothérapeutiques ou pharmacothérapeutiques, axées par exemple sur une symptomatologie cible anxieuse ou dépressive, n'ont souvent pas d'effet suffisant, selon l'expérience clinique majoritaire des experts participant à l'élaboration des lignes directrices.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**IV.** Lors de l'évaluation diagnostique de symptômes psychopathologiques ou de troubles psychiques associés à une incongruité de genre ou à une dysphorie de genre (IG/DG), les soignants devraient éviter de faire des suppositions générales sur les liens de cause à effet. Au lieu de cela, il convient d'essayer, dans le cadre d'un dialogue ouvert avec les patients\*, de développer un modèle de trouble spécifique à chaque cas en ce qui concerne les symptômes et les troubles psychopathologiques. ( → voir chapitre V sur la psychothérapie)

Consensus fort (> 95%)

---

Explication : en présence d'une IG diagnostiquée, on peut supposer que la dysphorie de genre qui en résulte, associée à des expériences sociales aversives (*minority stress*), peut être un facteur de stress étiologiquement significatif, mais qu'il convient de vérifier au cas par cas dans le cadre du processus diagnostique. Symptômes psychopathologiques

peuvent également apparaître indépendamment d'une IG ou d'un DG existant(e) ou exister avant la prise de conscience d'un sentiment d'incongruité de genre. De même, certains troubles psychiques, même s'ils sont co-conditionnés par le facteur de stress d'un DG, peuvent développer une dynamique propre qui perpétue le trouble, comme par exemple dans le cas de troubles de la toxicomanie, de troubles alimentaires ou de phobies sociales marquées avec absentéisme scolaire. La possibilité qu'un trouble psychique primaire accompagné d'une insécurité identitaire générale marquée et/ou d'une diffusion identitaire puisse entraîner une symptomatologie temporaire de dysphorie de genre qui ne persiste pas au cours de l'évolution ultérieure doit également être prise en considération au cas par cas et, le cas échéant, être soigneusement examinée dans le cadre du processus diagnostique. Si, par exemple, un trouble de la personnalité avec une diffusion marquée de l'identité est présent dans un cas particulier, cela peut certes rendre l'évaluation diagnostique nettement plus difficile et nécessiter un processus diagnostique plus long. Cependant, une supposition "automatique" selon laquelle il n'y a pas d'IG persistante dans un tel cas n'est pas non plus justifiée et doit, le cas échéant, être vérifiée de manière critique au cours de l'évolution.

### **3.2.2. Recommandations spéciales en cas de signes de coexistence de troubles du spectre autistique (TSA)**

Le diagnostic et l'accompagnement des personnes concernées en cas d'indices d'un double diagnostic coïncidant de TSA et d'IC ou de DG sont généralement complexes et prennent beaucoup de temps. Les particularités liées à l'autisme peuvent compliquer et retarder considérablement le diagnostic différentiel, l'accompagnement et le traitement des jeunes qui se présentent avec des indices de la présence d'un TIG ou d'un DG. En présence d'un diagnostic d'IG ou de DG posé de manière professionnelle, un diagnostic de TSA coïncidant ne justifie pas que les mesures médicales souhaitées pour soutenir une transition sociale soient généralement retardées ou non indiquées.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**IV. C6** Les enfants et les adolescents qui consultent pour des symptômes de dysphorie de genre doivent être examinés pour détecter la présence éventuelle d'un trouble du spectre autistique. En cas de suspicion de troubles du spectre autistique, **il convient de** procéder conformément aux recommandations du guide S3 "Troubles du spectre autistique chez l'enfant et l'adolescent, partie 1 : Diagnostic" (AWMF Reg. n° 028-018).

Consensus fort (> 95%)

---

Explication : un chevauchement diagnostique entre ASA et GI ou GD est certes très fréquent, mais rare dans l'absolu. Un dépistage généralisé de l'autisme n'est donc pas nécessaire s'il n'y a pas d'indices cliniques de la présence possible d'un TSA. En revanche, s'il existe des indices cliniques de la présence possible d'un TSA, un diagnostic de l'autisme conforme aux directives doit être initié, sachant qu'il appartient au spécialiste chargé de l'examen de décider de faire précéder le diagnostic d'un instrument de dépistage ou de demander directement un diagnostic standardisé de l'autisme en cas de suspicion clinique déjà suffisamment claire de TSA.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**IV. C7 :** Si les enfants et les adolescents présentant une incongruité de genre ou une dysphorie de genre sont également diagnostiqués avec un trouble du spectre autistique, l'accompagnement professionnel devrait faire appel à l'expertise des deux domaines.

Consensus fort (> 95%)

---

Explication : en cas de double diagnostic, les particularités spécifiques des deux domaines doivent être prises en compte à moyen et à long terme pour une planification professionnelle du traitement ultérieur. Cela signifie que l'expertise clinique spécifique à l'autisme est indispensable à la compréhension du cas et au traitement de l'IG ou du DG, et inversement.

#### 4. Résumé :

##### **Procédure diagnostique en cas d'indices d'incongruité sexuelle, en tenant compte des éventuels diagnostics psychiatriques associés**

Lors du diagnostic de l'incongruité sexuelle (IG), il faut tenir compte du fait que celle-ci n'est pas définie comme un trouble psychique selon la CIM-11. Le diagnostic est donc établi selon la CIM-11 dans le sens d'une "*condition*" ayant une incidence sur la santé. Les déclarations réfléchies et authentiques des patients sur leur identité de genre non conforme ainsi que leur persistance dans le temps à l'adolescence après la puberté sont déterminantes pour le diagnostic. Les troubles psychiques souvent associés à l'IG, lorsqu'ils sont pris en compte dans le diagnostic différentiel, ne doivent pas être considérés comme des "diagnostics d'exclusion" - ni dans le sens où, en présence d'un tel diagnostic, cela s'opposerait à l'hypothèse d'une IG, ni dans le sens où ils ne seraient pas pris en compte dans le diagnostic différentiel.

doivent être exclus avant de pouvoir poser un diagnostic d'IG. Dans le cas de troubles psychiques qui s'accompagnent par exemple d'une symptomatologie d'insatisfaction corporelle, d'insécurité identitaire ou d'anxiété sociale, il peut arriver au cours de l'évolution que les jeunes s'identifient temporairement de manière non conforme au genre, sans que cela ne débouche sur une IG persistante. D'autre part, une IG persistante peut, au fil du temps, provoquer une insécurité identitaire, une insatisfaction corporelle, des symptômes d'anxiété et d'autres symptômes secondaires. Dans chaque cas, l'évaluation diagnostique doit donc être effectuée avec soin sur la base de l'ensemble des résultats et de l'évolution des symptômes psychopathologiques concomitants. L'IG n'étant pas définie comme un trouble mental (voir ci-dessus), cette directive n'utilise pas le terme "trouble comorbide", mais plutôt les termes "trouble mental *coïncidant*" ou "trouble mental *associé* à l'IG".

Les considérations de diagnostic différentiel dans le sens d'une évaluation diagnostique différenciée des troubles psychiques associés en cas de présence présumée d'une IG sont importantes, car elles peuvent interférer, le cas échéant, avec plusieurs aspects importants pour les décisions de traitement, à savoir entre autres

- avec la clarté diagnostique concernant les renseignements personnels sur l'identité de genre perçue (p. ex. en cas de symptômes dépressifs graves avec diffusion de l'identité),
- avec la clarté diagnostique concernant l'insatisfaction corporelle exprimée (par exemple en cas de troubles alimentaires),
- avec la stabilité de l'identité sexuelle dans le temps (p. ex. en cas de troubles instables de la personnalité),
- avec la constatation de la capacité de consentement (D)/ de discernement (CH)/ de décision (A) sur la base d'un consentement éclairé (par exemple, en cas de troubles mentaux avec rétrécissement cognitif ou instabilité émotionnelle marquée),
- présentant des contre-indications médicales aux traitements hormonaux (par exemple en cas d'anorexie avec insuffisance pondérale importante ou de troubles psychiques avec affectivité et impulsivité marquées).

La procédure recommandée pour poser l'indication de mesures médicales de modification corporelle en cas d'IG persistante diagnostiquée est décrite au → *chapitre VII*. Dans de nombreux cas, cette démarche est déjà précédée d'un diagnostic psychiatrique ou psychothérapeutique approfondi en raison de problèmes de santé mentale associés. Nous résumons ici les principes et les étapes importants d'une procédure diagnostique intégrée, exposés dans le chapitre précédent :

1. En l'absence de symptômes psychopathologiques, la suspicion d'une incongruité sexuelle ne justifie pas en soi la nécessité d'un diagnostic psychiatrique ou psychothérapeutique. En particulier, en l'absence de symptômes psychopathologiques, il n'est pas nécessaire d'établir un diagnostic différentiel ou d'exclusion.
2. En revanche, la réalisation d'un diagnostic pédopsychiatrique ou psychothérapeutique est toujours indiquée en cas de suspicion d'incongruité sexuelle, si *l'une des trois raisons suivantes* est présente :
  - a. Il existe dans l'anamnèse et les résultats psychopathologiques des indices d'un trouble psychique nécessitant un traitement, qui doit éventuellement être considéré en interaction avec l'incongruité de genre ( → cf. *recommandation IV. K1 précitée*). Dans ce cas, la procédure diagnostique suit le standard de lignes directrices correspondant au trouble mental envisagé (p. ex. dépression, trouble anxieux, trouble alimentaire ou trouble du spectre autistique). Un modèle de trouble individualisé doit être élaboré avec les patient(e)s\*, qui tienne compte des différentes possibilités de relations de cause à effet et de relations réactives entre les symptômes psychopathologiques d'une part et la souffrance dysphorique liée au sexe d'autre part (→ cf. *recommandation IV. K5 précitée*). Les troubles psychiques coïncidents fréquents et importants pour le diagnostic différentiel sont énumérés dans le tableau 3 ci-dessous.
  - b. Il existe un désir d'accompagnement psychothérapeutique. Dans ce cas, la démarche diagnostique suit les principes psychothérapeutiques habituels pour une pose d'indication et une formulation d'objectif professionnelles ( voir explications au chapitre V→ "*Psychothérapie et interventions psychosociales*").
  - c. Il existe un désir de traitement médical de modification corporelle ou une telle indication est envisagée. Dans ce cas, un diagnostic détaillé, tenant compte des troubles psychiques éventuellement associés, est une condition indispensable pour poser l'indication de manière professionnelle (voir les explications au chapitre VII→ "*Pose de l'indication pour des interventions médicales de modification corporelle*").

Tableau. 3 :

<i>Diagnostiques différentiels et troubles coïncidents fréquents en cas d'incongruité sexuelle</i>
Troubles dépressifs
Phobies sociales
Troubles de la personnalité avec diffusion de l'identité
Troubles alimentaires
Syndromes suicidaires
Syndromes de comportement autodestructeur
Troubles du spectre autistique

3. Pour établir le diagnostic clinique d'une IG persistante en tant que facteur de santé, il est nécessaire de disposer d'une base de données de patients.

"Condition" sans valeur de maladie psychique selon la CIM-11, il n'existe pas d'instruments de diagnostic standardisés. L'établissement du diagnostic se fonde principalement sur l'exploration narrative du vécu personnel des patients sur une longue période. Les professionnels de la santé et de la psychothérapie peuvent s'appuyer sur les critères diagnostiques de la CIM-11 (voir chapitre VII→ "*Indications pour les interventions médicales de modification corporelle*"), selon lesquels il existe une *incongruité marquée et persistante dans le temps entre le sexe ressenti par une personne et le sexe qui lui est attribué*, qui justifie le souhait réfléchi d'une transition vécue durablement et socialement acceptée. Si des mesures médicales de modification corporelle sont envisagées en lien avec un tel souhait de transition, il convient, avant de poser l'indication, d'explorer de manière approfondie avec la personne en quête de traitement la persistance de ce sentiment prononcé, en tenant compte de son histoire de développement et de vie jusqu'à présent, et en intégrant la perspective des titulaires de l'autorité parentale (voir chapitre VII→ "*Pose de l'indication pour des interventions médicales de modification corporelle*", recommandation VII. C3). Dans ce contexte, il est nécessaire, du côté du professionnel de la psychothérapie, d'avoir des connaissances étendues sur l'étendue des variations des évolutions chez les enfants et

adolescents non conformes aux normes de genre. Cela inclut des connaissances sur les formes d'évolution qui sont liées à une



la désistance ou la détransition (voir chapitre II→ "Variantes de développement").  
cf. recommandations II. K1 et II K2).

4. Les critères diagnostiques de la *dysphorie de genre à l'adolescence et à l'âge adulte selon le DSM-5* peuvent être utilisés en complément pour l'évaluation diagnostique standardisée du degré de dysphorie de genre dans le cas d'une IG (voir la liste au chapitre VII→ "Indication d'interventions médicales de modification corporelle"). Quatre instruments de questionnaire en langue anglaise validés pour l'adolescence sont en outre établis à l'échelle internationale pour l'évaluation des symptômes de dysphorie de genre, dont deux ont été validés dans une traduction en langue allemande (voir tableau 4 ci-dessous). De tels questionnaires de symptômes sont inutiles pour le diagnostic clinique, car ils n'apportent pas de plus-value diagnostique valable par rapport aux critères cliniques du DSM-5 dans les cas individuels. Jusqu'à présent, ils ont surtout été utilisés dans le cadre d'études de cohorte pour mesurer l'expression des symptômes et leur évolution.

Tableau 4 : Instruments de questionnaire validés pour l'évaluation des symptômes de dysphorie de genre (d'après Bloom et al., 2021 ; Bowman et al., 2022).

Instrument	Auteurs	Année	Pays	Perspective	Validation allemande
Questionnaire sur la diversité des genres (GDQ)	Twist & de Graaf	2019	UK	Rapport d'auto-évaluation	non
Questionnaire sur l'identité de genre pour les enfants (GIQ)	Johnson et al. tiers	2004	Canada	Rapport de par les parents	non
Identité de genre/dysphorie de genre	Deogracias et al.	2007	Canada	Rapport personnel	Oui*
Questionnaire pour adolescents et adultes (GI/GDQ-AA)					
Échelle de dysphorie de genre d'Utrecht (UGDS)	Steensma et al.	2013	Pays-Bas	Auto-rapport	Oui*

\*Schneider et al., 2016

Le diagnostic d'un trouble mental coïncidant peut interférer avec la clarté du diagnostic lors de l'évaluation de l'IG, mais il n'exclut pas en soi la présence d'une IG et ne constitue pas non plus une contre-indication en soi aux interventions de modification corporelle. Les interférences possibles entre une IG avec des symptômes dysphoriques liés au sexe et un trouble mental coïncidant peuvent être

multiple et doit être évaluée soigneusement (voir chapitre 10 de l'annexe de ce manuel). diagnostic plus long afin de clarifier l'approche du traitement.

de l'évaluation. Deux exemples de cas illustrent la complexité du processus diagnostique. peut être un processus. Dans la pratique clinique, des constellations de cas similaires peuvent bien entendu prendre une toute autre tournure.

*Cas 1 : Brian 16-21 ans,*

*Troubles du spectre autistique et incongruité sexuelle*

Brian est un adolescent de 16 ans avec un sentiment de transsexualisme (féminin vers masculin) qui, vivant à l'époque encore socialement dans le rôle de la fille, est inscrit dans une consultation spéciale pour incongruité sexuelle. Brian communique très peu avec l'examinatrice, tout en maintenant le contact visuel. Son langage semble simple. Il communique clairement qu'il se sent garçon, mais n'a aucune idée de la manière dont cela pourrait se traduire dans la vie quotidienne. Dans un premier temps, il veut garder son prénom de fille, car il l'a déjà utilisé.

"depuis si longtemps" et qu'il lui convenait. Il souffre néanmoins beaucoup du fait que son entourage ne le reconnaisse pas comme un garçon sous son nom de jeune fille. La dysphorie corporelle est très prononcée. Il aimerait avoir une voix grave, une pilosité masculine, une barbe et plus de muscles sur les bras et le torse. De plus, il souffre énormément de ses règles et de la vue de sa poitrine féminine. Il est socialement isolé depuis son enfance et a toujours eu de gros problèmes de résultats scolaires, notamment dans les matières linguistiques. L'anamnèse du développement de Brian et de ses parents donne l'image d'une identité de genre masculine stable depuis la petite enfance, mais sans désir clairement exprimé jusqu'à présent d'entreprendre des démarches de transition.

S'ensuit une phase d'accompagnement psychothérapeutique d'un an. On constate alors un grand écart entre, d'une part, une grande souffrance liée à la dysphorie de genre et, d'autre part, une grande peur du changement. Brian et sa famille sont conseillés de prendre beaucoup de temps pour le processus de prise de décision à venir. On l'aide à bien préparer les étapes qu'il souhaite franchir. Brian décide finalement d'abandonner le nom féminin et de prendre un prénom masculin. Une évaluation diagnostique détaillée a permis de poser les diagnostics suivants :

1. *incongruité sexuelle persistante* ; 2. *trouble du spectre autistique* ; 3. *intelligence moyenne*.

Dans le processus thérapeutique, il semble important d'élaborer avec Brian dans quelle mesure l'ambivalence persistante pendant plusieurs années face aux étapes de la transition pourrait être liée à une insécurité de soi par rapport à son identité de genre ou plutôt à une peur du changement et à des angoisses sociales résultant de symptômes autistiques. A l'âge de 18 ans, Brian décide de suivre un traitement à la testostérone, pour lequel l'indication psychiatrique pour adolescents est posée. Il souhaite en outre vivement subir une mastectomie. Il pleure souvent de désespoir lors des séances, mais n'arrive pas à se décider pour une opération pendant plus de deux ans, car il a très peur de cette étape. Il est à nouveau soutenu pour prendre son temps avant de prendre une décision.

Rétrospectivement, Brian n'a jamais remis en question son identité de genre. Depuis sa plus tendre enfance, il était

de l'évaluation. Deux exemples de cas illustrent la complexité du processus diagnostique. conscient d'être une personne de sexe masculin. Il avait besoin d'un accompagnement ouvert pendant des années pour savoir quelles étaient les mesures qui lui convenaient. Il s'inscrit à une réunion de préparation à la mastectomie.

puis se désinscrit, pour se réinscrire un an plus tard. A 20 ans, il abandonne l'opération sur indication psychiatrique. Le suivi à l'âge de 21 ans révèle une grande satisfaction quant aux mesures de réassignation sexuelle prises, à savoir le traitement hormonal et la mastectomie. Brian vit en couple avec un jeune homme.

*Cas 2 : Nick, 15-20 ans,*

*Anorexie et incongruité sexuelle*

Nick, 15 ans, qui vit déjà dans le sexe masculin, est inscrit pour une consultation pédopsychiatrique en raison d'une anorexie mentale restrictive qui se chronicise depuis l'âge de 12 ans et qui a déjà conduit à plusieurs séjours en clinique. Nick, dont le sexe assigné à la naissance était une femme, explique qu'il se sent comme un garçon. Il ne l'a cependant jamais exprimé lors de ses précédents séjours en clinique. L'histoire de son développement fait état de comportements et de goûts typiquement masculins dans l'enfance, sans qu'il ait jamais exprimé explicitement le souhait d'entreprendre une transition à cet égard. Ce n'est qu'à la puberté qu'est apparue une dysphorie corporelle marquée concernant toutes les caractéristiques sexuelles secondaires féminines. Dans le cadre d'un suivi psychothérapeutique de longue durée, le développement de l'identité sexuelle au cours de la vie et les raisons de la dysphorie corporelle font l'objet d'une réflexion. Il s'agit d'explorer dans quelle mesure le trouble alimentaire doit être compris comme une réaction à une dysphorie de genre ou si, au contraire, le rejet du rôle sexuel féminin pourrait plutôt être compris comme l'expression d'un conflit de maturation psychosexuelle dans le cadre du trouble alimentaire. Il apparaît de plus en plus clairement que l'identité sexuelle masculine existait déjà depuis l'enfance et qu'il n'était donc pas possible pour Nick de vivre le développement physique féminin de manière congruente avec sa personne. Nick peut d'une part décrire l'origine du trouble alimentaire en relation avec son identité de genre, mais il peut d'autre part aussi clairement reconnaître que le trouble alimentaire a entre-temps pris une forte dynamique propre. Il différencie son insatisfaction corporelle en fonction de différentes caractéristiques physiques : Le ventre se sent "trop gros", les seins comme "fondamentalement faux et inadaptés". Après un accompagnement psychothérapeutique d'un an, l'indication d'un blocage de la puberté est posée conformément au souhait de Nick. Il s'avère alors que la prise de poids est très rapide, après que l'on ait fait miroiter à Nick un développement physique masculin congruent avec son identité. Après quatre ans d'évolution du trouble alimentaire, Nick parvient à prendre du poids de manière stable jusqu'au 25<sup>e</sup> percentile de l'IMC. A l'âge de 17 ans, il décide de suivre un traitement à la testostérone tout en conservant un poids normal stable, après avoir posé l'indication correspondante, et à 18 ans, il opte pour une mastectomie. Le suivi à 20 ans révèle une identité masculine toujours stable, une grande satisfaction des mesures de rééquilibrage sexuel et une rémission complète du trouble alimentaire.

# Chapitre V

## Psychothérapie et interventions psychosociales

- 1. Introduction et questions directrices**
- 2. Conditions générales des offres psychothérapeutiques**
  - 2.1 Digression : évolution historique des attitudes et concepts psychothérapeutiques de base
- 3. Études d'observation sur les interventions psychothérapeutiques**
- 4. Attitude professionnelle lors de l'accompagnement psychothérapeutique d'adolescents non-conformes, incongruents et dysphoriques quant au genre**
  - 4.1 Compréhension non binaire du genre
  - 4.2 Attitude d'acceptation et d'ouverture d'esprit
  - 4.3 Refus des objectifs thérapeutiques "réparateurs"
  - 4.4 Attitude affirmative
  - 4.5 connaissance ou demande d'expériences spécifiques aux trans
  - 4.6 Réflexion sur le rôle thérapeutique et expérience personnelle
- 5. Tâches et objectifs des interventions psychothérapeutiques auprès des jeunes non conformes, incongruents et dysphoriques en matière de genre**
  - 5.1 Implication des parents et d'autres personnes de référence de la famille
  - 5.2 Soutien à l'auto-exploration et à la découverte de soi des jeunes non conformistes en matière de genre
  - 5.3 Acceptation de soi et traitement de la négativité trans internalisée
  - 5.4 Soutien psychothérapeutique lors de la mise à l'épreuve des rôles et du changement de rôle
  - 5.5 Ouverture au doute, aux parcours résistants et à la possibilité d'une détransition ultérieure
  - 5.6 Traitement de thèmes relatifs à l'image corporelle et au rapport au corps
  - 5.7 Amour, partenariat et sexualité
  - 5.8 Gestion des sentiments négatifs en cas de dysphorie de genre persistante
  - 5.9 Soutien au développement d'une capacité de consentement pleine et entière pour des mesures somatomédicales

## 1. Introduction et questions directrices

Les recommandations professionnelles actuelles concernant les interventions psychothérapeutiques auprès des enfants et des adolescents qui se présentent dans le système d'aide professionnelle avec des signes d'une éventuelle incongruité sexuelle (IG) ou d'une dysphorie de genre (DG) révèlent une divergence remarquable. D'une part, on souligne sans conteste que l'offre d'un soutien psychothérapeutique est très importante. Dans les recommandations de traitement des décennies précédentes, le suivi d'une psychothérapie pour les personnes trans était même défini comme une condition obligatoire pour l'accès à des mesures médicales de modification corporelle.<sup>1</sup> D'un autre côté, les recommandations actuelles en la matière ne définissent que peu ou pas du tout quelles interventions devaient contenir un soutien psychothérapeutique des personnes trans ou quels objectifs thérapeutiques étaient judicieux ou non. En d'autres termes, la psychothérapie est souvent recommandée, mais reste généralement une "boîte noire" dans les recommandations.

En partant du diagnostic d'une IG selon la CIM-11 (Organisation mondiale de la santé, 2022), aucune indication ou recommandation pour des mesures psychothérapeutiques n'en découle dans un premier temps, puisqu'il ne s'agit pas d'un trouble psychique. L'offre d'une psychothérapie au sens strict de la directive sur la psychothérapie nécessite donc, au cas par cas, une indication séparée justifiée par l'existence d'un trouble psychique digne d'être traité comme une maladie (voir ci-dessous). Néanmoins, un accompagnement psychothérapeutique du processus pour soutenir le développement de l'identité sexuelle et son intégration réussie dans le développement global de la personnalité semble souvent judicieux. Les personnes en quête de traitement le souhaitent souvent et y ont recours. Il convient de tenir compte de la diversité et de la complexité des thèmes de développement de l'enfant et de l'adolescent, qui dépassent généralement largement la question du genre, en particulier en ce qui concerne le *développement global de l'identité à l'adolescence* (Seiffge-Krenke, 2021).

La structure et le contenu de ce chapitre ont pour objectif principal de mettre à la disposition des professionnels de la psychothérapie un large éventail d'informations issues de la littérature spécialisée, sans pour autant réglementer une procédure particulière. Les explications se concentrent donc sur les *attitudes professionnelles* à réfléchir, ainsi que sur les *objectifs possibles et judicieux des interventions psychothérapeutiques*, qui doivent être adaptés au cas par cas aux patients et aux clients.

---

<sup>1</sup> Le guide d'expertise publié en 2020 par le Service médical de l'Association des caisses d'assurance maladie (BGA-MDS ; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2020), dont l'auteur\* n'est pas transparent, cette conception obsolète est toujours défendue, bien qu'elle ne soit pas compatible avec l'état des connaissances scientifiques présentées dans le guide S3 actuel pour l'âge adulte *Incongruence de genre, dysphorie de genre*

*et trans\*santé* (AMWF, 2018), ni avec l'éthique professionnelle des psychothérapeutes\*.



et de leurs proches. Seules quelques recommandations ont été approuvées et mises en avant par la commission des lignes directrices.

### Questions directrices sur la ligne directrice :

- 
- Dans quelle mesure la psychothérapie peut-elle/doit-elle être recommandée de manière contraignante et à quels endroits de l'accompagnement professionnel des personnes en quête de traitement ?
  - Quelles différenciations entre la psychothérapie et le conseil en santé mentale à basse fréquence peuvent être spécifiées ?
  - Comment se présente un accompagnement professionnel conforme aux lignes directrices pour les patients\* qui ne souhaitent pas ou n'ont pas besoin d'une psychothérapie ?
  - Quels sont les objectifs pertinents des interventions psychothérapeutiques auprès des jeunes présentant une incongruité ou une dysphorie de genre ?
  - Quels sont les objectifs des interventions psychothérapeutiques qui sont obsolètes dans ce contexte ?
- 

## 2. Conditions générales des offres psychothérapeutiques

Dans la pratique, les offres psychothérapeutiques pour les enfants et les adolescents non conformes aux normes de genre ne se limitent pas à la psychothérapie de référence, mais comprennent un large éventail d'interventions. Afin de différencier les offres psychothérapeutiques qualifiées en conséquence des autres offres *de conseil psychosocial* pour les personnes trans, nous les définissons comme suit dans les explications de ce chapitre :

Définition :

Par *soutien psychothérapeutique* pour les enfants et les adolescents qui se présentent avec des signes d'IG ou de DG, on entend toutes les offres de soins professionnels qui sont fournies par des spécialistes autorisés ayant une qualification psychothérapeutique confirmée, dans le but de maintenir ou d'améliorer la santé psychique.

Il s'agit en particulier d'offres d'entretiens psychiatriques et psychothérapeutiques à basse fréquence qui sont proposées dans le cadre d'un accompagnement professionnel du processus pour soutenir une transition sociale et/ou pour accompagner des soins médicaux.

Les étapes de la transition doivent être proposées par des professionnels qualifiés en psychothérapie. L'indication d'une psychothérapie au sens strict de la directive sur la psychothérapie se fonde au cas par cas sur les symptômes existants, le préjudice psychosocial qui y est lié, la souffrance subjective et le souhait d'un soutien psychothérapeutique. Étant donné que la présence d'une incongruité sexuelle selon la CIM-11 (Organisation mondiale de la santé, 2022) ne constitue pas en soi un trouble psychique, il convient, le cas échéant, de toujours poser un diagnostic autonome d'un trouble psychique qui guide l'indication thérapeutique et dans lequel il est possible, le cas échéant, d'inclure un état de souffrance dysphorique lié au sexe, par ex. trouble dépressif, trouble anxieux, phobie sociale, <sup>F542</sup>, etc.

Cette procédure est également recommandée pour la période de transition restante, pendant laquelle les diagnostics sont encore codés selon la CIM-10 (Organisation mondiale de la santé, 2019) dans la pratique des soins. Il est ainsi tenu compte du fait que le passage à la CIM-11 dans la pratique de codage aura probablement lieu pendant la durée de validité de cette ligne directrice. En outre, les concepts de troubles sur lesquels reposent les diagnostics F64 de la CIM-10 (troubles de l'identité sexuelle) sont obsolètes.

Il est contraire à l'éthique et obsolète d'obliger les personnes en quête de traitement à suivre une psychothérapie, par exemple comme condition préalable à l'accès à des mesures somatomédicales d'adaptation au sexe. Le guide S3 de l'AWMF pour l'âge adulte donne à ce sujet la recommandation suivante, basée sur un consensus :

"La psychothérapie ne doit pas être utilisée sans indication spécifique et ne doit en aucun cas être considérée comme un préalable aux traitements de modification corporelle. L'indication doit être posée conformément aux directives de la psychothérapie" (AWMF, 2018, p. 45).

La ligne directrice internationale *Standards of Care, version 8* de la World Professional Association for Transgender Health (2022) formule à ce sujet la recommandation suivante :

"Nous recommandons aux professionnels de la santé de ne pas prescrire obligatoirement une psychothérapie pour les personnes transgenres et les personnes non conformes au genre avant d'entamer un traitement de réassignation sexuelle. Ce faisant, nous reconnaissons que la psychothérapie peut être utile pour certains transgenres et personnes non conformes en matière de genre". (S. 177).

**Recommandation basée sur un consensus (tiré du préambule de la ligne directrice) :**

---

<sup>2</sup>F54 : facteurs psychologiques dans les maladies classées ailleurs

**V. K1. Un soutien psychothérapeutique doit être proposé à bas seuil et mis à la disposition des personnes en quête d'un traitement en tant que soutien et accompagnement, par exemple pour la découverte ouverte de soi, pour le renforcement de la confiance en soi, pour la maîtrise des expériences de discrimination ou pour la préparation psychique et le suivi des étapes du processus de transition. L'obligation de suivre une psychothérapie comme condition d'accès à un traitement somatomédical ne se justifie pas sur le plan éthique pour des raisons de respect de la dignité et de l'autodétermination de la personne.**

Dans le cadre de l'accompagnement professionnel des processus de découverte de soi et de transition des enfants et adolescents atteints d'IG ou de DG, il existe certains aspects spécifiques qui, selon les cas, peuvent justifier une offre de soutien psychothérapeutique en raison d'un risque accru pour la santé psychique, si la personne le souhaite :

- Lors du développement progressif de la puberté, des modifications corporelles irréversibles et l'exacerbation des souffrances liées à la dysphorie de genre qui en découle peuvent mettre la pression sur le temps pour prendre des décisions de traitement concernant des interventions somatomédicales. Pour leur préparation psychique et la pose d'indications médicales, des processus de clarification accompagnés par une psychothérapie peuvent être nécessaires (p. ex. en cas de processus d'identification identitaire encore ouvert ou fluide à l'adolescence ou pour soutenir le développement d'une capacité de consentement suffisante).
- Le pronostic de santé mentale en cas d'IG ou de DG dépend de manière décisive de l'expérience de soutien émotionnel de la famille. Lorsque l'IG d'un enfant entraîne des conflits dans la relation parent-enfant, les personnes concernées en sont durablement affectées, ce qui peut nécessiter un soutien psychothérapeutique.
- Le pronostic de santé psychique dépend de manière décisive de l'expérience de soutien social et d'acceptation dans l'environnement de vie, ce qui nécessite généralement aussi un outing social sûr de soi ("ne plus se cacher"), dont la préparation réussie nécessite souvent un soutien psychothérapeutique.
- En tant que membres d'une minorité de genre, les personnes souffrant d'IG sont souvent confrontées au *stress lié à la minorité* dans leur environnement, ce qui entraîne un risque accru de problèmes de santé mentale et nécessite souvent un soutien psychothérapeutique pour y faire face.
- Une transition sociale associée, le cas échéant, à des interventions somatomédicales à l'adolescence se déroule en plusieurs étapes sur plusieurs années. Celles-ci doivent être menées en interaction

avec l'environnement social doivent être préparées et traitées psychiquement afin de pouvoir être intégrées dans le développement de l'identité psychosexuelle et psychosociale. Un soutien psychothérapeutique permet souvent de mieux y parvenir. La réussite de cette intégration psychique semble à son tour susceptible de réduire le risque d'un sentiment de perturbation ultérieur ("une partie de moi manque en quelque sorte"), comme cela est parfois rapporté lors de souhaits ultérieurs de détransition de personnes trans adultes.

- Il semble judicieux de promouvoir la stabilité et la cohérence de son propre sentiment d'appartenance à un sexe, en particulier en cas d'incertitude entre la conviction intérieure et la vivabilité dans le contexte social des relations.

Günther, Teren & Wolf (2021) expliquent à ce sujet : "Le fait que des enfants et des adolescents vivent des expériences de genre ou de transsexualité ne permet pas à lui seul de déduire un besoin de psychothérapie. Cependant, une psychothérapie [au sens large du terme] peut être utile pour aider ces enfants et ces jeunes à surmonter les défis spécifiques auxquels ils sont confrontés dans leur contexte familial, scolaire et social" (p. 254).

Cette forme d'accompagnement de processus orienté vers le soutien et le développement, qui peut aussi être

peut contenir des éléments psychoéducatifs, explique Dietrich (2021) :

"Dans l'accompagnement psychothérapeutique des transitions à l'adolescence, il convient en outre d'adopter une approche orientée vers le processus. et basé sur les individuel et changeant besoins spécifiques de la personne en quête de traitement. [...] nous ne pouvons pas [...] donner un plan de traitement strict, un objectif défini, mais nous devons l'élaborer avec le jeune. Ainsi, le jeune devrait être informé de manière approfondie et complète sur toutes les étapes [...] Une telle approche signifie également que les thérapeutes sont en mesure d'accepter la nature processuelle du développement en tant que tel". (p. 19-20) Outre la recommandation non spécifique d'un soutien psychothérapeutique, la littérature spécialisée ne donne que peu d'indications sur la manière dont les *aspects spécifiques* susmentionnés, qui peuvent être pertinents dans le cadre d'un accompagnement psychothérapeutique d'enfants et d'adolescents souffrant d'IG ou de DG, doivent être abordés et mis en œuvre dans le cadre d'interventions psychothérapeutiques. Il n'existe pas de recommandations basées sur des preuves à ce sujet. La procédure à suivre dans chaque cas particulier doit donc être développée et organisée de manière individualisée et en fonction des besoins de la personne en quête de traitement. Pour cette ligne directrice, nous avons, sur la base d'un examen approfondi des recommandations de lignes directrices existantes, des résultats d'études et d'autres ouvrages pertinents, identifié quelques aspects importants pour l'application et la conception d'interventions

psychothérapeutiques dans le sens d'une approche actuelle. "State of the Art" qui peut servir d'orientation et d'incitation aux professionnels de la psychothérapie. Étant donné que l'ensemble de la littérature scientifique ne permet pas, à ce jour, de formuler des recommandations spécifiques pour des interventions concrètes ou des procédures ou méthodes thérapeutiques, il convient de se référer à la littérature existante.

Dans les paragraphes suivants, nous nous concentrons sur les aspects importants d'une *attitude psychothérapeutique* ainsi que sur les *objectifs définissables* des interventions psychothérapeutiques qui sont pertinents dans ce domaine.

---

Recommandation basée sur le consensus :

**V. K2.** Lorsque des jeunes non conformistes en matière de genre recherchent un soutien psychothérapeutique, le format (setting, fréquence, etc.) et les objectifs doivent s'orienter sur les besoins individuels. Les objectifs doivent être discutés de manière transparente entre le professionnel de la psychothérapie et la personne en quête de traitement et faire l'objet d'un accord mutuel.

---

Consensus : fort consensus (> 95%)

---

## **2.1 Digression : développement historique des attitudes et concepts psychothérapeutiques de base :**

Différentes revues narratives des décennies précédentes décrivent trois concepts en partie contradictoires dans le traitement des enfants et des adolescents souffrant de dysphorie de genre, qui reposaient chacun sur une attitude spécifiquement définie. (Korte et al., 2016 ; Leibowitz & Telingator, 2012 ; Menvielle & Gomez-Lobo, 2011 ; J. Olson et al., 2011 ; Spivey & Edwards-Leeper, 2019 ; Vance et al., 2014). Ces trois concepts illustrent un développement historique de "formes pures" prototypiques, qui reposaient sur différentes hypothèses théoriques sur la base desquelles chaque attitude a été justifiée :

1. Le modèle "**Live in your own skin**" de Zucker et al. (2012). Ce modèle part de l'hypothèse que le "cerveau du genre" des enfants est encore malléable, l'objectif principal étant que l'enfant puisse encore apprendre à accepter son sexe de naissance afin de pouvoir se protéger lui-même de la stigmatisation et du rejet ultérieurs. L'offre de psychothérapie s'adressait donc aux parents et à l'enfant en recommandant de retirer et de remplacer les jouets typiques du sexe, de modifier le choix des camarades de jeu et de renforcer les contacts entre le parent du même sexe. Cela s'est accompagné d'une réduction des contacts avec l'autre parent. Ce modèle est considéré comme historiquement dépassé et obsolète, tant en ce qui concerne les hypothèses étiologiques que les objectifs thérapeutiques et les interventions recommandés. Une telle approche de la part des soignants ne serait pas acceptable aujourd'hui.

Le recours à la GPA est non seulement considéré comme contraire à l'éthique, mais il serait également punissable en Allemagne s'il était utilisé dans l'intention de modifier le sentiment d'appartenance d'un enfant à un sexe donné dans un sens défini<sup>3</sup>.

2. Le modèle "**Watchful waiting**" a été développé par l'équipe néerlandaise de Cohen-Kettenis (1994). En substance, ce modèle prévoyait une phase suffisamment longue d'accompagnement d'un enfant ou d'un adolescent, au cours de laquelle il s'agissait de soutenir une **auto-exploration ouverte sur l'identité** de genre. Il ne s'agissait pas de "guider" l'enfant dans une certaine direction, mais de l'encourager à faire des essais afin de trouver la voie la plus cohérente avec son vécu identitaire intérieur. Dans ce concept, il a été recommandé que les enfants qui présentaient déjà une IG avant la puberté assistent au moins aux débuts de la puberté afin de découvrir, sous l'impression d'un développement pubertaire entamé, comment l'expérience identitaire évolue, c'est-à-dire si l'IG persiste ou non dans le sens d'une identité trans qui se consolide de manière stable. Il s'agit d'une sorte d'"observation dans le temps", associée au conseil selon lequel l'enfant ne s'est pas encore fixé de rôle sexuel dans tous les domaines de la vie vis-à-vis du monde extérieur. L'offre de psychothérapie prévoyait également de créer des niches sûres dans l'espace privé de l'enfant, dans lesquelles il pourrait vivre partiellement son comportement transsexuel. La recommandation inhérente à cette approche d'éviter une "fixation" éventuellement prématurée à une identification de rôle transgenre, en particulier dans l'enfance, était portée par l'hypothèse qu'un retour ultérieur au rôle social de sexe attribué à la naissance (*retransition*) ne pourrait être que très difficilement maîtrisé sur le plan psychique en cas de désistance ultérieure de l'IG. Il n'existe toutefois aucune preuve empirique à l'appui de cette hypothèse, mais uniquement des rapports d'observations cliniques correspondantes dans quelques cas isolés datant de décennies antérieures, dans lesquels une telle transition à l'adolescence s'est accompagnée de troubles psychopathologiques (Steensma et al., 2013). Dans ces cas, on ne sait toutefois pas exactement quels facteurs familiaux ou sociaux ont pu contribuer à cette situation. Entre-temps, il existe des études d'évolution portant sur un plus grand nombre de cas d'enfants qui ont déjà effectué un changement complet de rôle social avant leur puberté (voir chapitre III → "*Changement de rôle social pendant l'enfance*"). Leurs résultats - également sur les parcours avec d'une transition de retour - plaident contre ces réserves fondamentales à l'égard des transitions sociales dans l'enfance (Olson et al., 2022).

---

<sup>3</sup> La "loi sur l'interdiction des traitements de conversion", adoptée en 2020 par le Bundestag et le Bundesrat, interdit notamment toute offre thérapeutique à des personnes de moins de 18 ans qui "vise à modifier ou à supprimer l'orientation sexuelle ou l'identité sexuelle auto-déclarée" (§1, BGBl. I p. 1285).



3. Le modèle "**Gender affirmative**", qui comprend également différentes interventions psychosociales, recommande de valider le sentiment d'appartenance sexuelle d'un enfant et d'adopter une attitude affirmative à son égard (Ehrensaft, 2017 ; J. Olson et al., 2011 ; Spivey & Edwards-Leeper, 2019). S'ils le souhaitent, l'enfant et les parents sont soutenus, le cas échéant avant la puberté, dans la réalisation d'une transition sociale de l'enfant dans tous les domaines de la vie, y compris la garderie et l'école. Ce modèle met en avant l'individualisation de la prise en charge et l'absence de modèles thérapeutiques rigides.

Selon la situation clinique individuelle sur le chemin de la découverte de soi jusqu'à l'accompagnement d'une sortie sociale, la plupart des recommandations et approches actuelles se réfèrent implicitement ou explicitement à des aspects du modèle thérapeutique "Watchful Waiting" ainsi que du modèle thérapeutique "Gender-affirmative".

L'avis de Korte et al. (2016) constitue une exception dans l'évaluation des modèles de psychothérapie mentionnés. Les auteurs considèrent l'approche affirmative comme défavorable, car elle se fonde sur des hypothèses de base non prouvées empiriquement et renforce les conflits identitaires des personnes concernées au lieu de les résoudre. Il en résulte qu'en cas de soutien prématuré d'une transition sociale, un retour ultérieur à l'état d'origine est impossible.

Le fait que le "sexe d'origine" soit éventuellement rendu plus difficile par une validation affirmative de la transition vécue pendant des années. Les auteurs ne font pas état d'expériences de parcours accompagnés par un thérapeute. Dans la littérature, seules les études sur la persistance/désistance de Steensma et al. (2011 & 2013) font état de deux cas isolés de filles du sexe de naissance qui avaient déjà (partiellement) endossé le rôle de garçon dans leur enfance avant la puberté et chez lesquelles des difficultés considérables ont été signalées lors du retour au rôle du sexe de naissance dans le cadre d'une désistance de la dysphorie de genre à l'adolescence. Aucune information plus détaillée n'est donnée sur les autres circonstances d'accompagnement, comme par exemple le suivi psychothérapeutique (Steensma et al., 2011 ; voir chapitre II → "*Changement de rôle social pendant l'enfance*").

### **3. Études d'observation sur les interventions psychothérapeutiques**

Dans les rares études d'observation menées jusqu'à présent sur les interventions psychothérapeutiques auprès d'enfants et d'adolescents dysphoriques quant à leur sexe, le nombre de cas est généralement faible, ce qui relativise leur valeur informative.

Austin et al. (2018) ont accompagné 8 personnes âgées de 16 à 18 ans en les soutenant par

des stratégies d'adaptation en cas de rejet et de harcèlement. Au final, les

Les niveaux de dépression ont été réduits. Cependant, les stratégies d'adaptation utilisées jusqu'à présent sont restées inchangées.

Dans le cadre d'une étude transversale, Di Ceglie et Thümmel (2006) font état d'un travail avec 10 parents d'enfants trans au cours de 6 séances thématiques. Les parents se sont ensuite sentis moins isolés, ont découvert des points communs avec d'autres parents, ont apprécié le contact avec les spécialistes\* et les enfants ont également profité du travail avec les parents. L'examen du soutien social était au cœur de l'étude de Levitan et al. (2019). Sur 146 garçons et 34 filles trans, il a été démontré que la transition sociale se déroule nettement mieux lorsque les enfants ne sont pas laissés seuls avec leurs problèmes, mais qu'ils bénéficient d'un soutien social suffisant de la part des parents, d'autres personnes de référence et des spécialistes\*.

Dans une étude d'évaluation de Menvielle (2012) sur une intervention de groupe pour les familles, il a été rapporté que l'échange modéré entre les parents (42 parents pour 31 enfants trans) dans le cadre d'un groupe sur place et via une plateforme Internet a aidé à surmonter le sentiment d'exclusion sociale. Les enfants ont indiqué que l'intervention les avait aidés à se poser davantage de questions sur leur future vie active (*empowerment*). Une étude pré-post sur les groupes ouverts pour les jeunes de 15 ans et plus présentant une dysphorie de genre a abouti aux résultats suivants (Davidson et al., 2019) : Le désir de transition ouvertement exprimé était plus fort ou plus fréquent après cette intervention qu'avant. Les personnes interrogées ont fait état d'un soutien social plus important et d'une diminution de l'isolement social après les entretiens de groupe. Elles ont continué à subir des rejets et des jugements négatifs, mais ont pu mieux les gérer. Cela souligne l'utilité psychothérapeutique d'une expérience de groupe affirmative dans le sens d'un empowerment.

#### **4. Attitude professionnelle lors de l'accompagnement psychothérapeutique d'adolescents non-conformes, incongruents et dysphoriques quant au genre**

Dans les paragraphes suivants, quelques aspects importants d'une attitude thérapeutique appropriée, tels qu'ils sont discutés et recommandés pour l'accompagnement psychothérapeutique de processus dans ce domaine, sont présentés sous forme condensée à partir de directives antérieures ainsi que d'articles actuels d'auteurs individuels. Ces aspects doivent servir d'orientation aux utilisateurs de la ligne directrice et les inciter à une réflexion continue sur leur propre attitude. Nous avons renoncé à formuler des recommandations concrètes basées sur un consensus concernant l'attitude thérapeutique de

base, car celles-ci relèvent en fin de compte de la réflexion.

La responsabilité personnelle de chaque professionnel de la psychothérapie est engagée et ne peut et ne doit pas être réglementée par une ligne directrice.

#### 4.1 Compréhension non binaire du genre

Une condition importante pour une attitude professionnelle appropriée envers les personnes trans est que les professionnels de l'aide aient une compréhension théorique réfléchie du développement des identités de genre. Celle-ci ne devrait pas être enfermée dans des hypothèses dépassées d'une bisexualité exclusivement binaire, ni dans des représentations cis et hétéronormatives, mais devrait également reconnaître des identités de genre non binaires et fluides au cours de la vie (Ehrensaft, 2016 ; Quinneau, 2014a, 2014b).

Dans le guide S3 *Incongruence de genre, dysphorie de genre et santé trans\** pour l'âge adulte, il est expliqué à ce sujet dans le texte courant explicatif (AWMF, 2018, p.16) :

"Parmi les hypothèses à remettre en question [par les soignants], il y a par exemple le fait que le propre sexe correspond durablement aux caractéristiques physiques du sexe et que l'identité de genre est immuable au cours d'une biographie. Ainsi, la rencontre avec des personnes trans\* peut confronter les soignants à leur propre identité sexuelle, au développement lié au sexe et aux représentations des rôles ainsi qu'aux conflits entre acceptation et non-acceptation de leur propre corps. Non réfléchie, une telle confrontation peut conduire à la défense et à l'évitement ainsi qu'à une psychopathologisation projective qui peut compromettre l'établissement d'une relation solide (Güldenring, 2015)".

Dans les *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming (TGNC) People* de l'American Psychological Association (APA, 2015), on peut lire à ce sujet dans le premier des 16 énoncés professionnels :

"Les psychologues considèrent l'appartenance à un sexe comme une construction non binaire, qui permet un éventail d'identités sexuelles et considèrent que l'identité de genre d'une personne ne doit pas correspondre au sexe biologique qui lui a été attribué à la naissance" (traduction citée d'après AWMF, 2018, p.37).

Dans les manuels pratiques monographiques sur la dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent de Dietrich (2021) et Meyenburg (2020), les recommandations suivantes sont formulées à ce sujet :

- "Il faut abandonner l'idée trompeuse de la possibilité d'une classification sexuelle univoque, qui est liée au système d'une bisexualité hétéro et cisnormative. Cette conception ne reflète pas la réalité de la vie des personnes que nous rencontrons, ni celle des soignants" (Dietrich, 2021, p. 64). Et plus loin : "Ce n'est que si nous prenons au sérieux le concept d'une démarche ouverte aux résultats et que nous reconnaissons, en tant que thérapeutes, le caractère changeant de l'identité humaine et aussi du vécu de l'identité de genre, que nous pouvons signaler dès le début de l'accompagnement, verbalement et non verbalement, que tout ce que la personne en quête d'aide ressent doit avoir sa place dans la thérapie". (Dietrich, 2021, p. 65).
- "Les praticiens ne devraient pas exprimer une vision binaire du genre. Ils devraient laisser une grande liberté afin de pouvoir explorer différentes possibilités d'expression du genre. (Meyenburg, 2020, p. 12)

#### **4.2 Attitude d'acceptation et d'ouverture d'esprit**

L'acceptation inconditionnelle du fait d'être trans en tant que variante de la diversité sexuelle ayant les mêmes droits et non pathologique est une condition préalable élémentaire à une attitude trans-sensible (Wiesendanger, 2002). Une attitude d'acceptation inconditionnelle à l'égard du sentiment d'appartenance sexuelle actuel exprimé est donc une condition importante pour l'établissement d'une relation thérapeutique. Le cas échéant, il convient de supporter dans la relation thérapeutique la confusion et l'incertitude qui en résultent (éventuellement) ("trans ou pas trans ?") (Romer & Möller, 2020). Il est recommandé, en particulier dès le premier contact, d'utiliser des prénoms et des pronoms pour s'adresser personnellement à la personne en traitement, conformément à ses souhaits et à l'image qu'elle se fait d'elle-même, et de clarifier ce point au début de l'entretien ("Comment souhaites-tu que je t'appelle dans notre entretien ?").

Cette attitude fondamentale d'acceptation inconditionnelle n'est pas en contradiction avec la connaissance, tout aussi importante pour les professionnels de l'aide, d'une grande variété de parcours de développement pendant l'enfance et l'adolescence (voir chapitre II → "*Variante de parcours de développement*"), parmi lesquels figurent en particulier les parcours volatils de la recherche d'identité au cours de la vie.

l'adolescence. Tous les jeunes qui se sentent appartenir à un éventail d'expressions "queer" de la diversité de genre tout en se définissant comme "trans" ne développent pas une incongruité de genre durablement persistante.

Rauchfleisch (2021) a formulé à ce sujet : "Nous devons faire comprendre aux enfants et aux jeunes que le coming out exige beaucoup d'énergie et qu'il est donc important pour nous d'être précisément informés de leur état de santé, afin de pouvoir travailler avec eux à la stabilisation de leur personnalité et de les rendre ainsi capables de réussir leur transition (p. 192)".

Dans les Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People (APA, 2015), on peut lire à ce sujet dans l'une des 16 déclarations professionnelles :

"8. les psychologues qui travaillent avec des jeunes en questionnement de genre et des jeunes TGNC comprennent les différents besoins de développement des enfants et des jeunes et le fait que tous les jeunes ne s'accrochent pas à leur identité TGNC à l'âge adulte". (traduction citée d'après AWMF, 2018, p.38)

#### **4.3 Refus des objectifs thérapeutiques "réparateurs"**

"Des méthodes de traitement qui, partant de l'hypothèse d'un développement psychopathologique erroné, visaient à modifier l'identité sexuelle et le comportement typique du sexe de manière à ce qu'ils soient plus en accord avec le sexe assigné à la naissance, ont été tentées sans succès. De telles méthodes de traitement sont aujourd'hui considérées comme éthiquement inacceptables" (Meyenburg, 2020, p. 12). En Allemagne, les essais thérapeutiques sur des mineurs avec une telle intention "réparatrice" (traitements dits de conversion visant à modifier la sexualité des patients). orientation ou de l'identité sexuelle) est en outre punissable depuis 2020 (loi sur la protection contre les traitements de conversion, BGBI. I, p. 1285). Il n'est donc pas nécessaire de formuler une recommandation consensuelle spécifique à ce sujet dans la présente ligne directrice.

#### **4.4 Attitude affirmative**

Indépendamment des objectifs thérapeutiques à formuler (voir la section suivante), qui s'orientent sur les besoins individuels des personnes en quête de traitement et qui doivent donc être conçus de manière très différente (d'attentiste à encourageant) en ce qui concerne le *soutien affirmatif concret des différentes étapes de la transition*, en fonction de la position actuelle de chaque personne dans le processus, une attitude professionnelle transsensible implique une attitude de base affirmative. Celle-ci devrait être portée par l'acceptation sans

préjugés et inconditionnelle des identités non conformes au genre mentionnées plus haut et encourager chaque personne en quête de traitement à explorer ouvertement et sans crainte son propre être dans un environnement vivant.



encourager l'interaction avec l'expérimentation des rôles sociaux. Il convient de reconnaître les difficultés réelles ou prévisibles dans l'environnement social et institutionnel auxquelles peuvent être confrontés les enfants et les adolescents qui souhaitent s'essayer à la non-conformité de genre, se déclarer trans ou, le cas échéant, souhaiter une transition sociale. Il convient également de reconnaître le besoin spécifique de soutien social et professionnel qui en résulte. En adoptant une telle attitude affirmative, il convient en même temps de respecter les règles de base de l'abstinence thérapeutique, afin de ne pas donner à la personne en quête de traitement le sentiment de faire plaisir au thérapeute ou de le décevoir si, par exemple, une certaine étape de la transition est abordée ou n'est pas (encore) abordée.

Dans les *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People* (APA, 2015), les déclarations professionnelles suivantes sont pertinentes à ce sujet :

- "6. les psychologues tentent d'identifier l'influence des barrières institutionnelles dans la vie des clients de TGNC et de soutenir le développement d'environnements favorables à TGNC.
7. les psychologues estiment qu'il est nécessaire de promouvoir un changement social afin de réduire les conséquences négatives de la stigmatisation sur la santé et le bien-être des clients de TGNC. [...]
11. les psychologues estiment que les clients TGNC sont plus susceptibles d'obtenir des résultats positifs dans leur vie lorsqu'ils bénéficient d'un soutien social ou d'une prise en charge trans-affirmative". (traduction citée d'après AWMF, 2018, p.38)

#### **4.5 connaissance ou demande d'expériences spécifiques aux trans**

Pour une compréhension empathique des expériences individuelles des personnes trans, il est important de poser des questions ciblées sur les réalités de vie et la socialisation spécifiques aux personnes trans (Günther et al., 2021). Il s'agit entre autres de

- Expérience du stress lié aux minorités et, le cas échéant, de la discrimination (voir chapitre IX → " *Interaction professionnelle & approche sensible à la discrimination avec les enfants & adolescents non conformistes en matière de genre* ")
- le traitement et la maîtrise des aspects transphobes intériorisés qui y sont éventuellement liés dans l'auto-référencement des personnes concernées (Günther et al., 2021),
- les liens subjectifs entre l'orientation sexuelle et l'identité de genre,
- les effets spécifiques du fait d'être trans sur les relations romantiques et sexuelles,

- Les recouvrements entre l'identité non conforme au genre et d'autres identités culturellement marquées dans l'expérience subjective des personnes concernées.

Les *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People* (APA, 2015) formulent à ce sujet les cinq déclarations professionnelles suivantes sur 16 :

- "2. les psychologues conçoivent l'identité de genre et l'orientation sexuelle comme des constructions différentes, mais liées.
3. Les psychologues tentent de comprendre dans quelle mesure l'identité de genre se recoupe avec d'autres identités culturelles de personnes transgenres ou non conformes au genre.
4. Les psychologues sont conscients de la manière dont leur attitude et leurs connaissances en matière d'identité et d'expression de genre peuvent influencer la qualité des soins qu'ils offrent aux clients de TGNC et à leurs familles.
5. Les psychologues reconnaissent dans quelle mesure la stigmatisation, les préjugés, la discrimination et la violence influencent la santé et le bien-être des clients de TGNC. [...]
12. les psychologues s'efforcent de comprendre les effets qu'entraînent les changements dans l'identité et l'expression sexuelles en ce qui concerne les relations romantiques et sexuelles des clients de TGNC". (traduction citée d'après AWMF, 2018, p.37-38)

#### **4.6 Réflexion sur le rôle thérapeutique et expérience personnelle**

Pour la mise en place d'une relation psychothérapeutique, il est important de réfléchir de manière critique et ouverte aux aspects d'une éventuelle différence de pouvoir et de dépendance. Un réel différentiel à cet égard apparaît par exemple inévitablement lorsque les psychothérapeutes établissent eux-mêmes des indications et des expertises pour des interventions somatomédicales et assument ainsi formellement une fonction de "gatekeeping" pour l'accès à des traitements médicaux de transition. Une telle inégalité structurelle de pouvoir se produit indépendamment de la manière dont cette fonction est remplie de manière affirmative. Pour les psychothérapeutes, il s'agit ici de reconnaître les antécédents d'un système de santé et d'un système juridique restrictifs à l'égard des personnes trans, qui s'inscrivent largement dans la réalité actuelle des soins. Cela implique entre autres que les personnes trans doivent se faire examiner par deux psychologues ou psychiatres indépendants pour la reconnaissance légale de leur identité de genre selon la loi sur les transsexuels (TSG) encore en vigueur actuellement.

Les personnes handicapées doivent être évaluées en détail par un expert pour que leur identité trans puisse être reconnue par un tribunal. De plus, la directive d'expertise publiée en 2020 par le Service médical de l'Association des caisses d'assurance maladie légales (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2020), dont l'auteur et la légitimité scientifique qui y est liée ne sont pas transparents, pose comme condition à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (GKV) d'une opération de réassignation sexuelle indiquée par les directives, que la personne transsexuelle en quête de traitement doit avoir suivi au préalable une psychothérapie selon les directives - afin de prouver que cette "tentative de traitement" visant à atténuer une dysphorie de genre existante a été "épuisée". Cette exigence du MDS est donc en contradiction ouverte avec les directives S3 actuelles de l'AWMF publiées deux ans plus tôt (!) pour l'âge adulte *Incongruence de genre, dysphorie de genre et santé trans\** (AWMF, 2018), dans lesquelles il est expressément constaté, sur la base des connaissances scientifiques reconnues, que l'exigence d'une psychothérapie obligatoire comme condition préalable à l'accès à des mesures chirurgicales de réassignation sexuelle n'est pas scientifiquement défendable, n'est pas éthique et donc obsolète.

Cet historique de l'instrumentalisation de la psychothérapie en tant qu'obstacle restrictif vis-à-vis des personnes trans dans le système de santé peut, même dans le cas d'une conception participative et affirmative de la relation au sens d'attentes et d'attributions de rôles latentes de part et d'autre, entraîner un déséquilibre de pouvoir subjectivement ressenti dans la relation psychothérapeutique. Il convient d'y réfléchir avec attention et de manière critique.

En outre, il est recommandé aux praticiens psychothérapeutiques de réfléchir sur eux-mêmes afin d'éviter des attitudes défensives latentes face à des formes d'expression et de vie sexuellement diversifiées, et de se pencher de manière critique sur différents aspects de leur propre sexualité et de son évolution dans le cadre de leur expérience professionnelle.

Le guide S3 de l'AWMF *Incongruence de genre, dysphorie de genre et santé trans\** pour l'âge adulte (AWMF, 2018) donne à ce sujet les deux recommandations suivantes basées sur un consensus :

---

"Les praticiens devraient, dans la mesure du possible, avoir réfléchi de manière critique à leur propre développement lié au sexe et à leur relation avec les caractéristiques physiques du sexe dans le cadre d'une expérience personnelle.

L'autoréflexion devrait inclure la gestion de la confusion que peut provoquer la contradiction entre la propre perception et la représentation ou la description de soi des personnes en quête de traitement en ce qui concerne le sexe". (S.16)

---

## **5. Tâches et objectifs des interventions psychothérapeutiques auprès des jeunes non conformes au genre, incongruents et dysphoriques en matière de genre**

### **5.1 Implication des parents et d'autres personnes de référence de la famille**

La réussite de la gestion psychosociale d'une transition à l'adolescence dépend de manière décisive du soutien de l'environnement familial des personnes concernées (Romer & Möller, 2020 ; voir chapitre VI → "*Implication de l'environnement familial et dynamique familiale*"). C'est pourquoi "on ne soulignera jamais assez l'importance d'associer étroitement les parents et les autres personnes de référence proches de la famille à l'ensemble du processus de transition et à leur accompagnement professionnel [...]" (Romer & Möller, 2020, p. 92). Dans ce contexte, le professionnel de la psychothérapie a pour tâche " d'une part d'accepter pleinement le patient dans ses aspirations et d'autre part d'apprécier les doutes et les inquiétudes [éventuellement existants] des parents et de les informer selon les connaissances actuelles en cas de suppositions étiologiques existantes. L'offre relationnelle aux jeunes et l'alliance de travail avec les parents représentent... [parfois] un grand défi (Dietrich, 2021, p. 10-11). Des explications plus détaillées à ce sujet figurent au chapitre VI → "*Prise en compte de l'environnement familial et de la dynamique familiale*" de la présente ligne directrice.

### **5.2 Soutien à l'auto-exploration et à la découverte de soi des jeunes non conformistes en matière de genre**

Lorsque des jeunes qui se décrivent actuellement comme non conformes à leur sexe et qui se trouvent dans un processus de découverte de soi plutôt fluide ou volatile, ou qui semblent incertains quant à leur sentiment d'être trans, cherchent un soutien psychothérapeutique, un objectif important à clarifier au préalable peut consister à accompagner un processus d'exploration de soi en interaction constante avec des essais de rôles sociaux, sans que cela suggère des engagements pour l'avenir concernant un souhait de transition durable.

Ashley (2019) écrit à ce sujet : "L'exploration n'est pas une étape qui précède une transition [sociale], mais un processus qui passe par une transition. Il est impossible d'imaginer un niveau d'exploration [sans mise à l'épreuve des rôles sociaux] qui nous permette de nous assurer qu'une transition est appropriée pour le développement futur de l'identité. Au lieu de [simplement] interroger les jeunes, les aidants professionnels devraient [ici] jouer un rôle de soutien". (S. 233)

Preuss (2021) écrit à ce sujet : "L'objectif principal du traitement des enfants et adolescents dysphoriques du point de vue du genre, pour lesquels il n'est pas encore possible de déterminer s'il existe ou non une incongruité sexuelle persistante, est de dissiper la confusion intérieure et d'encourager la capacité à faire confiance à sa propre perception de l'identité sexuelle et à s'exprimer avec elle" (p. 180).

Romer & Möller (2020) formulent à ce sujet : "Une offre psychothérapeutique s'entend donc comme un accompagnement de parcours orienté vers le développement. Dans le processus de découverte de soi en vue d'une identité trans\* persistante [ou non], le soutien lors de l'exploration introspective et sociale de soi est au premier plan" (p. 91).

Un objectif important peut être d'aider les jeunes non conformistes en matière de genre à développer leur degré de certitude quant à leur propre identité de genre par le dialogue. ("Il ne s'agit pas de convaincre les autres, mais d'être sûr de soi"). Dans ce contexte, il peut être utile, notamment en vue de la probabilité de survenue d'une future transition, d'encourager les personnes à remettre en question, dans le cadre du processus de découverte de soi, les attentes en matière de rôles exclusivement binaires, ainsi qu'à réfléchir à des représentations et perspectives de rôles non binaires et à les explorer à travers des expériences sociales quotidiennes. Ainsi, l'enquête rétrospective menée auprès de personnes ayant vécu une transition a notamment fait état de parcours dans lesquels une identité de genre non binaire a été indiquée au moment de la transition, identité qui n'avait pas encore été ressentie consciemment au moment de la transition précédente (Littman, 2021).

---

Recommandation basée sur le consensus :

**V. K3.** Les jeunes qui se décrivent de manière non conforme au genre et qui cherchent un soutien psychothérapeutique alors que la perspective de leur identité de genre est encore incertaine devraient être informés de l'importance de l'exploration des rôles sociaux afin de soutenir par le dialogue un processus d'introspection et d'autoréflexion en lien avec des expériences d'interaction sociale. La protection contre la discrimination devrait être prise en compte. Dans ce processus, il convient d'aider les jeunes à remettre en question les attentes stéréotypées en matière de rôles sexuels et à réfléchir à la possibilité d'une compréhension non binaire des rôles sexuels.

---

Consensus : fort consensus (> 95%)

---

### 5.3 Acceptation de soi et traitement de la négativité trans internalisée

Une attitude intérieure de rejet de son propre être trans (négativité trans intériorisée) peut naître d'expériences de discrimination anticipées ou déjà subies. Les préjugés sociaux ainsi qu'un rejet des personnes homosexuelles et/ou trans marqué par les représentations culturelles de l'environnement familial et social peuvent contribuer à ce que les jeunes se perçoivent comme "déficients, pas comme il faut, une déception". Cela peut être lié à de forts problèmes d'estime de soi (Dietrich, 2021). Par conséquent, une meilleure acceptation de soi, sans conflit, est souvent un objectif utile dans le cadre d'un soutien psychothérapeutique des jeunes dysphoriques de genre. Romer & Möller (2020) écrivent à ce sujet : "Pour la La psychothérapie des adolescents dysphoriques de genre a pour objectif important de soutenir l'intégration de l'expérience de soi incongrue du point de vue du genre dans une image de soi cohérente et son acceptation" (p. 89).

Lors du traitement psychothérapeutique de la négativité trans intériorisée, il est important de l'intégrer dans des expériences réelles d'hostilité trans dans le contexte social ou médical, car l'hostilité trans intériorisée est souvent synonyme de honte pour les personnes concernées (Günther et al., 2021). Conformément au modèle de stress des minorités, il convient donc, lors du traitement psychothérapeutique de la trans-négativité intériorisée, de tenir compte des consignes de silence spécifiques et des autres expériences de trans-phobie en tant que facteurs d'apparition importants. Le fait de ne pas parler de processus internes importants sur le plan personnel, d'identités de genre non conformes et d'expériences de violence peut, d'une part, servir de protection contre une stigmatisation supplémentaire, mais, d'autre part, entraver l'activation et le développement de ressources nécessaires à la mobilisation de forces de renforcement de soi et de possibilités de soutien. (Günther et al., 2021). La réduction de la transnégativité internalisée peut contribuer de manière significative à renforcer l'estime de soi et la confiance en soi des jeunes dysphoriques de genre, et donc leur résilience (*empowerment*). Cela peut à son tour être utile pour réduire par exemple la probabilité d'apparition d'expériences de harcèlement. Le degré de certitude de soi et de conviction (de genre) doit être considéré comme un facteur de protection pour la stabilisation psychosociale, l'acceptation par les pairs et des relations sociales réussies.

#### 5.4 Soutien psychothérapeutique lors de la mise à l'épreuve des rôles et du changement de rôle

L'accompagnement ouvert et clarifiant des processus d'auto-exploration chez les jeunes non conformes au genre et un soutien affirmatif des essais de rôles exploratoires se complètent constamment (voir ci-dessus). Un encouragement précoce à l'expérimentation de rôles non conformes au genre, dans le sens d'une expérimentation aussi peu effrayante que possible (voir ci-dessus), permet de lutter contre les conditions d'émergence de la trans-négativité intériorisée évoquées dans le paragraphe précédent et ouvre en outre des espaces d'expérience pour la diversité sociale des genres vécue, même en dehors d'une incongruité sexuelle persistante (par exemple en tant que "Tom-Boy"), y compris des modèles de rôles non binaires. Une "pression binaire à remplir un rôle", marquée par les attentes (supposées) de la société, a souvent été considérée comme un facteur important dans les enquêtes menées auprès d'anciennes personnes ayant subi une transition, puis une transition après des mesures médicales irréversibles (appelées "detransitioners") (Littman, 2021 ; Turban et al., 2021 ; Vandenbussche, 2021). Dans cette mesure, un encouragement des jeunes non-conformistes en matière de genre à expérimenter les rôles sociaux de la manière la plus ouverte possible, soutenu par l'acceptation de la diversité sociale des genres, peut également être approprié pour prévenir une auto-fixation prétendument "sans alternative" à une identité trans exclusivement binaire, qui pourrait s'avérer prématurée par la suite. C'est pourquoi une "éthique de l'exploration de genre", qui encourage les enfants et les adolescents non conformes au genre à expérimenter des rôles sociaux à un stade précoce (Ashley, 2019 ; voir ci-dessus), est également justifiée dans la perspective de la prévention des transitions ultérieures, qui surviennent après des traitements médicaux de transition, lesquels sont ensuite à leur tour regrettés (ce que l'on appelle *des regrets*). Dans ce sens, il est judicieux d'encourager les enfants et les adolescents non conformes au genre à expérimenter des rôles afin de soutenir une auto-exploration ouverte. Il est parfois important que les spécialistes de la psychothérapie donnent leur avis afin de favoriser l'expérimentation de tels rôles dans les institutions éducatives.

Étant donné que, dans le contexte de l'expérimentation des rôles sociaux pendant l'enfance, un soutien psychothérapeutique n'est généralement pas nécessaire au-delà d'une approche éducative acceptante, les recommandations à ce sujet sont expliquées dans le chapitre séparé III → "*Changement de rôle social pendant l'enfance*".

Si des jeunes souffrant d'incongruité ou de dysphorie de genre souhaitent une transition sociale, l'accompagnement affirmatif de toutes les étapes à franchir ainsi que leur préparation sont généralement au premier plan de l'accompagnement psychothérapeutique du processus, tout comme le traitement des expériences personnelles ainsi vécues,

accompagné par le dialogue. En particulier dans le contexte historique des directives de traitement antérieures, dans lesquelles un accompagnement psychothérapeutique a été proposé pendant des décennies.



Il est recommandé de faire comprendre aux personnes en quête de traitement qu'une réflexion biographique continue sur les expériences liées à une transition sociale constitue une offre psychothérapeutique de soutien et non un "obstacle".

---

Recommandation basée sur le consensus :

**V. K4.** Un accompagnement psychothérapeutique peut être proposé aux enfants et adolescents présentant une incongruité ou une dysphorie de genre, qui ont entamé une transition sociale ou qui souhaitent le faire, afin de préparer certaines décisions et de réfléchir aux expériences qui en découlent.

---

Consensus : fort consensus (> 95%)

---

Pour un tel accompagnement, en particulier en l'absence de troubles psychiques nécessitant un traitement (tels que la dépression ou l'anxiété sociale), il est nécessaire d'avoir recours à un médecin.

- souvent des entretiens à basse fréquence (par exemple 1 à 3 rendez-vous par trimestre) sont suffisants, les

par exemple dans le cadre de consultations psychiatriques ou psychosomatiques. Un soutien direct ou indirect par des professionnels de la thérapie dans le cadre d'échanges avec des institutions (école, lieu de formation, employeur) peut en outre s'avérer utile ou nécessaire (p. ex. attestations écrites en faveur de l'expérimentation de rôles sociaux dans la vie scolaire ou autres).

### **5.5 Ouverture au doute, aux parcours résistants et à la possibilité d'une transition ultérieure**

Encourager les jeunes non conformistes à explorer ouvertement leur rôle dans l'environnement social implique que les jeunes qui se définissent comme trans ne s'en tiennent pas durablement à cette description. Cela implique également l'option de revenir sur un outing social déjà effectué (détransition sociale). Il convient de mentionner d'emblée cette possibilité lors de l'encouragement à l'exploration des rôles sociaux et de la garder en vue dans le dialogue avec les jeunes, l'espace mental intérieur devant rester ouvert à cet effet. En particulier

Les jeunes qui ne se sentent pas sûrs d'eux peuvent avoir tendance à développer des craintes de "décevoir" un thérapeute ou la communauté trans, qu'ils percevaient auparavant comme affirmatifs, lorsque de tels doutes apparaissent. Cela peut conduire à une inhibition interne à aborder ses propres doutes sur la persistance de sa propre identité trans dans le cadre de la relation psychothérapeutique. Pour contrer de telles craintes et inhibitions, il est conseillé de dissiper explicitement les malentendus potentiels à ce sujet, en quoi consiste par exemple une attitude affirmative du professionnel de la psychothérapie ("sois la personne que tu es et ne suis pas forcément l'image que les autres se sont faite de toi").

Recommandation basée sur le consensus :

**V. K5.** Les spécialistes de la psychothérapie qui accompagnent des jeunes non conformistes en matière de genre dans le processus d'exploration des rôles sociaux ou de transition sociale **devraient** faire comprendre qu'ils sont ouverts aux doutes et aux incertitudes qui peuvent surgir en vue de la transition ainsi qu'aux pensées de désistance ou de detransition.

Consensus : fort consensus (> 95%)

## 5.6 Traitement de thèmes relatifs à l'image corporelle et au rapport au corps

Chez les jeunes dysphoriques de genre, les sentiments corporels négatifs, les besoins et les émotions tels que le dégoût, la honte, l'envie, la colère ainsi que la haine de soi sont souvent très présents en raison de la dysphorie corporelle et nécessitent, le cas échéant, une aide psychothérapeutique dans le but de favoriser l'intégration psychosexuelle de leur propre image corporelle. Dans ce contexte, il est conseillé d'aborder de manière critique les images corporelles (normatives) intériorisées et les limites de la faisabilité des idéaux corporels, même s'il ne s'agit pas d'un thème spécifiquement trans, ainsi que d'explorer et de traiter les conflits de maturation psychosexuelle, tels qu'ils peuvent également exister chez les jeunes cis, et qui ne doivent donc pas être "automatiquement" compris dans le contexte spécifique de la dysphorie de genre. Il ne faut pas non plus oublier d'accompagner soigneusement l'intégration de l'image du corps au cours des changements corporels induits par les mesures somatomédicales (leur anticipation psychique et leur suivi). Cela peut parfois être un aspect très important de l'accompagnement psychothérapeutique du processus.

## 5.7 Amour, partenariat et sexualité

Chez les jeunes souffrant d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre qui cherchent un soutien psychothérapeutique, il faut s'attendre à un large éventail d'expériences passées, de souhaits et d'incertitudes éventuellement liées dans le domaine de l'amour, du partenariat et de la sexualité. Certains jeunes ont déjà eu des expériences sexuelles et/ou sont engagés dans une relation amoureuse stable, d'autres ne peuvent même pas se l'imaginer et d'autres encore indiquent qu'ils ne peuvent pas s'imaginer avoir des relations sexuelles avant d'avoir subi des mesures de médecine corporelle de réassignation sexuelle - et bien sûr, il y a tout ce qui se trouve entre les deux. De même, certains jeunes sont très bien informés sur la diversité des formes de vie sexuelle et leur réalisation grâce au réseau de la communauté LGBTQ (souvent plus que de nombreux professionnels de la psychothérapie) et font ainsi preuve d'une certaine assurance, tandis que d'autres semblent globalement très peu sûrs d'eux dans leur approche de ce domaine.

En ce qui concerne l'orientation sexuelle, on peut supposer que la diversité des personnes trans est nettement plus élevée que celle de la population moyenne. Ainsi, dans une enquête menée auprès de personnes trans adultes ( $N = 6368$ ), seules 22% des personnes interrogées ont indiqué une orientation "hétérosexuelle" ("straight") du point de vue du sexe trans (c'est-à-dire que, par exemple, les hommes trans ont déclaré se sentir principalement attirés par le sexe féminin), tandis que 74% des personnes interrogées ont indiqué d'autres orientations du spectre "queer" (par exemple bisexuel, homosexuel du point de vue du sexe trans), "queer" ou "autre") (Herman, 2016). C'est pourquoi les professionnels de la psychothérapie devraient, lorsqu'ils interrogent les jeunes sur ce domaine thématique, être aussi ouverts et décomplexés que possible vis-à-vis de la diversité des genres et aussi libres que possible de toute représentation hétéronormative. En particulier, si les jeunes ont déjà fait l'expérience d'une transition sociale vécue dans tous les domaines de la vie, ils peuvent souvent faire une distinction très claire entre leur identité de genre perçue et leur orientation sexuelle dans leur description personnelle. Pour d'autres jeunes qui se trouvent dans un processus ouvert de découverte de soi, il peut être utile de pouvoir explorer cela de manière dialogique et sans crainte dans le cadre d'un accompagnement psychothérapeutique. Du côté du professionnel de la psychothérapie, il s'agit en premier lieu de signaler que ce domaine thématique peut être abordé ouvertement et sans préjugés et qu'il n'est pas évité ou tabou. Pour cela, il est souvent nécessaire d'aborder ouvertement le thème de la sexualité, tout en faisant preuve d'une sensibilité appropriée. Il faut toutefois laisser aux jeunes le soin de décider dans quelle mesure ils souhaitent aborder cette offre thématique et communiquer à ce sujet. Il semble notamment nécessaire de faire preuve d'une sensibilité appropriée au fait que, dans la perception collective des personnes trans, des rapports sont présents

Selon les informations recueillies, les spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie ont, par le passé (et en partie encore aujourd'hui), parfois été très agressés par des explorations forcées du thème de la sexualité, par exemple lorsque, dans le cadre d'expertises en vue d'un changement d'état civil selon l'ancienne LST, des descriptions précises de la pratique de la masturbation et des fantasmes qui y sont liés ont été demandées. Cela constituerait une pratique douteuse compte tenu de la question ciblée de l'expertise, à savoir si une personne se sent appartenir de manière stable et durable à un sexe donné depuis au moins trois ans.

## **5.8 Gestion des sentiments négatifs en cas de dysphorie de genre persistante**

Même s'il n'existe pas de traitement psychothérapeutique causal de la dysphorie de genre, car celle-ci repose par définition sur une incongruité de genre, qui est elle-même une disposition intérieure durable d'une personne, non influençable par des interventions psychosociales, des interventions psychothérapeutiques peuvent aider à mieux gérer les émotions négatives et les états de stress associés à la dysphorie de genre. Cela ne peut en aucun cas remplacer l'intervention prioritaire et la seule efficace à long terme qui peut conduire à une amélioration durable du pronostic de santé psychique - à savoir le soutien de l'épanouissement de la personnalité en accord avec le sexe ressenti et son acceptation sociale - le cas échéant en combinaison avec des mesures de modification corporelle indiquées médicalement. <sup>4</sup> Si une transition sociale de jeunes dysphoriques de genre est accompagnée par une psychothérapie (le cas échéant, parallèlement à des mesures somatomédicales), des techniques de traitement générales visant à maîtriser les sentiments négatifs et les états de stress, telles qu'elles sont courantes dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux ainsi que des troubles consécutifs à un traumatisme, peuvent être appliquées. Dans ce cas, il convient d'examiner si l'ampleur de la charge ou de l'impact des émotions négatives et des états de stress justifie l'attribution d'un diagnostic psychiatrique coïncidant et, par conséquent, la détermination d'un traitement.

---

<sup>4</sup> Une directive contraire dans le guide d'expertise actuel du Service médical de l'Association des caisses d'assurance maladie légales (2020), selon laquelle, avant d'autoriser la prise en charge des coûts d'une opération de réassignation sexuelle indiquée selon les directives, il faut dans chaque cas

L'obligation de prouver, au cas par cas, par le biais d'une psychothérapie déjà effectuée sans succès, que la DG ne pouvait pas être traitée de manière suffisamment efficace par les seuls moyens psychothérapeutiques, n'est pas compatible avec l'état actuel des connaissances scientifiques et est contraire à l'éthique et discutable du point de vue de sa conformité avec le droit social. Elle impose aux personnes concernées de suivre une thérapie coûteuse et inefficace selon les connaissances actuelles (psychothérapie seule en cas de dysphorie de genre) comme condition d'accès au remboursement d'un traitement conforme aux directives.

de la nécessité d'un traitement psychothérapeutique au sens de la directive sur la psychothérapie.

### **5.9 Soutien au développement d'une capacité de consentement pleine et entière pour des mesures somatomédicales**

Alors que les personnes majeures, pour autant qu'elles soient en pleine possession de leurs facultés mentales et qu'elles ne souffrent pas d'un handicap mental, sont généralement considérées comme capables de donner leur consentement, même pour des interventions médicales complexes, une particularité du traitement des mineurs présentant une incongruité de genre ou une dysphorie de genre réside dans le fait qu'ils ne sont pas en mesure de donner leur consentement. est que leur capacité à consentir doit être établie au cas par cas et spécifiquement pour chaque intervention médicale à indiquer, dans le cadre de l'établissement de l'indication (voir chapitre X → "*Bases juridiques & critères éthiques pour le traitement des mineurs présentant une incongruité de genre*" et chapitre VII → "*Établissement de l'indication pour les interventions médicales de modification corporelle*"). Un soutien professionnel des processus de réflexion des adolescents en quête de traitement présentant une incongruité sexuelle ou une dysphorie de genre lors de l'obtention d'une capacité de consentement pleine et entière peut être un élément important d'un accompagnement psychothérapeutique du processus, en particulier lorsque des réflexions globales sur les conséquences d'un traitement s'étendant loin dans le temps et sur son irréversibilité sont à l'ordre du jour. Les questions en suspens, par exemple l'influence d'un traitement médical de transition sur la planification de sa propre relation, de sa vie et de sa famille ainsi que sur une éventuelle infertilité, ou la question de savoir si une cryoconservation préventive pour préserver la fertilité est judicieuse ou non, peuvent toucher des thèmes très personnels qui ne peuvent pas être suffisamment traités à l'aide de la seule information médicale, mais qui nécessitent plutôt une réflexion approfondie et récurrente afin de pouvoir être intégrés durablement dans la conscience personnelle et dans la compréhension psychosexuelle de soi.

En s'appuyant sur les directives S3 pour l'âge adulte *Incongruence de genre, dysphorie de genre et santé trans\** (AWMF, 2018) ainsi que sur les *Standards of Care 8* de la WPATH (Coleman et al., 2022), les objectifs possibles suivants d'interventions psychothérapeutiques auprès d'adolescents non conformes au genre ainsi que d'adolescents présentant une incongruence de genre ou une dysphorie de genre sont énumérés en résumé à titre d'orientation et doivent être pris en considération lors d'une planification d'intervention orientée sur les besoins respectifs de chaque cas :

**Objectifs possibles et thèmes à traiter dans l'accompagnement psychothérapeutique de personnes non conformes au genre, incongrues du point de vue du sexe et des jeunes dysphoriques de genre :**

- Soutien lors de l'exploration de soi et de la recherche d'identité
  - Promotion de l'acceptation de soi, de l'estime de soi et de la confiance en soi
  - la gestion des sentiments de honte et de culpabilité, ainsi que des la transnégativité internalisée
  - Soutien au processus de coming-out
  - Soutien de la compréhension au sein de la famille en cas de problèmes d'acceptation au sein de la famille
  - Soutien lors de l'expérimentation de rôles sociaux et réflexion sur les expériences faites dans ce domaine
  - Traitement des expériences aversives de discrimination et de transphobie
  - Offre de discussion sur l'amour, le partenariat et la sexualité
  - Offre de discussion sur l'image corporelle et le rapport au corps
  - Aide à la préparation des décisions concernant les traitements de modification corporelle (y compris l'obtention d'une capacité de consentement pleine et entière)
  - Soutien à l'intégration psychosexuelle des modifications corporelles après les traitements de modification du corps
- Soutien dans la gestion des sentiments négatifs et des états de stress en cas de dysphorie de genre persistante

---

<sup>5</sup>Le terme "non conforme au genre" est utilisé ici comme un terme générique, même s'il doit englober les jeunes pour lesquels le diagnostic d'une IG persistante/persistante n'a pas (encore) été posé, c'est-à-dire que la question de l'identité de genre est considérée comme étant encore en cours d'évolution.

## **Chapitre VI**

### **Prise en compte de l'environnement relationnel familial et de la dynamique familiale**

#### **1. Introduction et question directrice**

#### **2. Déclarations et recommandations**

2.1. Déclarations sur l'état des connaissances scientifiques

2.2. Recommandations

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung



## 1. introduction et question directrice

Lorsque les enfants et les adolescents présentent des symptômes d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre (IG ou DG), cela a généralement de profondes répercussions sur leur environnement familial. Pour les parents et les frères et sœurs (mais aussi pour les membres de la famille en dehors du noyau familial), cela implique un effort d'adaptation qui, dans la plupart des cas, s'accompagne d'abord d'une grande insécurité. Les relations au sein de la famille peuvent s'en trouver modifiées de manière négative et rendre plus difficiles les interventions éducatives nécessaires (par exemple parce que les parents n'accordent pas une importance appropriée ou trop importante à la symptomatologie de l'IG ou du DG).

En cas d'évolution persistante à l'adolescence, les parents sont de plus en plus souvent confrontés à des décisions de transition physique (blocage de la puberté, thérapie hormonale, mesures chirurgicales) qui suscitent des peurs et des inquiétudes compréhensibles. En face de cela, il y a souvent le souhait, exprimé avec véhémence, que les adolescents concernés commencent rapidement des mesures somatomédicales. Il en résulte souvent une polarisation qui peut rapidement mettre à rude épreuve la relation parent-enfant. Les professionnels de l'aide\* sont facilement impliqués dans cette polarisation et risquent alors de ne plus pouvoir effectuer de conseil et d'accompagnement basés sur la famille, comme c'est habituellement le cas dans le domaine de la psychothérapie et de la psychiatrie/médecine pour enfants et adolescents.

L'acceptation des jeunes concernés par la famille constitue cependant une condition essentielle à la découverte de leur rôle/expérience quotidienne et semble également être un paramètre important pour la santé psychique des personnes concernées à long terme. C'est pourquoi l'implication de l'environnement familial, en particulier lorsqu'il existe des réserves, des refus ou des peurs à l'égard du thème de l'IG ou du DG, revêt une très grande importance dans le processus de conseil.

Dans de très rares cas, il peut arriver que le bien-être de l'enfant soit mis en danger, auquel cas il faut le nommer et le traiter en conséquence.

### Question directrice à la ligne directrice :

---

Quelles constellations familiales et quels facteurs d'influence doivent être particulièrement pris en compte en ce qui concerne la nécessité de leur exploration et, le cas échéant, les étapes d'action qui en découlent ?

---

Les enfants et les jeunes ayant une identité de genre non conforme ont des besoins et doivent prendre des décisions qui concernent également les autres membres de la famille et l'entourage. Ils sont particulièrement dépendants du soutien de la famille pour le

développement de leur identité et en particulier pour les décisions concernant une transition. Les processus de dynamique familiale jouent un rôle important à cet égard. Le fait que la

La dynamique familiale joue un rôle important chez les enfants et les adolescents particulièrement vulnérables, tant en termes de facteurs de stress familiaux que de ressources protectrices, ce qui est bien connu de la pédopsychiatrie, de l'aide à la jeunesse et de la thérapie familiale. Il ne fait aucun doute que les enfants et les adolescents souffrant d'IG et/ou de DG font partie d'un tel groupe vulnérable, comme le montrent clairement les taux élevés de suicidalité et d'automutilation décrits (Eisenberg et al., 2017 ; Strauss et al., 2017 ; Travers et al., 2012 ; Veale et al., 2017, et bien d'autres, voir chapitre IV → *"Troubles psychiques associés et problèmes de santé chez les enfants et les adolescents présentant une incongruité de genre et une dysphorie de genre"*). C'est pourquoi cette ligne directrice consacre un chapitre spécifique à la dynamique familiale.

Malheureusement, dans toute l'étendue de la recherche dans le domaine de l'IG ou du DG, il n'existe que peu d'études qui ont également examiné - au moins implicitement - des questions relatives à la dynamique familiale spécifique. C'est la raison pour laquelle la littérature reçue pour ce chapitre se recoupe largement avec la littérature reçue dans d'autres chapitres de la ligne directrice. Il s'agit d'études originales, de revues systémiques, d'articles de synthèse, de lignes directrices déjà existantes et d'approches thérapeutiques qui abordent le thème de la dynamique familiale dans au moins une question, une conclusion ou une recommandation (de traitement).

Si l'on considère le sujet en se concentrant sur la dynamique familiale, il convient également de reconnaître et de prendre en compte les différents intérêts et intentions des personnes concernées. Les enfants et les adolescents doivent souvent se fier aux décisions que les parents prennent pour eux en tant que tuteurs. On peut supposer que les parents supposent que les objectifs qui correspondent à leurs propres conceptions du meilleur intérêt de l'enfant sont également dans le meilleur intérêt de leur enfant et qu'ils sont donc probablement les plus susceptibles de rechercher des offres de soins et de traitement qui reflètent leurs propres points de vue et attitudes (Byne et al., 2012). Dans le meilleur des cas, les idées des enfants et des parents se rejoignent ou sont au moins proches les unes des autres. De telles familles se sont souvent déjà très bien informées sur la diversité des genres et se sont mises en réseau avec d'autres familles. Plusieurs études ont rapporté que cette forme de réseau au sens d'un soutien par les pairs s'accompagnait d'une satisfaction de vie positive, d'un faible comportement sexuel à risque et d'un faible niveau de symptômes dépressifs chez les enfants et les adolescents (Johns et al., 2018 ; Travers et al., 2012 ; Veale et al., 2017, et bien d'autres). Les enfants et les adolescents de ces familles ne présentaient souvent pas ou très peu de troubles psychiques (entre autres Dierckx et al., 2016 ; Kaltiala-Heino et al., 2018). Il se peut donc que ces familles n'aient souvent pas besoin d'un soutien professionnel de la part de spécialistes de la psychothérapie, ou seulement de manière ponctuelle.

Par ailleurs, il existe également des familles dans lesquelles l'IG ou le DG d'un enfant ou d'un adolescent fait l'objet de conflits intrafamiliaux. Il est ainsi fait état de réactions parfois négatives, voire d'un rejet de la part des parents. Les raisons peuvent être, entre autres, la honte et la stigmatisation ou la peur de la stigmatisation. La peur des parents de ne pas faire "ce qu'il faut" ainsi que le manque de soutien et d'information sont également mentionnés (Dierckx et al., 2016).

Les professionnels qui sont bien informés et qui ont une attitude à la fois d'acceptation et de soutien ont été perçus par les parents interrogés comme positifs et utiles pour le développement de stratégies appropriées face à l'IG ou au DG de l'enfant (Sharek et al., 2018).

Il convient de prêter une attention particulière aux cas où les enfants et les adolescents ayant une identité de genre non conforme font l'objet d'un rejet de la part de leur propre famille, y compris de manifestations d'agressivité, notamment lorsque cela s'accompagne de méthodes d'éducation autoritaires spécifiques et de sanctions punitives de la part des parents (Adelson, 2012). Les valeurs et les normes du groupe ethnique individuel ou de la communauté religieuse peuvent jouer un rôle important à cet égard (Gartner & Sterzing, 2018). Plusieurs auteurs indiquent que les réactions négatives, les propos et l'exclusion par les pairs ou la famille constituent un risque particulier pour le développement et la santé de l'enfant. Ils citent par exemple l'affaiblissement des facteurs protecteurs contre les tendances suicidaires et les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles telles que la fugue ou la prostitution, etc. (Strauss et al., 2017 ; Travers et al., 2012). Il convient ici de tenir compte du fait que les relations familiales et de pairs négativement chargées doivent également être considérées comme un facteur de risque non spécifique pour les problèmes de santé mentale. En outre, il n'est pas possible de tirer des conclusions sûres sur les liens de cause à effet, car il faut également tenir compte des interactions (dans le sens où les problèmes de santé mentale peuvent peser sur les relations).

L'acceptation et le soutien de la famille sont un facteur protecteur important pour la santé mentale des enfants et des adolescents souffrant d'IG ou de DG. Cela souligne l'importance de l'implication des parents/de la famille pour la santé mentale des enfants et des adolescents. Mais cela montre aussi le besoin de soutien des parents pour qu'ils soient en mesure d'accompagner leurs enfants de manière appropriée. Le soutien des enfants et des adolescents non-binaires, qui présentent un risque particulièrement élevé de développer des symptômes psychiques d'internalisation, constitue un défi supplémentaire (Kualanka et al., 2017).

## 2. déclarations et recommandations

### 2.1 Déclarations sur l'état des connaissances scientifiques

**VI. E1.** Il est prouvé que chez les enfants et les adolescents présentant une incongruité ou une dysphorie de genre, un environnement familial qui accepte et soutient l'identité de genre perçue constitue un facteur protecteur important pour la santé mentale.

Forte évidence :

> 10 études avec des résultats de même sens (Aramburu Alegría, 2018 ; Catalpa & McGuire, 2018 ; Gray et al., 2016 ; Katz-Wise et al., 2017, 2018 ; Kolbuck et al., 2019 ; Kuvalanka et al., 2014 ; Levitan et al., 2019 ; McConnell et al., 2016 ; Pariseau et al., 2019 ; Ryan et al., 2010 ; Veale et al., 2017 ; Wilson et al., 2016).

Consensus : fort consensus (>95%)

---

**VI E2.** Il existe des indices selon lesquels le risque de maladies dépressives et de tendances suicidaires ainsi que de comportements à risque autodestructeurs est plus élevé chez les enfants et les adolescents souffrant d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre et qui vivent dans leur environnement familial *une acceptation faible ou inexistante* de leur identité sexuelle perçue<sup>1</sup>.

Faible niveau de preuve :

5 études avec des résultats allant dans le même sens (Aramburu Alegría, 2018 ; McConnell et al., 2016 ; Pariseau et al., 2019 ; Simons et al., 2013 ; Travers et al., 2012).

Consensus : fort consensus (>95%)

---

<sup>1</sup> Cette affirmation fait référence à une augmentation par rapport à une population normale.

## 2.2 Recommandations

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VI. C1.** Les détenteurs de l'autorité parentale et les éducateurs devraient être informés que les tentatives de thérapie visant à modifier le sentiment d'appartenance de l'enfant à un sexe, contrairement à ce qu'il a exprimé, sont néfastes et contraires à l'éthique.

Consensus : fort consensus (> 95%)

---

Explication : le terme "enfant" ne désigne pas ici une tranche d'âge, mais la relation sociale et juridique avec les personnes qui en ont la garde et l'éducation. Par conséquent, les jeunes sont également concernés. La notion de "sentiments exprimés" ne comprend pas uniquement des expressions verbales explicites, mais peut également inclure des expressions comportementales, dans la mesure où celles-ci expriment clairement le sentiment d'appartenance de l'enfant à un sexe.

À ce stade, l'affirmation suivante, tirée du préambule (→ *chapitre I.*), est à nouveau mise en exergue :

"L'identité sexuelle d'une personne est de nature hautement personnelle. La promotion de l'autodétermination et - si nécessaire - de la capacité d'autodétermination est donc une préoccupation essentielle dans le setting thérapeutique avec des patients\* mineurs. Les approches thérapeutiques qui sont portées implicitement ou explicitement par l'objectif de traitement visant à orienter le sentiment d'appartenance d'une personne à un sexe dans une certaine direction sont considérées comme contraires à l'éthique".

---

Recommandation basée sur  
le consensus

---

**VI. C2.** Les responsables légaux et les éducateurs devraient être informés du fait que pour les enfants et les adolescents souffrant d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre, l'expérience sûre et constante d'être acceptés et soutenus par leur propre famille est essentielle pour la découverte de soi et, selon l'évolution, pour un coming-out social, un essai de rôle et une transition, pour une évolution favorable de la santé psychique.

Consensus fort (> 95%)

---

Explication : dans ce contexte, le terme de transition peut désigner, selon la situation, le traitement social, le traitement juridique et/ou les étapes d'un traitement médical de transition. Le terme "coming-out social" désigne l'ensemble du processus consistant à "se montrer" de plus en plus à l'environnement social dans le rôle de genre correspondant à l'identité de genre ressentie actuellement. Un tel processus se déroule souvent en plusieurs étapes (voir glossaire).

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VI. C3.** Il faudrait recommander aux détenteurs de l'autorité parentale et aux éducateurs de soutenir, dans tous les processus de développement des enfants et des adolescents non conformes aux normes de genre, un espace social sûr pour l'exploration des rôles et, selon le déroulement, un espace social sûr pour un éventuel changement ultérieur du rôle de genre vécu.

Consensus fort (> 95%)

---

Explication : afin d'augmenter la sécurité de décision lors d'éventuelles décisions de traitement médical à examiner ultérieurement en vue de mesures d'adaptation au sexe, il convient de préconiser des essais de rôles sociaux aussi ouverts que possible, qui doivent entre autres servir à explorer la cohérence durable et la vivabilité du rôle sexuel visé dans le contexte des expériences sociales. Cela implique d'aborder explicitement et, le cas échéant, de soutenir l'option d'un retrait ultérieur d'un outing trans pour les explorations de rôles.

---

Recommandation basée sur le  
consensus :

---

**VI. C4.** Les personnes ayant la garde et l'éducation d'enfants et d'adolescents non conformes aux normes de genre devraient être informées des offres de groupes de parents d'organisations d'auto-représentation comme possibilité de mise en réseau et de soutien mutuel.

Consensus : fort consensus (>95%)

---

---

Recommandation basée sur le  
consensus :

---

**VI. C5.** Les détenteurs de l'autorité parentale et les éducateurs qui se présentent avec leur enfant en raison d'une éventuelle incongruité ou dysphorie de genre devraient se voir proposer un accompagnement professionnel dans le but d'aider l'enfant, avec la participation de sa famille, à explorer sa propre identité de genre et à surmonter les éventuelles difficultés psychosociales liées à l'incongruence ou à la dysphorie de genre.

Consensus : fort consensus (>95%)

---

---

Recommandation basée sur le  
consensus :

---

**VI C6.** Si les représentations et les souhaits des mineurs et de leurs tuteurs légaux concernant la gestion par la famille de l'identité de genre non conforme de l'enfant ou de l'adolescent(e) ne sont pas compatibles, il convient de recommander un accompagnement du processus du système familial par un(e) professionnel(le) approprié(e) disposant d'une expertise en thérapie familiale dans le but de promouvoir une attitude d'acceptation et de soutien vis-à-vis de l'identité de genre de l'enfant/de l'adolescent(e). Un tel accompagnement n'est recommandé que s'il ne risque pas de nuire à la santé de l'enfant.

Consensus : fort consensus (>95%)

---

Explication : le terme "expertise en thérapie familiale" utilisé dans la présente recommandation ne fait *pas* référence à un certificat formel de qualification spécifique dans ce domaine, mais aux compétences et à l'expérience professionnelles du professionnel concerné.



## **Chapitre VII**

### **Pose de l'indication pour Modifications corporelles interventions médicales**

#### **1. Introduction et questions directrices**

#### **2. Limites de l'étude**

#### **3. Études d'outcome sur la psychopathologie, la satisfaction de vie et la dysphorie de genre après des interventions de modification corporelle**

- 3.1. Comparaison avec les études menées à l'âge adulte
- 3.2. Études d'outcome sur les éventuelles séquelles somatiques et cognitives des interventions médicales à l'adolescence
- 3.3. Études de suivi sur l'évolution de l'incongruité sexuelle après le début des traitements médicaux (y compris la désistance)
- 3.4. Études de suivi sur les opérations de réassignation sexuelle
- 3.5. Enquêtes sur la fertilité et les critères d'indication auprès des demandeurs de traitement

#### **4. Résumé de l'évaluation des données probantes**

#### **5. Recommandations issues de lignes directrices et d'articles de synthèse antérieurs pour l'établissement des indications**

- 5.1. Normes relatives aux qualifications professionnelles du spécialiste qui pose l'indication
- 5.2. Mesures diagnostiques et thérapeutiques psychiatriques et psychothérapeutiques
- 5.3. Examens somatiques préliminaires
- 5.4. Conditions préalables au consentement éclairé des mineurs

#### **6. Vers les recommandations**

- 6.1. Principes de base
- 6.2. Blocage de la puberté
- 6.3. Traitement hormonal de réassignation sexuelle (THS)
- 6.4. Opérations de réassignation sexuelle à l'adolescence
- 6.5. Contenu recommandé d'une lettre d'indication

## 1. Introduction et questions directrices

Les interventions médicales visant à modifier le corps des personnes souffrant d'incongruité sexuelle (IG) ont pour but de prévenir ou de réduire une souffrance physique persistante liée au sexe en stoppant temporairement le développement de la maturité pubertaire ou en harmonisant l'apparence physique. Les directives actuelles s'accordent à dire qu'il est important, pour obtenir un effet positif durable sur la santé mentale, que ces mesures médicales s'inscrivent dans une transition sociale accompagnée d'une acceptation de soi et d'une acceptation sociale expérimentée (AWMF, 2018 ; Coleman et al., 2022). L'indication de ces interventions est complexe et constitue un défi professionnel, en particulier à l'adolescence. Ce chapitre présente les exigences professionnelles à prendre en compte pour poser une indication interdisciplinaire. Il convient tout d'abord de souligner qu'outre les exigences formelles en matière de qualification professionnelle des spécialistes impliqués, des connaissances et des expériences préalables spécifiques sont indispensables.

### **VII. K0 Recommandation basée sur le consensus**

Des connaissances spécifiques et plusieurs années d'expérience dans l'accompagnement de processus et le traitement de jeunes présentant une incongruité de genre sont nécessaires pour poser une indication professionnelle. Les professionnels ne disposant pas de connaissances et d'expériences spécifiques suffisantes dans ce domaine doivent faire appel à un professionnel suffisamment expérimenté, à un service ambulatoire spécialisé ou à un centre de traitement spécialisé afin de poser l'indication de manière professionnelle.

Explication : ce recours à une expertise reconnue n'est pas formellement défini et dépend des circonstances individuelles au sein d'un système de soins et de formation continue en constante évolution. Cela peut se faire par exemple sous la forme d'un deuxième avis médical indépendant, d'une co-évaluation par un consultant, d'une intervision ou d'une supervision collégiale ou de conférences de cas dans des cercles de qualité.

### Questions directrices :

- Quel niveau d'expertise devrait être requis pour poser l'indication de mesures médicales de modification corporelle en cas d'incongruité sexuelle à l'adolescence ?
- Quels sont les éléments à prendre en compte lors du diagnostic de l'incongruité sexuelle ou de la dysphorie de genre à l'adolescence en ce qui concerne l'indication de mesures médicales de modification corporelle ?
- Quels sont les éléments à prendre en compte dans le diagnostic et le traitement des troubles mentaux associés en ce qui concerne l'indication de mesures médicales ?
- Quelles sont les considérations diagnostiques liées au développement qui doivent être prises en compte lors de l'indication de mesures médicales ?
- Quelles recommandations peuvent être faites en ce qui concerne la gradation et l'ordre des indications pour différentes étapes du traitement médical ?
- À partir de quel âge ou de quel stade de maturité du développement pubertaire peut-on en principe recommander quelles étapes de traitement médical ?
- Quelles sont les conditions à vérifier pour obtenir le consentement éclairé des patients\* mineurs et de leurs tuteurs avant de poser une indication pour des mesures de modification corporelle ?

## 2. Limites de l'étude

La recherche bibliographique effectuée dans le cadre de l'élaboration des lignes directrices sur les indications des interventions de retard de puberté et de réassignation sexuelle chez les enfants et les adolescents présentant une incongruité ou une dysphorie de genre n'a révélé qu'un petit nombre de travaux originaux pertinents dans lesquels l'outcome de ces interventions a été examiné dans le cadre d'un design *follow-up* ( $N = 10$ ), les études présentant un niveau de preuve plus élevé faisant notamment défaut (Mahfouda et al., 2019). Outre le faible nombre d'études publiées, l'état limité des preuves est en outre dû à des limitations méthodologiques concernant les niveaux d'évidence des études dans ce contexte. La réalisation d'études contrôlées de manière randomisée et en aveugle, dans lesquelles un groupe d'enfants et d'adolescents incongruents ou dysphoriques du point de vue du sexe reçoit des interventions de retardement de la puberté ou d'adaptation au sexe et l'autre non, ne semble pas défendable sur le plan éthique. En principe, il n'est pas possible de procéder à des interventions hormonales en aveugle. Il n'est pas possible de refuser des mesures efficaces de retardement de la puberté ou de réassignation sexuelle au cours de la randomisation à des fins d'étude si les personnes concernées et les personnes ayant l'autorité parentale souhaitent une telle

intervention et qu'il existe un accord correspondant.

La souffrance des personnes concernées est difficile à justifier et entraînerait probablement une très faible volonté de participer à une telle étude. De plus, il n'existe pas d'offre de traitement alternative justifiable et fondée sur des preuves, au sens d'un traitement établi et éprouvé jusqu'à présent. En particulier, une psychothérapie seule ne peut pas être considérée comme un traitement approprié pour réduire ou éviter efficacement une dysphorie de genre en cas d'incongruité sexuelle persistante diagnostiquée.

La littérature systématiquement examinée se réfère donc principalement à des études cliniques de cohorte. Ces études ont porté sur des adolescents présentant une incongruité ou une dysphorie de genre diagnostiquée et ayant bénéficié d'un traitement de retardement de la puberté ou d'un traitement de réassignation sexuelle sur la base de l'indication posée par les soignants et du souhait exprimé par les personnes concernées et leurs représentants légaux. A titre de comparaison, l'évolution clinique d'enfants et d'adolescents souffrant d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre, pour lesquels aucune indication n'a été posée pour ces traitements ou pour lesquels il n'y avait pas (encore) de souhait de la part des personnes concernées ou des titulaires de l'autorité parentale, a parfois également été rapportée. Cela implique des différences de groupe importantes entre les sous-cohortes comparées. Pour les groupes dont l'indication a été posée ou non, on peut supposer un degré de gravité différent de la psychopathologie associée ou des différences dans l'ampleur de la dysphorie de genre et de la souffrance qui en découle. Il n'existe pas d'études comparatives entre des groupes d'adolescents traités pour lesquels différents critères d'indication ont été appliqués.

Dans le contexte des données esquissées, les conclusions relatives à l'indication fondamentale des traitements de retardement de la puberté et de réassignation sexuelle chez les mineurs ne peuvent être tirées qu'à partir des données de suivi concernant la santé psychique et physique ainsi que la situation sociale après les traitements effectués. Dans les études de suivi disponibles, différentes mesures médicales avaient été mises en œuvre au moment du suivi, généralement en combinaison avec des mesures psychothérapeutiques (Becker-Hebly et al., 2021 ; Chen et al., 2023 ; Costa et al., 2015 ; de Vries et al., 2014 ; Klink et al., 2015 ; Tordoff et al., 2022 ; Vlot et al., 2017). Pour des raisons méthodologiques, les résultats mesurés dans ces études longitudinales ne peuvent donc généralement pas être attribués à une seule intervention, mais permettent uniquement de tirer des conclusions sur l'outcome chez les jeunes souffrant de dysphorie de genre après avoir suivi un "paquet global", dont fait partie une transition soutenue tant sur le plan psychosocial que médical, avec une indication soigneusement posée et un accompagnement professionnel du processus.

Les revues systématiques du NICE britannique (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2020a, 2020b) sur l'état des preuves concernant les traitements hormonaux de blocage de la puberté et de réassignation sexuelle à l'adolescence constatent que les études disponibles au moment des revues vont globalement dans le sens d'un résultat favorable après les interventions médicales pour la santé mentale des adolescents souffrant de dysphorie de genre. Le niveau de preuve selon les critères de la médecine factuelle est jugé "très incertain" sur la base des études disponibles en ce qui concerne les interventions spécifiques (suppression de la puberté et administration d'hormones de rééquilibrage sexuel). La raison invoquée est notamment le faible nombre d'échantillons des études, dont la plupart sont des études d'observation sans groupe de contrôle. De plus, les comorbidités et les traitements concomitants ne sont pas suffisamment rapportés ou contrôlés dans les études existantes. Selon l'évaluation du NICE, il s'agit en outre d'études réalisées par un petit nombre de centres de traitement spécialisés, principalement dans l'espace européen, de sorte que les effets de sélection limitent la transposabilité des résultats.

L'état des preuves pour le traitement avec des bloqueurs de puberté est ici jugé encore plus incertain par rapport au traitement hormonal de rééquilibrage sexuel à l'adolescence, pour lequel les auteurs\* concluent, sur la base de cinq études originales, qu'un effet favorable sur les paramètres de résultats pour la santé mentale doit être considéré comme "probable" (voir ci-dessous).

Dans le présent rapport intérimaire de la *Cass Review*, qui doit élaborer pour le National Health Service England (NHS), entre autres sur la base des NICE-Reviews, de nouvelles recommandations pour les futures normes de traitement des adolescents souffrant de dysphorie de genre, cette question est discutée de manière critique. L'auteur souligne à cet égard que le seul blocage de la puberté ne peut pas constituer un traitement efficace de la dysphorie de genre : Les bloqueurs de puberté ne peuvent pas réduire durablement la souffrance liée au corps chez une personne adolescente souffrant de dysphorie de genre. Ils permettent seulement aux personnes concernées de bénéficier d'un sursis temporaire, au cours duquel il n'y a pas de progression d'autres modifications corporelles irréversibles au cours de la maturation pubertaire. On ne peut donc pas s'attendre à ce que l'issue d'un blocage de la puberté seul aille bien au-delà de la prévention d'une nouvelle aggravation de la souffrance physique dysphorique à laquelle il faudrait s'attendre en l'absence de traitement (Cass, 2022). L'effet mesurable d'un blocage de la puberté seul peut donc tout au plus consister en une réduction temporaire de la charge psychosociale et émotionnelle par la désactualisation de la peur d'une progression du développement de la maturité physique ainsi que par la perspective envisagée d'un traitement de transition modifiant le corps de manière échelonnée.

### **3. Études d'outcome sur la psychopathologie, la satisfaction de vie et la dysphorie de genre après des interventions de modification corporelle**

Une étude longitudinale menée aux Pays-Bas (de Vries et al., 2011) sur un échantillon de 70 adolescentes incongrues en termes de genre (47,1% de trans-femmes et 52,9% de trans-hommes) d'un âge moyen de 13,65 ans (fourchette : 11,1-17,0) a constaté une réduction significative des symptômes émotionnels et des troubles du comportement après un blocage de la puberté de près de deux ans par des analogues de la GnRH. Avant le début du traitement, 44,4% des participants présentaient des troubles émotionnels ou comportementaux dans une fourchette cliniquement pertinente. Après le traitement, ce pourcentage a diminué à 22,2%. En particulier, une réduction significative de la dépressivité a été observée avec une réduction de la valeur brute de l'inventaire de dépression de Beck (BDI) de 8,31 (seuil de dépression à 14) avant le traitement à une valeur de 4,95 au moment du suivi. En outre, une amélioration statistiquement significative du niveau de fonctionnement global a été observée, passant d'une moyenne de 70,24 (fourchette supérieure de certains symptômes psychiatriques légers) à 73,90 (fourchette de symptômes transitoires). En revanche, comme prévu, le niveau d'insatisfaction vis-à-vis de son propre corps n'a pas changé de manière statistiquement significative après le seul blocage de la puberté. L'échantillon était composé d'adolescents présentant une dysphorie de genre persistante après l'entrée dans la puberté, soigneusement diagnostiquée selon des critères définis. Tous les adolescents de cette étude ont poursuivi le blocage de la puberté au cours de l'étude et ont ensuite commencé un traitement hormonal de réassignation sexuelle.

Dans le cadre d'un autre suivi d'un sous-échantillon de l'étude précédente, 55 jeunes adultes (40,0% de femmes trans et 60,0% d'hommes trans) ayant suivi un traitement médical de transition en plusieurs étapes débuté à l'adolescence, comprenant d'abord un blocage de la puberté, puis une administration d'hormones de réassignation sexuelle et des opérations de réassignation sexuelle, ont été examinés après une période d'observation de sept ans en moyenne (de Vries et al., 2014). Au cours de cette période, des améliorations statistiquement significatives et cliniquement pertinentes ont été observées dans le domaine du niveau fonctionnel global, de la charge des symptômes psychopathologiques, de l'ampleur des troubles du comportement, de la qualité de vie liée à la santé et de la satisfaction de vie subjective, ainsi qu'une diminution statistiquement significative de l'insatisfaction corporelle. Alors que les scores initiaux pour la charge des symptômes psychopathologiques et la qualité de vie liée à la santé avant le début de la suppression de la puberté se situaient en grande partie dans la zone des anomalies cliniques, les scores moyens pour la qualité de vie liée à la

santé, la satisfaction de vie générale et le degré de charge des symptômes psychopathologiques après la suppression de la puberté se situaient dans la zone des anomalies cliniques.



traitement de transition de modification corporelle entièrement suivi dans la zone de référence d'échantillons de normalisation représentatifs de la population. Dans cette étude, les adolescents ont été admis aux traitements de modification corporelle selon des critères définis pour le traitement à l'adolescence. Seuls les adolescents ayant une identité transgenre binaire et ne présentant pas de diagnostics psychiatriques associés susceptibles d'interférer avec le diagnostic ou le traitement de la dysphorie de genre ont été inclus. De plus, tous les jeunes inclus ont bénéficié d'un accompagnement professionnel tout au long des étapes médicales de la transition par le centre de traitement (Cohen-Kettenis et al., 2008).

Dans une étude menée en Grande-Bretagne (Costa et al., 2015), 201 adolescents âgés en moyenne de 15,52 ans (fourchette : 12-17) ont d'abord reçu un soutien psychologique pendant plusieurs mois. Parmi eux, 121 adolescents (38,5% de trans-femmes et 61,5% de trans-hommes) ont bénéficié d'une indication positive de principe pour un blocage de la puberté 6 mois après l'enquête de référence. Parmi eux, 60 ont été traités immédiatement par un blocage de la puberté (groupe 1). Pour les 61 restants, la décision de commencer un blocage pubertaire a été reportée en raison de diverses incertitudes (groupe 2). La plupart du temps, cette décision a été justifiée par la présence de troubles psychiques plus nombreux et plus complexes. Le groupe 2 a continué à recevoir exclusivement un soutien psychologique non spécifié pendant la collecte des données pour cette étude. Les groupes formés dans le cadre de cette étude ne sont donc pas comparables, car leur aspect clinique différait systématiquement par rapport à l'enquête de référence. Ils ne peuvent donc être rapportés que comme des cohortes de suivi séparées. Pour les deux groupes, le suivi a montré une amélioration statistiquement significative du niveau fonctionnel global. Les données rapportées ne permettent pas de conclure à un effet add-on spécifique d'un blocage de la puberté. Les résultats soulignent l'hétérogénéité du groupe de patients en ce qui concerne les anomalies psychopathologiques concomitantes.

Dans la plus grande étude de suivi menée à ce jour sur 148 adolescents américains par Kuper et al. (2020), ceux-ci ont été traités uniquement par blocage de la puberté ( $N = 25$ , âge moyen de 13,7 ans avec une fourchette de 9,8 à 14,9) ou par traitement hormonal féminisant ou masculinisant ( $N = 123$ , âge moyen de 16,2 ans avec une fourchette de 13,2 à 18,6). Après une période de suivi de 14,9 mois en moyenne, le rapport des adolescents sur les valeurs moyennes a montré un net recul de la dysphorie de genre avec une amélioration de leur satisfaction corporelle, une amélioration légère à modérée des symptômes dépressifs et une amélioration tout aussi légère des symptômes anxieux. Ces changements étaient statistiquement significatifs.

Une étude de suivi menée en Allemagne (Becker-Hebly et al., 2021), principalement après un traitement par blocage de la puberté, des hormones de réassignation sexuelle ou une opération, parvient à des résultats similaires. Les données de 75 personnes (14,7% de trans-femmes et 85,3% de trans-hommes) avec un âge moyen à la mesure de base de 15,56 ans (fourchette 11-18). Des améliorations descriptives légères à moyennes de la psychopathologie ont été observées après une période d'enquête de deux ans en moyenne. La significativité statistique inférentielle n'a pas été testée.

Une étude de suivi avec des résultats préliminaires en Suisse (Pauli et al., 2020) de 51 adolescents (23,9% de transfémminins et 76,1% de transmasculins ; âge à la ligne de base 16,3 ans en moyenne, tranche 13-19), traités pour la plupart par blocage de la puberté ou par hormones de réassignation sexuelle, a montré des résultats en partie similaires sur une période d'enquête de deux ans en moyenne. Seuls les jeunes transfémminins ont vu leur score psychopathologique global diminuer. Ce changement n'a cependant pas été significatif du point de vue des statistiques d'inférence en raison du faible nombre de cas ( $N=12$ ) et n'a pas pu être mis en évidence pour les jeunes trans masculins. Une transition sociale accomplie s'est avérée être un facteur prédictif positif pour les aspects de la satisfaction de vie.

Pour cinq des six études de suivi mentionnées ci-dessus, il convient de tenir compte du fait qu'il s'agit de données historiques après 12-24 mois, alors que l'intervalle de suivi à long terme est de sept ans pour l'une des deux études néerlandaises (de Vries et al., 2014). De plus, il faut tenir compte du fait que, dans certaines des études de suivi mentionnées, tous les adolescents n'ont pas d'abord reçu un blocage de la puberté, mais que, dans trois études, une partie de l'échantillon a directement reçu un traitement hormonal de réassignation sexuelle en raison de l'âge déjà avancé au début du traitement.

Dans une autre étude de suivi naturaliste menée sur une période totale de 12 mois (Tordoff et al., 2022), 104 adolescents et jeunes adultes américains se rendant dans un centre de traitement spécialisé ont été examinés (dont 26,0% de femmes trans, 60,6% d'hommes trans, 13,4% de non-binaires ou d'inconnus). Leur âge moyen au début de l'étude était de 15,8 ans (fourchette : 13 - 20). Il s'est avéré que la fréquence des comportements d'automutilation ou des pensées suicidaires était de 45% dans le groupe des jeunes n'ayant pas encore été traités par la médecine physique lors de la mesure de référence. Après 12 mois, elle était de 37% chez les adolescents traités entre-temps par blocage de la puberté ou par hormones de rééquilibrage sexuel. Les données rapportées de cette étude ne permettent toutefois pas de déterminer dans quelle mesure cette baisse modérée est due ou non à un effet du traitement, étant donné que le groupe témoin rapporté des personnes non traitées

( $N = 6$ ) est trop petit et ne peut être considéré comme comparable en raison des différences supposées entre les groupes.

Une étude comparative rétrospective (Turban et al., 2020) chez des adultes se définissant comme trans a examiné les sous-groupes de ceux qui ont été traités temporairement par des bloqueurs de puberté à l'adolescence ( $N = 89$ ) et de ceux qui l'ont souhaité mais ne l'ont pas reçu. Ceux qui avaient reçu le blocage de la puberté conformément à leur souhait présentaient une prévalence de suicidalité à vie statistiquement significativement plus faible par rapport à ceux qui ne l'avaient pas reçu malgré leur souhait.

Dans une analyse secondaire des données de l'U.S. Transgender Survey, à laquelle ont participé plus de 27.000 personnes trans adultes (26,2% de trans-femmes, 29,6% de trans-hommes et 44,2% de non-binaires ou d'autres identités de genre), la relation entre une thérapie hormonale de réassignation sexuelle et des mesures de résultats pour la santé mentale (stress psychosocial actuel et pensées suicidaires) a été examinée rétrospectivement (Turban et al., 2022). Les sous-groupes ont été distingués selon qu'un tel traitement hormonal avait déjà commencé à l'adolescence (14-17 ans ;  $N = 481$ ) ou seulement après 18 ans ( $N = 12.257$ ). Un autre sous-groupe a été défini, celui des personnes qui ont déclaré n'avoir jamais reçu un tel traitement hormonal malgré un souhait correspondant ( $N = 8860$ ). Après contrôle statistique de différentes variables potentiellement confondantes, il s'est avéré que la fréquence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois était statistiquement significativement plus faible et que le stress psychosocial actuel était significativement plus faible dans le groupe des personnes traitées à l'adolescence par rapport à celles traitées à l'âge adulte. Comme on pouvait s'y attendre, les valeurs de résultat pour la santé psychique étaient encore une fois significativement plus mauvaises chez les personnes qui n'ont pas été traitées malgré leur souhait que chez celles qui ont été traitées à partir de l'âge adulte. Ceci doit être considéré comme une indication d'un effet favorable sur la santé psychique à long terme d'un traitement hormonal commencé dès l'adolescence en cas d'incongruité sexuelle persistante.

Pour ces deux dernières études, il faut toutefois tenir compte des biais possibles liés aux enquêtes rétrospectives, qui constituent une limite. Il est ainsi possible que les personnes ayant de meilleurs résultats initiaux en matière de santé mentale aient accès plus tôt aux traitements de réassignation sexuelle, ce qui pourrait surestimer l'effet positif d'un début d'intervention plus précoce. De même, les effets de sélection possibles sur l'échantillon global par le recrutement via des organisations de la *communauté trans* limitent la transférabilité à d'autres échantillons. Cela ne devrait toutefois pas avoir d'effet de distorsion sur l'effet de la comparaison interne par groupe d'âge au début du traitement.

### 3.1. Comparaison avec les études menées à l'âge adulte

Les preuves d'un résultat favorable en termes de santé des interventions médicales de réassignation sexuelle chez les patients\* adultes souffrant de dysphorie de genre sont nettement plus complètes. Il convient d'en tenir compte lors de l'évaluation de l'efficacité attendue de ces traitements chez les adolescents. Une méta-analyse a évalué  $N = 28$  études avec un total de  $N = 1833$  patients\* ( $N = 1093$  trans-femmes,  $N = 801$  trans-hommes) qui ont subi un traitement médical de transition pour l'ajustement du sexe, qui comprenait une hormonothérapie (Murad et al., 2010). Au total, 80% des personnes traitées ont rapporté une amélioration significative de la dysphorie de genre (IC 95% = 68- 89% ; 8 études ;  $I_{ch2} = 82%$ ) ; 78% ont rapporté une amélioration significative des symptômes psychologiques (IC 95% = 56- 94% ; 7 études ;  $I_{ch2} = 86%$ ) ; 80% ont rapporté une amélioration significative de la qualité de vie (IC 95% = 72-88% ; 16 études ;  $I_{ch2} = 78%$ ) ; et 72% ont rapporté une amélioration significative de la fonction sexuelle (IC 95% = 60-81% ; 15 études ;  $I_{ch2} = 78%$ ). Cependant, étant donné qu'il s'agissait principalement d'études d'observation non contrôlées, le niveau de preuve est ici aussi considéré comme faible malgré le nombre élevé de cas.

### 3.2. Études d'outcome sur les éventuelles séquelles somatiques et cognitives des interventions médicales à l'adolescence

Certains affirment que l'utilisation de bloqueurs de puberté à l'adolescence pourrait comporter des risques imprévisibles en termes de séquelles somatiques ou cognitives. Il convient de tenir compte du fait qu'un traitement conforme aux directives avec des inhibiteurs de la puberté et/ou des hormones de réassignation sexuelle à l'adolescence ne devrait être entrepris qu'après une indication professionnelle soigneuse, une évaluation individualisée des bénéfices et des risques en fonction de l'âge et un contrôle endocrinologique continu avec un monitoring correspondant de tous les paramètres médicaux importants. En cas de blocage de la puberté, sa durée devrait en outre toujours être limitée dans un cadre qui semble acceptable du point de vue endocrinologique, notamment pour minimiser le risque d'effets néfastes sur la densité osseuse ultérieure (pour les aspects relatifs à la sécurité du traitement, voir le chapitre VIII → "*Aspects somatiques des interventions hormonales*").

Les études suivantes sur les résultats somatiques et cognitifs après des interventions médicales ont été passées en revue dans le cadre de l'élaboration des lignes directrices :

Une étude (Staphorsius et al., 2015) portant sur des adolescents diagnostiqués avec ce que l'on appelait encore à l'époque un "*trouble de l'identité de genre*" (TIS) selon les critères diagnostiques du

Le DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) a étudié l'influence du blocage pubertaire sur les fonctions exécutives, ici dans le sens de la capacité à planifier et opérationnalisée par la "Tower of London Task" (ToL) et par des scanners IRMf. La question était de savoir si un blocage temporaire de la puberté à l'adolescence pouvait entraîner des déficits de maturation dans le cortex préfrontal. Vingt adolescents ont participé à l'étude pendant un blocage de la puberté (40% de femmes trans, 60% d'hommes trans) et vingt adolescents sans traitement médical (50% d'hommes trans et 50% de femmes trans). Leur âge moyen était de 15,4 ans (min. 12 ans). Les participants du groupe d'intervention étaient traités par un blocage de la puberté depuis 1,6 ans en moyenne (*écart-type* = 1,0). Aucun effet négatif statistiquement significatif du blocage de la puberté sur les fonctions exécutives étudiées n'a été mis en évidence, à l'exception d'une précision moindre des tâches ToL par les filles trans traitées par blocage de la puberté par rapport au groupe de contrôle.

Une autre étude (Arnoldussen et al., 2022) a pu montrer que chez 72 participants (27 trans-femmes et 45 trans-hommes), après un intervalle de suivi de près de 8 ans après le blocage de la puberté et le traitement hormonal de réassignation sexuelle qui a suivi, le niveau de formation et la réussite professionnelle par rapport au QI mesuré avant le traitement se situaient dans la fourchette du niveau de formation et de la réussite professionnelle attendus à partir des données de la population normale.

Quatre études (Joseph et al., 2019 ; Klink et al., 2015 ; Schagen et al., 2020 ; Vlot et al., 2017) portant sur des paramètres somatiques ont examiné, entre autres, la densité osseuse après un blocage pubertaire suivi d'une administration d'hormones de rééquilibrage sexuel. Le point commun de ces études est qu'une diminution statistiquement significative de la densité osseuse absolue a été observée lors d'un blocage de la puberté. Cette diminution a été compensée par un traitement hormonal de rééquilibrage sexuel, qui a permis de ramener la densité osseuse à des valeurs normales.

Dans une étude (Vlot et al., 2017), la densité osseuse des femmes trans s'est normalisée, alors que celle des hommes trans restait en moyenne inférieure aux valeurs normales pour les femmes cis du même âge. Dans une autre étude (Schagen et al., 2020), la densité osseuse des hommes trans s'est complètement normalisée, alors que la diminution de la densité osseuse sous traitement hormonal de réassignation sexuelle ne s'est pas complètement renormalisée chez les femmes trans uniquement. Les résultats détaillés des études sont présentés au chapitre VIII → *"Aspects somatiques des interventions hormonales"*.

En résumé, les études, parfois hétérogènes, indiquent clairement que des exigences particulières doivent être posées à une réalisation professionnelle lors de l'indication d'un blocage de la puberté suivi, le cas échéant, d'une administration d'hormones de réassignation sexuelle afin de minimiser les effets secondaires somatiques potentiels. En particulier, une limitation temporelle d'un blocage de la puberté, évaluée rationnellement d'un point de vue physiologique, semble importante pour minimiser les risques somatiques (voir chapitre VIII → "*Aspects somatiques des interventions hormonales*").

D'autres résultats concernant les effets somatiques des traitements hormonaux, y compris les effets possibles à prendre en compte d'un blocage précoce de la puberté sur la nécessité, la faisabilité ou la non-nécessité d'opérations ultérieures de réassignation sexuelle (par exemple, non-nécessité d'une mastectomie ultérieure chez les garçons trans ou effets sur les procédures chirurgicales en cas de souhait ultérieur de réassignation génitale chez les filles trans) sont également rapportés et discutés au chapitre VIII → "*Aspects somatiques des interventions hormonales*".

### **3.3. Études de suivi sur l'évolution de l'incongruité sexuelle après le début de traitements médicaux (y compris la désistance)**

Dans la première étude de suivi néerlandaise de De Vries et al. (2011) rapportée ci-dessus, tous les adolescents sans exception qui avaient commencé le traitement par des bloqueurs de puberté ont également commencé un traitement hormonal de réassignation sexuelle par la suite. Une étude rétrospective plus récente menée dans le même centre de traitement a relativisé ce résultat. Sur 143 adolescents traités par des bloqueurs de puberté entre 2010 et 2018, 125 (87%) ont ensuite poursuivi leur traitement par des hormones de réassignation sexuelle. En moyenne, cela s'est produit après 12 mois pour les filles trans et après 10 mois pour les garçons trans (Brik et al., 2020). Cinq jeunes étaient encore trop jeunes au moment de l'étude pour commencer un traitement hormonal de réassignation sexuelle, chez cinq jeunes la dysphorie de genre n'avait pas persisté au cours de l'évolution et quatre jeunes n'ont pas poursuivi le blocage de la puberté pour d'autres raisons (p. ex. effets secondaires indésirables).

Ces données plaident en faveur de l'hypothèse selon laquelle, après le début d'un blocage de la puberté indiqué par un professionnel, qui empêche temporairement la progression de la formation irréversible des caractères sexuels secondaires du corps dans n'importe quelle direction, la possibilité d'une persistance de l'incongruité sexuelle subsiste au cours du développement ultérieur. Le blocage de la puberté ne se produit donc pas dans une situation d'échec.

"Fixation" sur la voie d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle ultérieur

même chose. Cela souligne le caractère fondamentalement rationnel d'un blocage de la puberté, selon lequel celui-ci permet d'obtenir une fenêtre de temps limitée pour réfléchir à l'identité sexuelle avec une désactualisation temporaire de l'angoisse liée à la poursuite du développement pubertaire.

Dans une étude canadienne portant sur 27 adolescents dysphoriques de genre traités par blocage de la puberté, 19 (70,4%) ont été suivis d'une administration d'hormones de réassignation sexuelle (Khatchadourian et al., 2014). Une seule fille trans a été signalée comme ne souhaitant pas poursuivre la transition. Pour les autres, l'arrêt du blocage de la puberté s'est fait pour d'autres raisons (par exemple des effets secondaires indésirables).

### **3.4. Études de suivi sur les opérations de réassignation sexuelle**

Il existe peu de littérature sur les interventions de réassignation sexuelle chez les mineurs. A l'adolescence, selon les recommandations internationales actuelles de la WPATH (Coleman et al., 2022), l'indication d'une mastectomie Opérations après traitement hormonal de réassignation sexuelle peut être posée chez les garçons trans mineurs présentant une incongruité sexuelle persistante et une forte dysphorie de genre en ce qui concerne la poitrine féminine (voir ci-dessous). Des études menées auprès d'adolescents trans masculins souhaitant subir une mastectomie ont montré que la dysphorie mammaire des personnes concernées était associée à des taux fortement accrus d'anxiété, de dépression et de stress, et qu'elle pouvait entraîner des limitations fonctionnelles telles que l'évitement du sport ou des activités de natation (Mehringer et al., 2021 ; Olson- Kennedy et al., 2018 ; Sood et al., 2021). Des études de suivi menées auprès d'adolescentes ayant subi une mastectomie pour réduire leur dysphorie mammaire ont montré de bons résultats chirurgicaux, une satisfaction quant aux résultats et un minimum de regrets pendant la période de suivi de l'étude (Marinkovic & Newfield, 2017 ; Olson-Kennedy et al., 2018). Une étude a rapporté qu'après avoir commencé à administrer de la testostérone à des hommes transgenres, il était possible d'obtenir un résultat positif.

adolescentes, la dysphorie liée à la poitrine féminine peut augmenter progressivement (Olson-Kennedy et al., 2018).

### **3.5. Enquêtes auprès des demandeurs de traitement sur la fertilité et les critères d'indication**

Une étude a montré qu'il existe un écart entre le recours (encore) faible aux mesures médicales de protection de la fertilité (cryoconservation) par les jeunes qui commencent un traitement de modification corporelle en raison d'une incongruité ou d'une dysphorie de genre et le nombre plus élevé de personnes qui expriment un désir d'enfant après un traitement de modification corporelle antérieur (De Roo et al., 2016). Cela indique que l'importance d'un

éventuel désir d'enfant ultérieur chez les jeunes trans est jusqu'à présent sous-estimée par les professionnels de la santé. Un site



L'information et le conseil médical sur les options médicales de protection de la fertilité devraient donc être dispensés, dans la mesure du possible, avant de poser l'indication d'une intervention de modification corporelle (voir les recommandations ci-dessous).

Une enquête qualitative menée auprès de 13 adolescents néerlandais souffrant de dysphorie de genre et ayant commencé un premier traitement médical de transition à l'âge moyen de 16 ans et 11 mois a révélé que la plupart d'entre eux considéraient comme problématique la fixation d'une limite d'âge minimale pour l'indication d'un blocage de la puberté et qu'une approche individuelle basée sur le développement était plus appropriée. En ce qui concerne le manque connu d'études sur les éventuelles conséquences somatiques à long terme d'un blocage de la puberté, les adolescents ont exprimé qu'ils souhaiteraient certes disposer de plus de données à ce sujet, mais qu'ils ne remettraient pas en question l'indication pour eux-mêmes en raison de leur grande souffrance sans autre alternative de traitement en raison du manque de données (Vrouenraets et al., 2016).

Apparemment, les conséquences concrètement prévisibles d'une progression de plus en plus irréversible de la formation de caractères sexuels secondaires en cas d'absence de traitement ont pesé plus lourd dans la balance que l'incertitude des données disponibles sur les éventuelles conséquences tardives du traitement. Dans une autre étude portant sur 15 adolescents et jeunes adultes trans américains âgés en moyenne de 18 ans, les personnes concernées ont exprimé le souhait d'un accès individualisé plus flexible aux mesures de suppression de la puberté et de réassignation sexuelle (Gridley et al., 2016).

#### **4. Résumé de l'évaluation des données probantes**

Dans l'ensemble, on peut constater que les données rapportées dans les études de cohorte cliniques non contrôlées menées jusqu'à présent sur les interventions hormonales chez les adolescents ayant reçu un diagnostic d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre fournissent des indications de même sens sur un résultat favorable des paramètres mesurés pour la santé psychique et la satisfaction dans la vie, lorsqu'un traitement hormonal de réassignation sexuelle faisait au moins partie du traitement. Le niveau de preuve est faible en raison des limites méthodologiques discutées ci-dessus. En particulier pour les études de cohorte néerlandaises rapportées, la transférabilité des résultats est incertaine en raison des effets de sélection dus à des critères d'inclusion idéalement définis et au fait que trois études proviennent du même centre.

résultats sont limités. Dans la revue systématique du National Institute for Health and Care Excellence britannique (2020b), on peut lire à ce <sup>sujet</sup><sup>1</sup> :

"Les résultats de cinq études observationnelles non contrôlées (Achille et al., 2020 ; Allen et al., 2019 ; Kaltiala et al., 2020 ; Kuper et al., 2020 ; López De Lara et al., 2020) suggèrent que, chez les enfants et les adolescents souffrant de dysphorie de genre, le traitement hormonal de réassignation sexuelle améliore probablement les symptômes de dysphorie de genre et peut-être aussi la dépression, l'anxiété, la qualité de vie, les tendances suicidaires et le fonctionnement psychosocial. Les effets du traitement sur l'image corporelle ne sont pas clairs. Tous les résultats étaient [au regard de leur niveau de preuve] de très faible certitude". (2020b, p. 50).

En revanche, dans les études où l'intervention rapportée consistait uniquement en un blocage de la puberté, on pouvait tout au plus déduire de faibles indices d'un outcome favorable sur les paramètres mesurés (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2020a). Cela s'explique par le rationnel de cette phase d'un traitement échelonné : en stoppant temporairement une virilisation ou une féminisation de plus en plus irréversible de l'apparence physique, il ne faut pas s'attendre à ce qu'une souffrance dysphorique liée au sexe et au corps puisse être réduite durablement. Il s'agit donc plutôt d'éviter une aggravation de cette souffrance à laquelle on peut s'attendre sans traitement (Cass, 2022 ; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2020a).

*Déclaration fondée sur des preuves :*

---

---

<p><b>VII. E1.</b> Il existe des preuves issues d'études non contrôlées sur l'évolution de la dysphorie de genre persistante chez les patients* diagnostiqués à l'adolescence et recevant un <i>traitement de modification corporelle échelonné</i> dans le <i>cadre d'une transition socialement assistée</i>, qui montrent une amélioration à long terme de la qualité de vie et de la santé mentale à l'âge adulte.</p>
--

*Niveau de preuve* : faible (2 études avec des cohortes différentes dans le même centre)

---

Références : (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1997 ; de Vries et al., 2011, 2014).

---

<sup>1</sup> propre traduction spécialisée par les auteurs\* de la commission des lignes directrices

Dans les études rapportées, un tel *traitement de modification corporelle échelonné* comprenait en règle générale, en fonction d'une *indication spécifique posée par un spécialiste, les éléments suivants* :

1. une suppression temporaire de la puberté ;
2. un traitement hormonal de réassignation sexuelle subséquent ; et
3. à une date ultérieure, des opérations de réassignation sexuelle.

Pour tous les patients inclus dans les études rapportées, une indication interdisciplinaire a été posée selon le *protocole dit hollandais*, ainsi qu'un accompagnement professionnel continu pendant toute la durée du processus de transition.

## **5. Recommandations issues de lignes directrices et d'articles de synthèse antérieurs pour la pose d'indications**

La plupart des lignes directrices et des articles de synthèse actuels recommandant l'indication de mesures de modification corporelle chez les adolescents présentant une incongruité ou une dysphorie de genre contiennent des déclarations similaires ou compatibles entre elles. Celles-ci peuvent être divisées en recommandations sur les qualifications professionnelles requises des personnes qui indiquent les interventions, sur les mesures diagnostiques et thérapeutiques psychologiques et psychiatriques préalables, sur les examens somatiques préalables et sur les conditions pour un consentement éclairé des personnes concernées.

Les présentes lignes directrices et recommandations internationales reposent sur une méthodologie transparente d'élaboration des lignes directrices :

*Lignes directrices des sociétés médicales internationales* :

- *Association professionnelle mondiale pour la santé des transgenres (WPATH)* - Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8 (Coleman et al., 2022) : Respect total des critères NICE, notamment revue de la littérature externe indépendante, large participation d'experts internationaux reconnus, procédure Delphi structurée pour trouver un consensus (comparable au niveau S3 de l'AWMF).
- *Endocrine Society* - Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons : an Endocrine Society Clinical Practice Guideline (Hembree et al., 2017) : Recherche documentaire systématique et revue systématique de la littérature, grading des recommandations en fonction de la force des preuves, consensus d'experts et

consensus de plusieurs sociétés savantes participantes (comparable au niveau S3 de l'AWMF).

*Lignes directrices des sociétés médicales nationales :*

- *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP, association médicale de psychiatrie/psychiatrie infantile et juvénile) : Recognising and addressing the mental health needs of people experiencing Gender Dysphoria / Gender Incongruence (RANZCP, 2021) : Recommandations pratiques simples basées sur le consensus d'une société médicale (le plus comparable au niveau S1).*
- *American Pediatric Association - Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents (Rafferty et al., 2018) : Recommandations pratiques simples basées sur le consensus d'une société médicale (le plus comparable au niveau S1)*

Les évaluations systématiques DELBI de la qualité méthodologique de toutes les lignes directrices examinées sont présentées dans le tableau 2 du rapport sur les lignes directrices (p. 13).

### **5.1. Normes relatives aux qualifications professionnelles du spécialiste qui pose l'indication**

Les lignes directrices internationales susmentionnées indiquent des critères concernant les qualifications professionnelles des spécialistes qui doivent poser l'indication d'un traitement de modification corporelle chez les enfants et les adolescents présentant une incongruité de genre. Les lignes directrices actuelles de la *World Professional Association for Transgender Health* exigent un professionnel de la santé mentale de niveau post-universitaire avec une formation et une expertise supplémentaires dans le domaine du développement de l'identité de genre et de l'incongruité sexuelle. Pour les professionnels travaillant avec des jeunes dysphoriques de genre appartenant au spectre de l'autisme, une expertise dans ce domaine ou une collaboration avec des professionnels ayant une expertise spécifique à cet égard est également requise (Coleman et al., 2022).

La directive de l'*Endocrine Society* exige également qu'un spécialiste de la santé mentale ayant des qualifications en matière de diagnostic psychiatrique pose l'indication. En outre, des connaissances spécifiques sont requises en matière de diagnostic différentiel de l'incongruité sexuelle, de critères pour les traitements de modification corporelle en cas d'incongruité sexuelle, ainsi que la capacité d'évaluer la compréhension réfléchie des personnes concernées quant aux mesures de traitement envisageables et aux circonstances psychosociales susceptibles d'interférer avec le traitement. La participation régulière à des activités de formation continue est également requise (Hembree et al., 2017).

La recommandation du *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*

(*RANZCP*) définit les psychiatres (d'enfants et d'adolescents) comme étant, entre autres, des "professionnels de la santé mentale".

professionnels" comme spécialistes appropriés pour poser l'indication (RANZCP, 2021). Il est fait référence à l'expérience nécessaire des soignants, mais celle-ci n'est pas définie plus en détail. Il y est également souligné l'importance de la collaboration interdisciplinaire dans la pose de l'indication.

Les lignes directrices de l'American Pediatric Association (Rafferty et al., 2018) appellent à une collaboration entre les professionnels de la pédiatrie ou de l'endocrinologie et les professionnels de la santé mentale ayant une expertise en psychologie du développement et en incongruité de genre.

## **5.2. Mesures diagnostiques et thérapeutiques psychiatriques et psychothérapeutiques**

La condition de base pour l'indication de mesures de modification corporelle chez les adolescents est, dans toutes les lignes directrices et revues narratives existantes, la présence d'une incongruité sexuelle ou d'une dysphorie de genre stable/persistante confirmée par le diagnostic. Celle-ci est généralement décrite comme "persistante", mais aucune durée minimale ni aucun critère clair ne sont indiqués pour prédire sa persistance à l'avenir (Agana et al., 2019 ; Hembree et al., 2017). Dans les lignes directrices actuelles de la WPATH, l'indication d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle exige une incongruité sexuelle persistante sur plusieurs années ("*several years*") en raison de son caractère partiellement irréversible :

"Compte tenu des changements potentiels dans les expériences et les besoins liés au genre au cours de l'adolescence, il est important de s'assurer que la jeune personne a vécu plusieurs années de diversité/incongruence de genre persistante avant d'initier des traitements moins réversibles tels que les hormones d'affirmation de genre ou les surgelés". (Coleman et al., 2022, p. 60).

Pour poser l'indication d'un blocage de la puberté, on utilise certes aussi un test de grossesse réalisé sur un échantillon de sang.

Il est toutefois constaté qu'une période de plusieurs années ne peut être exigée pour le développement de la puberté précoce pour des raisons pratiques et qu'elle ne permettrait pas d'éviter le stress lié à la progression des modifications corporelles de la puberté :

"Toutefois, dans ce groupe d'âge de jeunes adolescents, plusieurs années ne sont pas toujours pratiques ni nécessaires compte tenu de la remise du traitement comme moyen d'économiser du temps tout en évitant la détresse causée par des changements irréversibles de la puberté". (Coleman et al., 2022, p. 60).

Tant la définition du diagnostic d'incongruité sexuelle selon la CIM-11 (OMS, 2022) que celle du diagnostic de dysphorie de genre selon le DSM-5 (APA, 2013) incluent explicitement les variantes non binaires de l'identité de genre. Par conséquent, dans tous les nouveaux

lignes directrices fondées sur cette définition, les jeunes ayant une identité de genre non binaire ne sont pas explicitement exclus des traitements de modification corporelle (T'Sjoen et al., 2020).

Les directives internationales et les articles de synthèse s'accordent à demander, avant de poser l'indication d'une mesure de modification corporelle, la réalisation d'un diagnostic psychologique et psychiatrique (*assessment*) tenant compte des circonstances psychiques concomitantes et, le cas échéant, des troubles psychopathologiques coexistants (Agana et al, 2019 ; Coleman et al., 2022 ; Hembree et al., 2017 ; RANZCP, 2021), tout en soulignant parfois explicitement la saisie des facteurs de résilience et des ressources (T'Sjoen et al., 2020). Les recommandations du RANZCP (2021) précisent en outre que les circonstances de la première apparition de la dysphorie de genre devraient être explorées. Toutes les lignes directrices et recommandations indiquent qu'avant de commencer le traitement, il convient de s'assurer qu'en cas d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre diagnostiquée, tout trouble mental associé existant est diagnostiqué de manière appropriée et ne doit pas interférer avec la clarté du diagnostic d'incongruence sexuelle ni avec la mise en œuvre d'un traitement modifiant l'état corporel. Le cas échéant, le traitement doit être adapté à ces particularités.

Comme indiqué au chapitre IV → *"Troubles psychiques associés et problèmes de santé chez les enfants et adolescents présentant une incongruité de genre ou une dysphorie de genre"*, la morbidité psychiatrique est élevée chez les enfants et adolescents présentant une incongruence de genre ou une dysphorie de genre. Étant donné que chez les adolescents souffrant d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre, une psychopathologie concomitante est, selon l'expérience clinique acquise jusqu'à présent par les experts\* participant à l'élaboration des lignes directrices, souvent co-conditionnée par les circonstances accompagnant la dysphorie de genre (notamment le stress lié à la dysphorie corporelle, les problèmes psychosociaux dans l'environnement dus au manque d'acceptation, le stress lié aux minorités, les expériences de discrimination, la trans-négativité intériorisée, etc.), les troubles psychiques ne doivent pas être considérés en soi comme une contre-indication aux mesures de modification corporelle.

L'objectif des mesures de modification corporelle en cas de diagnostic confirmé est d'atténuer la dysphorie corporelle et la souffrance psychique, et donc le fardeau psychopathologique. C'est pourquoi les lignes directrices et les articles de synthèse actuels recommandent, en présence d'un trouble psychique coïncidant avec une incongruité sexuelle diagnostiquée, que celle-ci soit adressée et traitée de manière appropriée dans le cadre d'un concept de traitement intégré, lorsque des mesures de modification corporelle sont envisagées



(Agana et al., 2019 ; Coleman et al., 2022 ; Hembree et al., 2017 ; RANZCP, 2021) .

En ce qui concerne l'environnement social, les directives internationales actuelles recommandent, avant de poser une indication pour des mesures de modification corporelle, de s'assurer que ces mesures sont suffisamment soutenues par l'environnement familial ou social. En revanche, la psychothérapie d'accompagnement, encore exigée dans les décennies précédentes comme condition obligatoire pour la pose de l'indication (Möller et al., 2014), ne figure plus dans les directives internationales actuelles (Coleman et al., 2022 ; Hembree et al., 2017). L'indication d'un accompagnement psychothérapeutique est déterminée au cas par cas en fonction des besoins (voir recommandations chapitre V → "*Psychothérapie et interventions psychosociales*").

### **5.3. Examens somatiques préliminaires**

En ce qui concerne les examens somatiques préalables, il convient de s'assurer, conformément aux lignes directrices existantes, qu'il n'existe aucune contre-indication somatique au traitement de modification corporelle concerné (Hembree et al., 2017 ; Rafferty et al., 2018 ; T'Sjoen et al., 2020). D'autres recommandations à ce sujet sont développées au chapitre VIII → "*Aspects somatiques des interventions hormonales*".

### **5.4. Conditions préalables au consentement éclairé des mineurs**

Toutes les recommandations existantes des lignes directrices internationales exigent une information détaillée des adolescents et de leurs tuteurs sur les mécanismes d'action et les conséquences, y compris les éventuels effets secondaires, de la mesure de modification corporelle indiquée (Agana et al., 2019 ; Coleman et al., 2022 ; Hembree et al., 2017 ; RANZCP, 2021). Cette information devrait notamment porter sur les effets possibles sur la fertilité, la sexualité, l'expérience relationnelle, l'expérience corporelle et les effets de chaque mesure sur d'éventuelles autres mesures de modification corporelle visant à adapter le sexe (Coleman et al., 2022 ; T'Sjoen et al., 2020). Les incertitudes dans la prise de décision et l'état des preuves devraient également être mentionnées (RANZCP, 2021). En outre, la prise de décision informée et la capacité à donner un consentement éclairé doivent être documentées de manière professionnelle (RANZCP, 2021).

Le consentement éclairé des personnes concernées, capables de consentir (D), de décider (A) ou de juger (CH), est primordial avant de décider d'un traitement ; selon le degré de maturité des jeunes et la situation juridique des pays, le consentement des titulaires de l'autorité parentale est également déterminant pour les mineurs (Agana et al., 2019 ; Coleman et al., 2022 ; Hembree et al., 2017). Des limites d'âge claires pour l'indication de mesures de modification corporelle sont encore parfois indiquées dans d'anciennes lignes directrices, comme

par exemple l'âge de 12 ans pour le blocage de la puberté (Byne et al., 2012). Dans la ligne directrice de la

Endocrine Society, il est indiqué que la maturité mentale nécessaire pour donner un consentement éclairé à un traitement hormonal de réassignation sexuelle est généralement atteinte vers 16 ans, mais qu'une indication plus précoce, à partir de 14 ans, peut être justifiée dans certains cas (Hembree et al., 2017). Il y est recommandé d'adopter une approche basée sur le développement et la maturité sans limite d'âge fixe pour la mastectomie de réassignation sexuelle, mais la limite d'âge de 18 ans reste indiquée pour les opérations génitales de réassignation sexuelle (Hembree et al., 2017).

Dans les directives actuelles de la WPATH (Coleman et al., 2022), la recommandation de limites d'âge pour les différentes étapes de traitement de modification corporelle a également été abandonnée au profit d'une approche psychologique du développement et d'une indication en fonction de la maturité somatosexuelle et psychique individuelle. Cela correspond également à la situation juridique allemande ainsi qu'aux situations juridiques correspondantes en Suisse. Suisse et Autriche pour la détermination la capacité de consentement/de décision/de discernement des mineurs pour les interventions médicales. Celle-ci ne doit pas être évaluée en fonction de limites d'âge, mais doit être examinée individuellement (voir chapitre X → "Droit et éthique").

Pour le blocage de la puberté comme pour l'administration d'hormones de réassignation sexuelle, il est demandé que l'indication soit posée au cas par cas, après évaluation des avantages et des risques attendus d'une étape de traitement et en fonction du degré de maturité individuel des personnes concernées, en collaboration avec les personnes concernées et leurs représentants légaux (Coleman et al., 2022). Selon la ligne directrice *Standards of Care* de la WPATH, une mastectomie peut être indiquée chez les patients trans-masculins mineurs présentant une incongruité de genre en cas de forte souffrance liée à la dysphorie de genre et après avoir soigneusement pesé les avantages et les inconvénients attendus de cette étape du traitement (Coleman et al., 2022). Pour d'autres interventions chirurgicales telles que la vaginoplastie ou l'augmentation mammaire chirurgicale (augmentation des seins) chez les mineurs, une durée minimale de 12 mois d'une administration préalable d'hormones de réassignation sexuelle y est exigée. La phalloplastie n'est pas recommandée chez les mineures (Coleman et al., 2022).

## **6. Vers les recommandations**

### **6.1. Principes de base**

Pour chaque indication, le souhait de la personne en quête d'un traitement doit être clarifié et

pris en compte individuellement. Avantages et inconvénients possibles des traitements, informations

sur le pronostic et les risques du traitement doivent être communiqués de manière transparente et compréhensible dans le cadre d'un *processus de prise de décision partagée*, en dialogue avec les personnes en quête de traitement et leurs responsables légaux (voir préambule et explications sur les décisions de traitement au chapitre X →

*"Droit et éthique "*).

## **6.2. Blocage de la puberté**

Un blocage de la puberté sert à empêcher le développement ou la progression des caractères sexuels secondaires (p. ex. croissance des seins, barbe, mue de la voix, traits du visage typiques du sexe, morphologie typique du sexe, etc.) chez les adolescents dont l'incongruité sexuelle ou la dysphorie de genre a été diagnostiquée. Ce blocage de la puberté en cours, qui n'est effectué que pour une période limitée, ne sert donc pas encore à l'adaptation au sexe, mais vise avant tout à éviter que la souffrance liée à la dysphorie de genre n'augmente en raison de la progression de la maturation somatosexuelle. Cela permet de désactualiser temporairement une souffrance dysphorique liée au sexe existante, ce qui peut à son tour contribuer à améliorer temporairement les symptômes psychiques associés, tels que la dépression sous un blocage pubertaire, sans pour autant réduire de manière mesurable les symptômes de la dysphorie de genre (de Vries et al., 2011).

Selon un point de vue endocrinologique largement reconnu, notamment par les données disponibles sur la santé de l'enfant, il n'y a pas de raison de s'inquiéter.

Bien que l'utilisation des analogues de la GnRH dans le traitement de la puberté précoce soit étayée par des preuves, les lignes directrices internationales de l'Endocrine Society considèrent qu'un blocage temporaire de la puberté est totalement réversible en ce qui concerne ses effets somatiques (Hembree et al., 2017). Cela signifie qu'à l'arrêt du traitement, la poursuite de la maturation pubertaire génétiquement programmée peut avoir lieu intégralement. En conséquence, le développement complet des caractères sexuels secondaires dans le sexe assigné à la naissance peut être rattrapé avec le retard dû au traitement (Hembree et al., 2017). En raison d'une fermeture éventuellement également tardive de la fente épiphysaire, il convient de tenir compte des effets possibles sur la taille physique finale (voir chapitre VIII → *"Aspects somatiques des interventions hormonales"*).

Dans les directives actuelles des sociétés médicales internationales (Coleman et al., 2022 ; Hembree et al., 2017) ainsi que sur la base de l'expérience clinique de la grande majorité des experts ayant participé à l'élaboration de ces directives, il existe un large consensus sur le fait qu'une suppression temporaire de la puberté par des analogues de la GnRH constitue, si l'indication est posée de manière professionnelle, une option de traitement médicalement bien justifiée en cas de persistance très probable d'un trouble de la puberté.

l'incongruité de genre à l'adolescence. Pour les décisions de traitement, le niveau de preuve actuellement disponible ne doit pas être supérieur au niveau IV (c'est-à-dire les preuves basées sur des études de cohorte descriptives non contrôlées et des séries de cas), conformément aux critères de l'*Oxford Centre for Evidence- Based Medicine* (OCEBM, 2011).

De plus, la recommandation de traitement s'appuie sur les mécanismes hormonaux connus et sur les longues années d'expérience clinique et d'études cliniques sur la suppression de la puberté en cas de pubertés précoces. Le niveau de preuve V correspondant selon les critères de l'OCEBM (OCEBM, 2011) *Reasoning by Mechanism* ou *Mechanistic Evidence* (Aronson, 2020 ; Howick et al., 2009) guide souvent l'action lors d'interventions endocrinologiques telles que les thérapies hormonales de substitution, pour lesquelles il n'existe généralement pas d'études contrôlées en l'absence d'alternative thérapeutique. En conséquence, le rapport intérimaire actuel de la *Cass Review* (2022), qui élabore pour le National Health Service England (NHS) des recommandations nationales de traitement pour les adolescents présentant une incongruité de genre, indique que tant que les preuves disponibles issues d'études d'évolution sont incertaines, un *consensus d'experts basé sur l'expérience* le plus large possible - ainsi que sur un échange structuré en tant que *système d'apprentissage* - devrait continuer à servir de base provisoire aux décisions de traitement. Une recommandation de traitement professionnelle lors d'interventions médicales complexes présuppose une évaluation individuelle des bénéfices attendus et des risques à prendre en compte. Ceux-ci doivent être discutés en détail avec le patient\* et les personnes ayant l'autorité parentale.

### **6.2.1. Effets psychosociaux visés par le blocage de la puberté**

La raison d'être du blocage de la puberté, telle qu'elle est exposée dans les recommandations internationales actuelles de la *WPATH*, de l'*Endocrine Society* et de l'*American Pediatric Association* (Coleman et al., 2022 ; Hembree et al., 2017 ; Rafferty et al., 2018), consiste en un arrêt temporaire d'une virilisation ou d'une féminisation progressive et irréversible de l'apparence physique. Chez les jeunes concernés dont l'incongruité sexuelle a été diagnostiquée, il est ainsi possible de désactualiser une souffrance dysphorique liée au sexe et au corps, ou de stopper son renforcement. Il s'agit de créer une fenêtre temporelle qui, avec l'aide d'un accompagnement professionnel du processus, peut être utilisée pour préparer une capacité de consentement (D)/de jugement (CH)/de décision (A) suffisante en vue d'un éventuel traitement hormonal de réassignation sexuelle souhaité ultérieurement. Bien qu'un blocage de la puberté au sens susmentionné soit réversible, il ne peut pas être exclu,

que leur réalisation pourrait influencer le développement psychosexuel, par exemple en retardant les processus de maturation du cerveau à la puberté. Il en est tenu compte lors de la pose de l'indication, entre autres, en exigeant déjà la présence d'une *incongruité sexuelle persistante à l'adolescence* (voir les recommandations ci-dessous). En outre, les personnes concernées et leurs représentants légaux doivent être informés de l'insuffisance des preuves à cet égard, afin qu'ils puissent en tenir compte dans leur processus de décision.

L'utilité potentielle d'un blocage initial de la puberté peut résider dans le fait que la décision pour ou contre le début d'un traitement hormonal de rééquilibrage sexuel peut encore être reportée pour une période limitée, sans qu'il faille pour autant accepter la poursuite de la progression irréversible d'une virilisation ou d'une féminisation du corps dans le cadre du développement de la maturité génétiquement programmée. Cela laisse encore ouverte la possibilité d'une persistance de l'incongruité sexuelle, sans que, dans le cas beaucoup plus probable de sa persistance, il faille accepter des conséquences graves pour le développement physique, qui augmenteraient vraisemblablement la souffrance ultérieure. Les adolescents présentant une incongruité sexuelle persistante très probable peuvent utiliser cette fenêtre de temps pour se rassurer sur la stabilité/persistance dans le temps ou la fluidité éventuelle de leur identité sexuelle perçue. Cela implique la possibilité, au cours de l'accompagnement ultérieur du processus, d'annuler un blocage de la puberté entamé si l'adolescent(e) concerné(e) devait décider de ne pas poursuivre la transition et de continuer à vivre dans le sexe qui lui a été attribué à la naissance ou dans une identité non binaire sans mesures d'adaptation du sexe. De tels déroulements de la désistance après le début d'un blocage de la puberté sont rares, ce à quoi on peut s'attendre en raison des directives strictes pour la pose d'une indication et du soin requis pour un accompagnement préalable du processus. Ils existent cependant et sont estimés à une fréquence de 0 à 4 % dans les études de suivi disponibles (voir ci-dessus).

**Étude de cas :** *Désistance après un blocage pubertaire d'un an et demi* (Rölver et al., 2022)

Née dans le sexe féminin, Alexa se présente à l'âge de 12 ans comme un garçon sous le nom de "Claus" se présente. Elle avait vécu une enfance discrète au sein du sexe féminin, sans comportements particulièrement typiques ou atypiques de son sexe. Avec le début de la puberté à l'âge de onze ans et demi, une symptomatologie dysphorique de plus en plus marquée par le sexe s'est développée, avec un rejet des modifications corporelles féminines et un vécu identitaire de plus en plus masculin. Lors de la première présentation, une symptomatologie dépressive marquée est rapportée, ainsi que le désir de s'extérioriser.



vouloir vivre comme un garçon. En raison de la dépression et de l'automutilation qui s'y ajoute par la suite, une psychothérapie à haute fréquence est initiée pendant neuf mois. Pendant cette période, "Claus" change complètement de rôle social pour devenir un homme, ce qui contribue, dans "son" vécu et dans la perception des parents, à une stabilisation psychique avec une diminution de la symptomatologie dépressive, la dysphorie de genre liée au corps persistant toutefois. Après un suivi clinique de 10 mois au total, un blocage de la puberté par des analogues de la GnRH est initié sur la base d'une dysphorie de genre diagnostiquée selon le DSM-5 en association avec un épisode dépressif de degré moyen, après consentement éclairé du patient et des parents. Il en résulte une diminution durable du stress lié à la dysphorie de genre. "Claus" peut gérer le quotidien de manière stable pendant plusieurs mois. La psychothérapie ambulatoire est poursuivie. Après environ 18 mois sous blocage pubertaire, la symptomatologie dépressive s'aggrave à nouveau, ce qui conduit à une hospitalisation dans notre clinique. Claus", âgé d'à peine 15 ans, déclare que la décision de suivre un traitement à la testostérone l'a "plongé" dans une crise, car ce traitement s'est avéré être pour lui aussi une source de stress. se sentait "un peu mal". Sous la supervision d'un thérapeute, il est décidé avec les parents d'arrêter le blocage de la puberté. "Claus" continue d'abord à vivre socialement dans son rôle d'homme sous son prénom masculin, mais se penche intensément sur les processus internes déclenchés par les règles qui apparaissent peu après et la croissance progressive des seins. La psychothérapie ambulatoire est reprise. Un an et demi plus tard, alors âgée de près de 17 ans, l'adolescente décide de reprendre son prénom de naissance féminin "Alexa". Parallèlement, elle se fait prescrire une pilule progestative pour supprimer ses menstruations, car celles-ci continuent de lui causer un stress important. Dans son introspection très réfléchie, Alexa décrit désormais son identité comme non-binaire, tout en acceptant l'apparence extérieure de son corps de femme. Rétrospectivement, elle assume le chemin qu'elle a parcouru, y compris le blocage de la puberté, et indique qu'elle avait besoin de cette période pour se découvrir.

Attendre sans intervention de modification corporelle ne constitue pas une option neutre pour l'intervalle de temps de l'attente (Coleman et al., 2022 ; Deutscher Ethikrat, 2020). En raison d'une progression de la maturation somatosexuelle, il faut s'attendre à une aggravation de la souffrance dysphorique liée au sexe, car il n'existe pas d'autre option thérapeutique pour la soulager. Pour poser l'indication de manière professionnelle, il convient donc de peser très soigneusement les avantages et les inconvénients potentiels d'un traitement ou de son absence (Deutscher Ethikrat, 2020).

Les aspects somatiques d'un blocage pubertaire à prendre en compte ainsi que les directives cliniques de traitement pour la réalisation sont présentées au chapitre VIII → *"Aspects somatiques des interventions hormonales"* de cette directive. Un blocage de la puberté nécessite une indication minutieuse par un psychologue-psychiatre ainsi qu'un

spécialiste en endocrinologie. Dans les cas complexes, il est possible de faire appel à des spécialistes de l'éthique médicale pour prendre une décision.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

<b>VII K0</b>	Pour poser une indication dans les règles de l'art, il est nécessaire de disposer de connaissances spécifiques et d'une expérience de plusieurs années dans l'accompagnement des processus et le traitement des jeunes présentant une incongruité de genre. Les professionnels qui ne disposent pas de connaissances et d'expériences spécifiques suffisantes dans ce domaine devraient faire appel à une personne suffisamment expérimentée pour poser l'indication. Spécialiste à un centre de traitement ambulatoire ou spécialisé.
---------------	---

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

Explication : ce recours à une expertise reconnue n'est pas formellement défini et dépend des circonstances individuelles au sein d'un système de soins et de formation continue en constante évolution. Cela peut se faire par exemple sous la forme d'un deuxième avis médical indépendant, d'une co-évaluation par un consultant, d'une intervision ou d'une supervision collégiale, ou encore de conférences de cas dans des cercles de qualité.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

<b>VII. K1.</b>	Un site Indication à Blocage de la puberté chez adolescents avec
L'évaluation de l'incongruité ou de la dysphorie de genre doit se faire sur deux niveaux <sup>2</sup> et nécessite une expertise et une coopération interdisciplinaires. La condition préalable à la pose de cette indication est une évaluation diagnostique psychiatrique ou psychothérapeutique de l'enfant et de l'adolescent adaptée à l'urgence et à la complexité de la situation individuelle. La partie somatique de l'indication devrait être évaluée par une personne expérimentée, compte tenu de ses conditions (stade de maturité pubertaire, absence de contre-indications somatiques, etc.) spécialiste en endocrinologie pédiatrique.	

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

<sup>2</sup> Le terme "double" se réfère ici à la coopération interdisciplinaire décrite ci-dessous. entre l'expertise psychiatrique-psychothérapeutique et l'expertise médicale somatique.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII K2.** Les connaissances professionnelles des personnes qui posent la partie pédopsychiatrique-psychothérapeutique-psychothérapeutique de l'indication d'un blocage de la puberté chez les adolescents présentant une incongruité ou une dysphorie de genre devraient répondre aux exigences formelles suivantes :

**Qualifications générales :**

Une des qualifications suivantes, spécifiques à l'enfance et à l'adolescence :

D :

- titre de médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents
- Autorisation d'exercer la psychothérapie pour enfants et adolescents
- titre de médecin spécialiste en pédiatrie et médecine de l'adolescence avec titre supplémentaire en psychothérapie

CH :

- Médecin spécialiste\* en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents (Foederatio Medicorum Helveticorum/FMH)
- Psychothérapeute reconnu par la Confédération\*.

A :

- Médecin spécialiste\* en psychiatrie d'enfants et d'adolescents ou médecin spécialiste en psychiatrie d'enfants et d'adolescents et en médecine psychothérapeutique
- Inscription en tant que  psychothérapeute\* avec formation postgraduée en Psychothérapie pour nourrissons, enfants et adolescents

Ou alternativement, en cas d'expertise clinique dûment établie dans le diagnostic et le traitement des enfants et des adolescents :

D :

- Médecin spécialiste  Dénomination territoriale  pour Psychiatrie  
et  Psychothérapie, médecine  
psychothérapeutique ou médecine psychosomatique et psychothérapie
- Autorisation de pratiquer la psychothérapie

psychologique CH :

- Titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie(FMH)

A :

- Médecin spécialiste\* en psychiatrie et médecine psychothérapeutique, médecin spécialiste\* en psychiatrie et neurologie
- Enregistrement en tant que psychothérapeute\*, enregistrement en tant que psychologue clinique\*.

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

La condition préalable à l'indication d'un blocage de la puberté est la constatation d'une *incongruité sexuelle* stable/persistante à l'adolescence, conformément aux critères diagnostiques de la CIM 11 ((OMS, 2022)), accompagnée d'une souffrance dysphorique liée au sexe. Cette dernière peut se manifester par une peur anticipatoire de la progression de la féminisation ou de la virilisation de l'apparence physique, sans que des atteintes psychosociales ayant valeur de maladie ne soient déjà survenues (voir ci-dessous). Pour évaluer dans quelle mesure une dysphorie de genre cliniquement pertinente existe ou pourrait être attendue en cas de progression de la maturation pubertaire, on peut en outre se référer aux critères diagnostiques de la dysphorie de genre à l'adolescence et à l'âge adulte selon le DSM-5 (APA, 2013). Un double diagnostic (c'est-à-dire incongruité sexuelle selon la CIM-11 et dysphorie de genre selon le DSM-5) n'est pas nécessaire dans ce cas. Si les critères d'une dysphorie de genre selon le DSM-5 sont également remplis, cela doit être consigné dans la documentation clinique<sup>3</sup>.

Le seul diagnostic d'une *incongruité sexuelle* constatée dans l'enfance avant le début de la puberté (CIM-11, HA61) ne suffit pas pour poser une indication, car il n'est pas suffisamment probant en ce qui concerne son évolution développementale persistante ou disparaissante (voir chapitre II → "*Variantes dans l'évolution du développement*"). Néanmoins, un diagnostic d'*incongruité sexuelle* dans l'enfance déjà documenté dans les antécédents de développement prépubertaire peut être utilisé pour l'évaluation globale d'une évolution développementale afin de confirmer un diagnostic à un stade précoce de la puberté. Ainsi, la littérature sur les évolutions persistantes et les évolutions désintégrées décrit que, dans le cas d'une dysphorie de genre apparue dans l'enfance, les évolutions désintégrées après la puberté sont c e r t e s fréquentes, mais que, d'autre part, dans les cas de persistance, celle-ci se poursuit généralement jusqu'à l'âge de 13 ans sous l'influence de l'évolution de la dysphorie de genre qui a commencé.

<sup>3</sup> En raison de la comparabilité internationale des échantillons étudiés, il est recommandé, en particulier pour

les contextes de recherche, de documenter la fréquence à laquelle un DG selon le DSM-5 a également été diagnostiqué chez les patients atteints d'IG.

développement de la maturité (Steensma et al., 2011, 2013 voir chapitre II → "*Variante Déroutement du développement*").

**Fig. 2 : Critères de diagnostic de l'incongruité sexuelle à l'adolescence et à l'âge adulte** (HA60/ICD-11, WHO, 2022).

L'incongruité sexuelle à l'adolescence et à l'âge adulte se caractérise par

- une *incongruité marquée et persistante [dans le temps]* entre le sexe perçu d'une personne et le sexe assigné, qui conduit souvent à un *désir de "transition" pour vivre et être accepté comme une personne du sexe vécu*, par le biais d'un traitement hormonal, d'une intervention chirurgicale ou d'autres services de santé, afin de *rendre le corps de la personne aussi conforme que possible et souhaité au sexe vécu*.

Le diagnostic ne peut pas être posé avant le début de la puberté. Les comportements et les goûts variant selon le sexe ne permettent pas à eux seuls d'attribuer le diagnostic.

**Fig. 3 : Critères de diagnostic de l'incongruité sexuelle chez l'enfant** (HA61/ICD-11, OMS, 2022).

L'incongruité sexuelle infantile se caractérise par une *incongruité marquée* entre le sexe vécu/exprimé d'une personne et le sexe qui lui est attribué chez les enfants prépubères. Il s'agit notamment

- un fort désir d'être un sexe différent de celui qui lui a été assigné,
- une forte aversion de l'enfant pour son anatomie sexuelle ou pour les caractéristiques sexuelles secondaires attendues et/ou un fort désir d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires attendues correspondant au sexe vécu,
- ainsi que des jeux imaginaires, des jouets, des jeux ou des activités et des camarades de jeu typiques du sexe vécu et non du sexe assigné.

L'incongruité doit exister *depuis environ deux ans*. La variation de sexe Les comportements et les préférences ne permettent pas à eux seuls d'attribuer le diagnostic.

**Fig. 4 : Diagnostic Critères de Dysphorie de genre dans adolescent et l'âge adulte selon le DSM 5 (APA, 2013, p. 621)**

- A. une disparité marquée entre le genre et le sexe d'attribution **depuis au moins 6 mois, avec au moins deux des critères suivants** remplis
1. Décalage prononcé entre le genre et les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires (ou, pour les adolescents, les caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
  2. Désir prononcé de se débarrasser de ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires (ou, chez les adolescents, désir d'empêcher le développement des caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
  3. Désir prononcé pour les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires du sexe opposé.
  4. Désir prononcé d'appartenir au sexe opposé (ou à un autre sexe) genre, qui diffère du sexe d'attribution).
  5. Désir prononcé d'être traité comme le sexe opposé (ou comme un genre alternatif, différent du sexe d'assignation).
  6. Forte conviction d'avoir les sentiments et les réactions typiques du sexe opposé (ou d'un genre alternatif différent du sexe d'assignation).
- B. Souffrance cliniquement pertinente ou altération dans les domaines sociaux, scolaires ou autres domaines fonctionnels importants.

Chez les jeunes qui se trouvent encore à un stade précoce de la puberté, la constatation d'un stress dysphorique lié au sexe peut se rapporter principalement à une peur anticipée exprimée d'une virilisation ou d'une féminisation progressive de l'apparence physique, qui sont vécues et rejetées comme ne correspondant pas au propre sexe perçu. Un tel stress, essentiellement anticipatoire, est particulièrement typique chez les jeunes qui ont changé de rôle social dès l'enfance et qui vivent avec une grande satisfaction et acceptation sociale dans leur sexe perçu et qui n'ont donc plus de raison de ressentir une gêne douloureuse par rapport au rôle social de sexe qui leur a été attribué. Dans de tels cas, il serait, selon la



La grande majorité des experts qui ont participé à l'élaboration des lignes directrices estiment qu'il est contraire à l'éthique et incompatible avec le principe éthique de "non-malfaisance" d'attendre le développement de la maturité pubertaire d'une personne adolescente qui n'est pas actuellement affectée de manière significative sur le plan psychosocial, jusqu'à ce que l'on puisse constater une souffrance physique dysphorique "suffisamment pathologique" avec des atteintes psychiques.

D'après les études que nous avons consultées, il n'existe pas de critères individuels validés empiriquement permettant de constater une stabilité/persistance durable de l'incongruité ou de la dysphorie de genre. Il incombe donc au spécialiste psychiatrique et psychothérapeutique expérimenté dans l'exploration de diverses évolutions de l'identité de genre chez les enfants et les adolescents d'élaborer, dans le cadre d'un entretien commun avec les personnes concernées et les responsables légaux, une évaluation et un pronostic individuels sur la base de l'ensemble des résultats psychiques existants, des descriptions et des réflexions des personnes concernées et de leur histoire de vie.

Cela nécessite généralement un accompagnement diagnostique et exploratoire du processus sur plusieurs rendez-vous et semaines ou mois. Pour le spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, il est important, outre l'expérience dans l'évaluation diagnostique de la symptomatologie non conforme au sexe ou de la dysphorie de genre, d'avoir une connaissance approfondie de l'étendue des variations de l'évolution dans ce domaine. Cela inclut la connaissance des évolutions qui s'accompagnent de la persistance d'une dysphorie de genre au cours de l'adolescence ou d'une transition ultérieure après la réalisation de la transition (voir chapitre II → "*Variantes dans les évolutions*").

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

<p><b>VII. K3.</b> La condition préalable à l'indication d'un blocage de la puberté devrait être la présence de d'une incongruité sexuelle (IG) stable/persistante après le début de la puberté (selon les critères diagnostiques de l'IG à l'adolescence/ CIM-11 HA60) avec une souffrance dysphorique liée au sexe. L'évaluation diagnostique devrait se faire dans le cadre d'une collaboration entre le spécialiste psychiatrique/psychothérapeutique/psychothérapeutique et le patient/la patiente ainsi que les personnes qui en ont la garde/la responsabilité, sur la base d'une exploration minutieuse de l'état psychique du patient/de la patiente.</p> <p>Les résultats et l'histoire de vie sont pris en compte.</p>
---

---

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

En cas d'indices de troubles psychopathologiques, il convient d'utiliser les méthodes décrites au chapitre IV → "*Troubles psychiques et problèmes de santé associés chez les enfants et les adolescents atteints de troubles psychiques*".

Il convient de suivre les recommandations relatives à la procédure diagnostique énoncées dans le document "*Incongruence et dysphorie de genre*", notamment pour ne pas passer à côté d'un trouble psychique nécessitant un traitement et dont les symptômes pourraient se chevaucher ou interférer avec des symptômes de dysphorie de genre. Cela peut rendre difficile la clarté diagnostique nécessaire à la pose d'une indication, ce qui peut conduire, dans certains cas, à un suivi prolongé du processus diagnostique.

#### **6.2.2. Cas particulier : introduction d'un blocage de la puberté avec une grande urgence temporelle**

Dans la pratique des soins, en particulier en cas d'incongruité sexuelle et de forte souffrance dysphorique liée au sexe, les personnes concernées peuvent être soumises à une forte pression temporelle au cours des premiers stades du développement pubertaire, ce qui génère une pression d'action renforcée en conséquence. Après le début de la puberté, la progression de modifications corporelles irréversibles peut être liée chez les personnes concernées à des répercussions à vie sur la dysphorie corporelle et la qualité de vie (p. ex. changement de voix masculine, croissance mammaire féminine), de sorte qu'une intervention rapide est souvent indiquée. Dans ces cas, de longs délais d'attente (p. ex. de plus de 6 mois) pour obtenir un rendez-vous en vue d'un examen d'indication psychiatrique ou psychothérapeutique pour enfants et adolescents ne seraient pas justifiables sur le plan médical.

Il peut toutefois arriver que, pour des raisons liées à l'offre de soins, une situation se présente dans laquelle le diagnostic pédopsychiatrique et psychothérapeutique régulièrement exigé pour la pose d'une indication, tel que décrit ci-dessus, ne peut pas être réalisé dans un délai acceptable. Cela peut avoir pour conséquence que la réversibilité de l'intervention doit être mise en balance avec la non-réversibilité des conséquences d'une attente trop longue et qu'il peut être justifié, afin d'éviter un préjudice pour la santé, qu'un spécialiste expérimenté en endocrinologie pédiatrique, en cas de diagnostic d'incongruité sexuelle à l'adolescence, initie provisoirement un blocage de la puberté pour quelques mois, sous réserve d'un diagnostic et d'un examen de l'indication par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents, à réaliser immédiatement. Le patient\* et les détenteurs de l'autorité parentale doivent être informés de ce caractère provisoire, qui implique que le blocage de la puberté devra être arrêté si la partie psychiatrique et psychothérapeutique de l'indication n'est pas confirmée.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K4.** Dans certains cas, le développement progressif de la maturité pubertaire peut entraîner une indication, il doit être rattrapé rapidement. Il peut arriver que le spécialiste en endocrinologie pédiatrique soit pressé par le temps et que, pour éviter des modifications corporelles irréversibles (p. ex. changement de voix chez l'homme, croissance mammaire chez la femme), un blocage de la puberté puisse être introduit rapidement en raison de son urgence avec une indication provisoire, si la réalisation d'un accompagnement de processus psychiatrique-psychothérapeutique pour enfants et adolescents (PJC) pour la pose d'une indication entraînerait un retard injustifiable. Dans un tel cas, il convient de procéder à un accompagnement de processus diagnostique de la PJJ afin d'assurer la sécurité de la prise en charge.

---

indication, il doit être rattrapé rapidement.

---

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

### **6.2.3. Importance de l'orientation sexuelle et des descriptions de soi non-binaires**

Tant l'orientation sexuelle que l'identité de genre peuvent évoluer de manière fluide à l'adolescence. Un coming-out transsexuel peut être précédé d'une exploration homosexuelle temporaire ("tâtonnement") et vice-versa. D'après les observations cliniques des experts ayant participé à l'élaboration des lignes directrices, de nombreux patients adolescents présentant une incongruité de genre sont très nuancés dans leurs déclarations sur leur orientation sexuelle ("l'un n'a rien à voir avec l'autre pour moi"). En outre, les jeunes ont généralement peu de craintes à l'égard des orientations homosexuelles ou bisexuelles, ce qui explique l'hypothèse parfois avancée selon laquelle l'identification transgenre présumée des jeunes pourrait être une forme de manifestation.

"l'homosexualité défendue". En outre, les enquêtes communautaires ont montré que seule une minorité de personnes trans adultes indiquait une orientation hétérosexuelle claire dans le genre perçu ("straight"), alors que la plupart des personnes trans interrogées indiquaient une orientation sexuelle dans le spectre queer, bisexuel ou fluide (Katz-Wise et al., 2016).

En cas d'incongruité sexuelle, l'orientation sexuelle n'est donc pas déterminante pour poser l'indication de mesures de modification corporelle. Toute inégalité de traitement entre les patients en fonction de leur orientation sexuelle serait

contraire à l'éthique et discriminatoire. Il n'est toutefois pas exclu que, chez certains jeunes se trouvant par exemple dans une crise de maturation adolescente générale, l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle rapportées interfèrent d'une manière qui rend difficile le constat d'une incongruité sexuelle persistante. C'est pourquoi l'exploration de l'ensemble du développement psychosexuel dans le cadre d'un processus diagnostique est importante pour la pose de l'indication.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

<b>VII. K5.</b>	Le site	l'indication d'un
	blocage de la puberté chez les	adolescents avec
	L'incongruité sexuelle ou la dysphorie de genre devrait être indépendante d'un système	binaire.
	Les décisions sont prises en fonction du sentiment d'appartenance à un sexe donné et	
	indépendamment de l'orientation sexuelle.	

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

Vote spécial de la Société psychanalytique allemande (DPG) pour une recommandation différente :

<b>VII. K5.</b>	Le site	l'indication d'un
	blocage de la puberté chez les	adolescents avec
	L'incongruité ou la dysphorie de genre devrait être traitée indépendamment de la	sexualité.
	orientation sont prises.	

Ce vote spécial, qui consiste à ne pas faire référence à un sentiment d'appartenance binaire dans la recommandation, a également été émis dans les mêmes termes pour les recommandations correspondantes sur les traitements hormonaux de réassignation sexuelle et les interventions chirurgicales. La justification de ce vote spécial est exposée dans la recommandation relative aux traitements hormonaux de réassignation sexuelle (VII. K15).

L'état des connaissances sur les trajectoires de développement des enfants incongruents ou dysphoriques de genre à l'adolescence et à l'âge adulte est présenté au chapitre II → "*Variante des trajectoires de développement*" de la présente ligne directrice. Chez tous les enfants qui rapportent des symptômes d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre avant la puberté, celle-ci ne persiste pas au-delà de la puberté. Dans les échantillons étudiés jusqu'à présent d'adolescents dont la puberté est déjà entamée ou avancée et qui, après une prise en charge

spécialisée, ne présentent pas de troubles de l'identité sexuelle, il n'y a pas de différence entre les sexes.

Les résultats montrent toutefois que très peu d'adolescents ont arrêté ce traitement par la suite et que la grande majorité d'entre eux souhaitent une intervention de réassignation sexuelle (Brik et al., 2020 ; de Vries et al., 2011, 2014 ; Khatchadourian et al., 2014). Cela correspond aux attentes dans la mesure où, dans le centre de traitement où ces études ont été menées, chaque indication était précédée d'un accompagnement professionnel du processus et où, entre autres, le diagnostic d'une incongruité sexuelle persistante très probable à l'adolescence était un critère d'entrée défini pour la pose de l'indication (voir ci-dessus).

Les adolescents concernés et les personnes qui en ont la charge doivent être informés en détail des différentes évolutions de l'incongruité et de la dysphorie de genre chez les enfants et les adolescents. Il s'agit notamment d'informer les personnes concernées que, selon les observations faites jusqu'à présent dans la plupart des centres de traitement spécialisés, la grande majorité des personnes concernées optent pour un traitement par hormones de réassignation sexuelle après le début du blocage de la puberté. Il convient néanmoins d'informer que le choix d'un blocage de la puberté ne doit pas être lié à un traitement hormonal de réassignation sexuelle ultérieur, mais qu'en cas de désistance ultérieure, un rattrapage complet de la maturation sexuelle dans le sexe attribué à la naissance serait possible sans inconvénients médicaux graves.

Dans cette mesure, le blocage temporaire de la puberté peut être utilisé comme un "moratoire" provisoire, justifiable dans le temps, pour se protéger contre des modifications corporelles irréversibles progressives. La fenêtre de temps ainsi obtenue peut servir à préparer de manière adéquate une décision pour ou contre une adaptation hormonale, dont la portée est autrement plus importante.

#### **6.2.4. Début possible d'un blocage de la puberté**

Sur la base des données probantes présentées dans le chapitre II → "*Variante de l'évolution du développement*", toutes les recommandations de lignes directrices émises jusqu'à présent sont unanimes à demander qu'un blocage de la puberté ne soit pas effectué avant la première poussée hormonale de la puberté, afin de tenir compte de l'aspect développemental de l'identité de genre dans le cadre de la puberté précoce. Toutes les études mentionnées au début de ce chapitre, sous le titre Etudes originales, concernant les effets d'un blocage de la puberté sur des adolescents présentant une incongruité ou une dysphorie de genre ont été réalisées avec le critère d'indication d'une puberté déjà commencée d'au moins le stade 2 de Tanner. Il n'est généralement pas recommandé de commencer plus tôt un blocage de la puberté chez les enfants prépubères.

Les directives les plus récentes se limitent à recommander le stade pubertaire Tanner 2 comme limite d'indication (Coleman et al., 2022 ; Hembree et al., 2017). Même à des stades ultérieurs de la puberté, un blocage de la puberté peut s'avérer judicieux si les personnes en quête de traitement le souhaitent, lorsqu'il existe une incongruité sexuelle marquée ou une dysphorie de genre, lorsque la formation ultérieure de caractères sexuels secondaires doit être empêchée dans un premier temps et lorsque les adolescents concernés ou leur entourage ne sont pas encore prêts ou décidés à suivre un traitement de réassignation sexuelle ou que l'indication de ce traitement semble encore prématurée pour d'autres raisons.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

<b>VII. K6.</b> Le site indication pour une Blocage de la puberté chez adolescents avec L'incongruité sexuelle ou la dysphorie de genre ne doit pas être diagnostiquée avant le stade 2 de Tanner. être posée.
---

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

<b>VII. K7.</b> L'indication d'un blocage de la puberté peut également être posée, si le patient le souhaite être posée à un stade ultérieur de la puberté. Si l'indication d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle n'est pas encore posée, cela peut permettre de gagner du temps pour décider de la poursuite ou non du traitement et de réduire le risque d'effets secondaires. de la souffrance.
--

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

Il n'existe pas de données probantes sur la question de savoir si le blocage de la puberté doit être précédé d'une transition sociale des personnes concernées. Les directives actuelles exigent une incongruité sexuelle ou une dysphorie de genre persistante, mais la mise en œuvre sociale sous la forme d'une transition n'est pas explicitement mentionnée (Agana et al., 2019 ; Hembree et al., 2017).

Le fait qu'une transition ait lieu ou non chez les enfants et les adolescents ne dépend pas seulement du degré d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre, mais aussi de l'acceptation d'une telle transition par l'environnement familial et scolaire. L'expérience clinique des



experts qui ont participé à l'élaboration des lignes directrices révèle souvent que

Cas où il existe une forte et longue incongruité sexuelle avec une dysphorie de genre liée au corps, mais où une transition sociale n'a pas encore pu être mise en œuvre malgré le désir de le faire. Dans ces cas, le souhait est souvent de bloquer la puberté afin de gagner du temps, de s'informer sur les possibilités d'une transition sociale et de se faire conseiller sur la mise en œuvre d'une transition sociale sans changer physiquement dans une direction non souhaitée pendant cette période, ce qui rendrait une transition sociale ultérieure encore plus difficile.

Recommandation basée sur le consensus :

<b>VII. K8.</b> Un changement de rôle social déjà entamé ou accompli devrait être pris en compte lors de la ne doit pas être considéré comme un critère nécessaire pour poser l'indication d'un blocage de la puberté.
--

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

#### 6.2.5. Diagnostic et traitement de conditions associées ou coïncidentes

En raison de la fréquence des troubles psychiques associés chez les adolescents chez lesquels une incongruence de genre ou une dysphorie de genre est diagnostiquée, les troubles psychiques coïncidents existants devraient, le cas échéant, être diagnostiqués et traités si nécessaire. Pour une présentation précise des troubles psychiques fréquemment associés à l'incongruité de genre chez les enfants et les adolescents et leur prise en compte dans un modèle de troubles intégré individualisé, y compris des considérations de diagnostic différentiel, voir le chapitre IV → "*Troubles psychiques associés et problèmes de santé chez les enfants et les adolescents présentant une incongruence de genre et une dysphorie de genre*".

Il existe des conditions et des troubles associés auxquels il convient d'accorder une attention particulière dans le cadre de l'indication d'une mesure de modification corporelle pour le traitement d'une incongruité sexuelle. Ces conditions et troubles ne doivent pas être considérés comme des diagnostics différentiels au sens médical classique, dans la mesure où leur présence ne permet pas de conclure à l'absence d'incongruité sexuelle persistante, ni ne constitue en soi une contre-indication relative ou absolue à l'indication de mesures de modification corporelle. D'après l'expérience clinique des experts cliniques qui ont participé à la rédaction de cette ligne directrice, ces conditions et ces troubles peuvent être liés de diverses manières à l'indication d'une intervention chirurgicale.

interfèrent et nécessitent donc des processus de clarification diagnostique plus longs pour préparer une indication.

Comme indiqué au chapitre IV → "*Troubles psychiques et problèmes de santé associés chez les enfants et adolescents présentant une incongruité ou une dysphorie de genre*", ceux-ci peuvent, selon la constellation individuelle

- jouer un rôle dans l'apparition d'une symptomatologie de type dysphorie de genre qui n'est pas due à une incongruité sexuelle durable,
- se produire de manière concomitante, indépendamment d'une incongruité sexuelle
- comme conséquence de l'incongruité sexuelle et du stress psychologique accru qu'elle entraîne,
- entrer en interaction complexe avec l'incongruité sexuelle ou la dysphorie de genre.

**Tableau 5 :**

Conditions et troubles associés éventuels à prendre en compte lors du diagnostic de l'incongruité sexuelle avant de poser une indication pour des mesures médicales :

- Troubles dépressifs
- Troubles avec anxiété sociale
- Syndromes avec comportement d'automutilation
- Troubles alimentaires
- troubles de la personnalité (notamment avec diffusion de l'identité ou manque de confiance en soi)
- les crises de maturation à l'adolescence
- Troubles du spectre autistique

Les troubles du spectre de l'autisme occupent une place à part, car il n'est pas possible d'envisager leur apparition comme conséquence d'une incongruité sexuelle.

Un diagnostic et un traitement psychiatriques et psychothérapeutiques appropriés, impliquant la famille, peuvent être essentiels chez les adolescents présentant des troubles psychiques associés, afin de garantir une évolution positive du traitement de modification corporelle et du développement psychosocial ultérieur. Pour cela, un plan de traitement intégré doit être établi au cas par cas. Toutefois, étant donné que tous les enfants et adolescents présentant une incongruité sexuelle diagnostiquée ne sont pas concernés par des troubles psychiques, le besoin doit être évalué individuellement. La condition préalable à un traitement visant à stopper la puberté est cependant dans tous les cas un diagnostic pédopsychiatrique et psychothérapeutique approfondi, afin de s'assurer que

de s'assurer que les troubles existants sont correctement identifiés et, le cas échéant, traités, et qu'ils n'interfèrent pas avec le traitement de modification corporelle. Une éventuelle interférence entre une incongruité sexuelle diagnostiquée ou suspectée et un autre trouble psychique associé peut se manifester et avoir des effets multiples. Ainsi, un trouble mental associé peut, entre autres

- nuire à la clarté du diagnostic lors de l'évaluation des symptômes de dysphorie de genre,
- ont un impact sur la faisabilité des essais de rôles sociaux recommandés pour préparer un traitement de modification corporelle (par exemple, phobie sociale avec absentéisme scolaire),
- avoir un impact sur le timing à viser lors d'interventions planifiées (par exemple, trouble alimentaire anorexigène nécessitant une rééducation pondérale avant une intervention hormonale),
- affectent la stabilité psychosociale et l'observance médicale du traitement, qui sont suffisantes pour un traitement de modification corporelle (par ex. patients\* ayant subi des admissions répétées en psychiatrie aiguë pour un trouble de la personnalité borderline),
- affecter la capacité de consentement/de discernement/de décision en ce qui concerne les mesures de modification corporelle (par exemple, crise psychique aiguë avec une vision réduite des facteurs de stress actuels).

Le cas échéant, il convient d'élaborer avec les adolescents concernés un modèle de trouble individualisé (voir ci-dessus) qui englobe les interactions possibles entre la souffrance dysphorique liée au genre et le trouble psychique coïncidant (p. ex. dépression, comportement d'automutilation, phobie sociale ou trouble alimentaire). Dans le cadre d'un plan de traitement intégré, il convient, en présence de troubles psychiques associés, d'associer ou d'intégrer l'indication d'un traitement de suspension de la puberté visant à désactualiser la souffrance liée à la dysphorie de genre à des interventions psychosociales et psychothérapeutiques appropriées.

La liste suivante résume les étapes importantes de la procédure en cas de conditions et de troubles associés.

#### **Tableau 6 : Procédure en cas d'indices de troubles psychiques associés**

1. Introduction d'un diagnostic conforme aux lignes directrices en rapport avec le trouble concerné .
2. Vérifier s'il existe un besoin de traitement indépendamment d'une incongruité de genre.
3. Développement dialogique d'un modèle de trouble individualisé sur la genèse des symptômes et l'interdépendance possible entre le vécu de dysphorie de genre et le trouble mental associé.
4. Évaluation diagnostique de la mesure dans laquelle le trouble associé est compatible avec les mesures de prévention nécessaires.  
(par exemple, la clarté du diagnostic, la capacité à consentir ou la faisabilité d'un acte médical).
5. Planification de la suite de la procédure en tenant compte des points 1 à 4 (par exemple, prolongation de la durée de la formation).  
Accompagnement du processus pour clarifier les conditions préalables à la pose d'une indication, recours à une expertise externe ou indication pour le début d'un traitement de modification corporelle parallèlement au traitement du trouble associé).

#### **6.2.6. Aspects importants de l'éducation**

Les jeunes patients\* et leurs responsables légaux doivent être informés des mécanismes d'action et des conséquences d'un blocage de la puberté, y compris des effets secondaires possibles. En font notamment partie les effets possibles sur la sexualité, la fertilité, les mesures ultérieures d'adaptation au sexe telles que les opérations génitales, le vécu relationnel et le vécu corporel (voir les explications à ce sujet au chapitre VIII → "Aspects somatiques des interventions hormonales"). De même, il convient d'attirer l'attention sur les possibilités accessibles de protection de la fertilité (cryoconservation). Il convient de souligner que la question du désir d'enfant évolue souvent au cours de la vie et que le fait de renoncer à la cryoconservation comporte le risque d'un désir d'enfant non satisfait ultérieurement. Les avantages de l'attente d'une maturité sexuelle suffisante pour une cryoconservation chez des adolescents qui ne sont pas encore développés en conséquence doivent être mis en balance avec les inconvénients de l'attente et de l'expression accrue de caractères sexuels secondaires irréversibles qui en résulte.

Selon le degré de maturité, l'information doit, dans la mesure du possible, aider les jeunes à atteindre une capacité de consentement (D)/de discernement (CH)/de décision (A) et à pouvoir prendre une décision en connaissance de cause (voir explications à ce sujet au chapitre X → "Droit et éthique"). Cela implique de présenter les avantages et les inconvénients potentiels

du traitement et de les évaluer avec les personnes concernées et les titulaires de l'autorité parentale.

Dans le cadre d'un consentement éclairé du jeune, il devrait être clair que celui-ci a compris les conséquences positives et négatives possibles de l'intervention en question et qu'il a pu les classer et les évaluer de manière adéquate pour lui-même. La compréhension exigée des patients pour l'intervention et ses conséquences possibles va donc au-delà d'une simple connaissance des faits.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K9.** L'indication d'un blocage de la puberté doit permettre de vérifier la La capacité de consentement (D) / la capacité de discernement (CH) / la capacité de décision (A) de la personne mineure en quête de traitement doit être prise en compte par un spécialiste de la psychiatrie ou de la psychothérapie pour enfants et adolescents. Si la capacité de consentement / de discernement / de décision n'est pas suffisante, la personne mineure devrait être encouragée par les professionnels impliqués dans la formation de cette capacité.

être.

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

Lorsqu'une personne mineure présentant une incongruité sexuelle/dysphorie de genre diagnostiquée n'a pas (encore) la capacité de consentir (D)/la capacité de discernement (CH)/la capacité de décider (A), les titulaires de l'autorité parentale peuvent, s'il existe des raisons valables de commencer le traitement à temps (par ex. empêcher un changement irréversible de la voix masculine), prendre la décision d'un blocage de la puberté, dans la mesure où l'enfant a pu participer à cette décision en fonction de sa maturité cognitive et que cela correspond à la volonté clairement reconnaissable de l'enfant (voir explications à ce sujet au chapitre X → *"Droit et éthique"*).

Le soutien de l'entourage familial pour le chemin d'une transition et en particulier pour l'introduction de mesures de modification corporelle est d'une grande importance pour la santé mentale des enfants et des adolescents présentant une incongruité de genre (voir aussi chapitre VI →

*"Prise en compte de l'environnement relationnel familial et de la dynamique familiale"*). Dans les cas où une l'incongruité sexuelle persistante avec le souhait d'une transition est rejetée par les parents et les autres personnes de référence, il existe un risque élevé de troubles psychiques consécutifs, notamment de dépression et de suicidalité (voir également le chapitre IV → *"Troubles psychiques et problèmes de santé associés chez les enfants et les adolescents présentant une incongruence sexuelle et une dysphorie de genre"*).

Dans ces cas, un accompagnement intensif en thérapie familiale devrait viser à soutenir les personnes de référence afin d'aborder et, si possible, de travailler sur leurs réticences à adopter une attitude d'acceptation vis-à-vis de l'identité de genre de leur enfant, afin de créer un cadre d'acceptation au sein de la famille. Dans le processus de thérapie familiale, il s'agit d'accorder une place aux préoccupations des parents et d'élaborer un processus commun de compréhension des étapes appropriées pour soutenir les jeunes concernés. Cela suppose qu'il ne faut pas s'attendre à ce que les interventions de thérapie familiale aient des effets psychologiquement néfastes sur les jeunes concernés (comme par exemple dans le cas d'une séparation géographique soutenue par les services de protection de l'enfance après une expérience de maltraitance alors que la garde des enfants a été conservée).

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

<b>VII. K10.</b> Sur donné Capacité à consentir (D)/Jugement (CH) /capacité de décision (A) de la personne mineure devrait être un co-consensus des Les parents et les tuteurs légaux doivent être consultés.
---

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

<b>VII. K11.</b> Dans les cas où il n'y a pas de co-consensus entre le patient* et les personnes ayant l'autorité parentale, il est nécessaire d'établir une procédure de consultation. un accompagnement intensif du système familial par un spécialiste approprié disposant d'une expertise en thérapie familiale devrait être proposé dans le but d'apporter un soutien au/à la patient(e). Un tel accompagnement n'est recommandé que s'il n'y a pas lieu de s'attendre à des conséquences néfastes pour la santé/le bien-être psychique du patient. Dans de tels cas, il faut un examen de l'intérêt supérieur de l'enfant s'impose.
--

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

Explication : Au-delà de l'orientation fondamentale vers le bien-être de l'enfant, cette recommandation se réfère à des constellations de cas dans lesquelles il y a des raisons de penser qu'une intervention thérapeutique familiale impliquant le patient adolescent et les détenteurs de l'autorité parentale pourrait être préjudiciable. Une



Cette hypothèse devrait normalement conduire à l'examen du cas sous l'angle des questions spécifiques de l'intérêt supérieur de l'enfant et, le cas échéant, de la protection de l'enfant.

Dans les cas où, malgré un accompagnement intensif du processus, aucun consensus ne peut être trouvé entre la personne concernée et les titulaires de l'autorité parentale ou entre les titulaires de l'autorité parentale eux-mêmes concernant un traitement supprimant la puberté, un examen de la mise en danger du bien-être de l'enfant et des mesures appropriées pour promouvoir le bien-être de l'enfant doit être initié, le cas échéant, par une instance indépendante. Cela relève de la compétence des tribunaux ou des autorités compétentes dans le pays concerné et ne devrait pas être jugé à partir d'une position de parti pris thérapeutique (pour les règles juridiques à respecter, voir chapitre X → "*Droit et éthique*").

#### **6.2.7. Aspects somatiques à prendre en compte**

Un examen somatique minutieux effectué par un spécialiste en endocrinologie doit permettre de s'assurer qu'il n'existe pas d'état somatique susceptible d'interférer avec un traitement de suppression de la puberté. Dans des cas particuliers, l'intervention de suppression de la puberté doit être adaptée à la situation somatique individuelle.

Dans des recommandations antérieures, l'exclusion diagnostique d'un trouble de la différenciation somatosexuelle du spectre DSD (diversité somatique du développement sexuel, condition intersexuée) était une condition préalable à l'indication d'interventions hormonales en cas d'incongruité ou de dysphorie de genre. La coïncidence d'une incongruité sexuelle ou d'une dysphorie de genre avec un diagnostic du spectre DSD est rare. Selon les lignes directrices internationales actuellement disponibles (Coleman et al., 2022 ; Hembree et al., 2017) et selon l'avis majoritaire des experts\* ayant participé à l'élaboration de cette ligne directrice, elle ne constitue pas en soi une contre-indication aux interventions de modification corporelle en cas d'incongruité sexuelle diagnostiquée avec une dysphorie de genre. Dans ces situations, les conditions tant psychologiques que somatiques doivent être soigneusement examinées et l'intervention doit être adaptée au cas individuel. Des recommandations en ce sens figurent au chapitre VIII → "*Aspects somatiques des interventions hormonales*".

### 6.3. Traitement hormonal de réassignation sexuelle (THS)

Un traitement hormonal de réassignation sexuelle (THR) doit être envisagé lorsque des adolescents capables de consentement (D)/de discernement (CH)/de décision (A) avec un diagnostic confirmé d'incongruité sexuelle selon la CIM-11 (OMS, 2022) en expriment le souhait sur une longue période, avec une souffrance dysphorique liée au sexe persistante. Les titulaires de l'autorité parentale doivent dans tous les cas être impliqués dans le processus de décision et participer de manière déterminante en tenant compte du cadre légal et de la situation familiale.

L'accompagnement professionnel de ce processus vise à rendre les jeunes autonomes et responsables.

La décision des patients mineurs doit être prise en toute connaissance de cause, en accord avec leurs parents ou tuteurs, et après avoir soigneusement pesé les avantages du traitement hormonal de réassignation sexuelle souhaité et les conséquences somatiques de plus en plus irréversibles d'un traitement ou d'une absence de traitement (Deutscher Ethikrat, 2020).

En raison de l'irréversibilité partielle croissante d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle, un haut degré de maturité cognitive et socio-émotionnelle des mineurs est nécessaire pour prendre une décision. En cas de doute, lorsque la capacité de consentement (D)/la capacité de discernement (CH)/la capacité de décision (A) n'est pas encore pleinement atteinte, les conséquences hautement personnelles d'un traitement ou de son absence ne devraient pas faire l'objet d'une décision prise à la place des titulaires de l'autorité parentale. Au lieu de cela, la personne mineure souhaitant un traitement devrait être amenée à sa capacité de consentement (D)/ capacité de discernement (CH)/ capacité de décision (A) autonome par un accompagnement professionnel intensif intégrant la perspective des détenteurs de l'autorité parentale, afin de pouvoir prendre une décision responsable et informée.

Les conséquences somatiques à prendre en compte d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle ainsi que les recommandations médicales pour la réalisation de cette intervention sont présentées au chapitre VIII → "*Aspects somatiques des interventions hormonales*". Le début d'un traitement hormonal de rééquilibrage sexuel nécessite une indication minutieuse en coopération interdisciplinaire par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ainsi que par un spécialiste en endocrinologie expérimenté dans le traitement des adolescents (indication à double voie, voir ci-dessous). Ce dernier peut être issu du domaine de la pédiatrie, de l'endocrinologie interne ou de la gynécologie (pédiatrique). Dans les cas complexes, il est possible de faire appel à des spécialistes de l'éthique médicale pour

obtenir des éclaircissements.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K12.** L'indication d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle en cas de La prise en charge des adolescents présentant une incongruité ou une dysphorie de genre doit être double et nécessite une expertise et une coopération interdisciplinaires. La condition préalable à la pose d'une indication est une évaluation diagnostique psychiatrique ou psychothérapeutique des adolescents adaptée à l'urgence et à la complexité de la situation individuelle<sup>4</sup>. La partie somatique de la pose de l'indication devrait, compte tenu de ses conditions (stade de maturité pubertaire, absence de contre-indications somatiques, etc. Le traitement doit être effectué par un spécialiste en endocrinologie expérimenté dans le traitement des adolescents.

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

Les examens à effectuer et les considérations à prendre en compte concernant les contre-indications somatiques au traitement hormonal de réassignation sexuelle sont présentés au chapitre VIII → "*Aspects somatiques des interventions hormonales*".

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K13.** L'expertise des personnes qui s'occupent de la santé mentale des enfants et des adolescents est essentielle. psychothérapeutique-psychothérapeutique de l'indication d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle chez des adolescents présentant une incongruité ou une dysphorie de genre devrait répondre aux exigences formelles suivantes :

Une des qualifications suivantes spécifiques à l'adolescence : D :

- titre de médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents
- Autorisation d'exercer la psychothérapie pour enfants et adolescents
- titre de médecin spécialiste en pédiatrie et médecine de l'adolescence avec titre supplémentaire en psychothérapie

CH :

- Titre FMH Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents
- Psychothérapeute reconnu par la

Confédération\* A :

---

<sup>4</sup> pour les conditions professionnelles, voir la recommandation suivante



y compris ceux qui s'accompagnent de la persistance d'une dysphorie de genre au cours de l'adolescence ou d'une détransition ultérieure après une transition accomplie.

Dans la ligne directrice actuelle de la WPATH *Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8*, il est recommandé, comme critère de temps, qu'avant de commencer un traitement hormonal de réassignation sexuelle à l'adolescence, les personnes concernées fassent état d'un vécu d'incongruité de genre existant depuis plusieurs années ("several years") (Coleman et al., 2022). Le critère d'incongruité sexuelle stable/persistante décrit dans notre ligne directrice tient compte de cette recommandation.

L'incongruité de genre doit donc être corrigée par un test de dépistage inférieur à la normale. *suffisamment longue* du point de vue de la psychologie du développement. Lors de l'exploration de la durée de l'incongruité sexuelle ou de la dysphorie de genre, il faut veiller à ce que le vécu intérieur soit déterminant, ce qui peut, selon la situation psychosociale, différer considérablement de l'expression sexuelle observable à l'extérieur. Dans le cadre de l'élaboration de ces lignes directrices, nous avons délibérément décidé de ne pas fixer de délai formel, entre autres parce que, selon l'expérience des experts impliqués, cela ne constitue pas un critère valable pour évaluer la stabilité des processus de coming-out internes et qu'une indication formelle de durée pour un vécu interne "marqué et durable", comme l'exige la CIM-11, ne serait en outre pas objectivement valable. Dans la pratique, il convient donc d'évaluer au cas par cas, en tenant compte de l'évolution globale, dans quelle mesure il faut partir d'un état intérieur marqué et durable.

Recommandation basée sur le consensus :

<b>VII. K14.</b>	Condition préalable pour	le	Indication	d'un site de l'égalité des sexes
Traitement hormonal	devrait être	le	Présence	d'une incongruité sexuelle (selon les critères diagnostiques de l'IG à l'adolescence/ ICD-11 HA60) avec une souffrance dysphorique liée au sexe apparue ou renforcée après la puberté,
ainsi que le désir associé de former les changements physiques spécifiques au sexe attendus par le traitement hormonal. L'évaluation diagnostique devrait se faire dans le cadre d'une collaboration entre un spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie et les patients* ainsi que les personnes qui en ont la garde/les personnes de référence, sur la base de l'exploration des résultats psychologiques et de l'histoire de vie.				

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

### 6.3.1. Identités de genre non binaires et orientation sexuelle fluide à l'adolescence

Le vécu identitaire non-binaire des jeunes constitue un défi diagnostique particulier, qui, selon l'expérience des experts participant à l'élaboration des lignes directrices, est de plus en plus souvent rapporté ces derniers temps. Dans ce contexte, il peut être difficile de savoir dans quelle mesure une telle description de soi est en premier lieu l'expression d'une *compréhension sociale non binaire des rôles sexuels*, qui ne va pas forcément de pair avec une *identité sexuelle non binaire* durable. Des recommandations pour l'accompagnement psychothérapeutique de processus d'auto-exploration et d'auto-découverte ouverts aux résultats à cet égard sont exposées au chapitre V → "*Psychothérapie et interventions psychosociales*" de la présente ligne directrice.

Les deux études de cas suivantes illustrent cette variabilité.

#### *Étude de cas 1 : garçon trans avec description initiale de soi non binaire*

Luisa, 16 ans, se présente sous son prénom de naissance féminin avec l'auto-attribution "Je suis non-binaire". Lors de l'exploration, elle fait état d'une dysphorie de genre marquée, avec un rejet réfléchi des attentes en matière de rôles féminins et un fort sentiment de perturbation par rapport aux caractéristiques sexuelles féminines de son corps. Les seins sont ligaturés quotidiennement depuis quelques mois. Néanmoins, l'adolescente indique à ce moment-là qu'elle ne s'identifie pas non plus au sexe masculin et exprime la crainte de "tomber de la pluie dans le caniveau" en cas de transition vers un autre rôle sexuel qui ne lui conviendrait pas non plus en tant que personne. Dans le cadre d'un processus psychothérapeutique de plusieurs mois, l'adolescente est encouragée à explorer ouvertement un rôle social de genre qui lui convienne, ce à quoi elle s'engage par une introspection réfléchie. Il devient de plus en plus clair pour elle que seul un corps d'apparence masculine permet de vivre durablement une expérience cohérente avec sa propre identité de genre. Un outing probatoire à l'école en tant que garçon trans avec le prénom masculin nouvellement choisi Milan conduit à une expérience croissante de congruence et de soulagement psychique. La liberté acquise grâce à l'exploration de soi non-binaire précédente, de pouvoir être un jeune homme "atypique" sans s'approprier les attentes typiques d'un "rôle masculin", agit comme une impulsion interne au désir de transition. Milan souhaite maintenant suivre un traitement à la testostérone, dont l'indication peut être affirmée en raison de l'incongruité sexuelle qui peut désormais être diagnostiquée avec certitude. Peu après le début du traitement à la testostérone, le changement légal de nom et d'état civil a lieu. Un an plus tard, à l'âge de 18 ans, il subit une mastectomie. Milan passe son baccalauréat au lycée en tant que garçon. Au cours des deux années suivantes, le développement psychique de Milan est stable dans le sexe masculin et s'accompagne d'un bien-être social et sanitaire.



### *Étude de cas 2 : Développement ouvert aux résultats sur trois ans*

Carla, 16 ans, se présente sous son prénom de naissance féminin en se décrivant de manière non binaire. Elle dit qu'elle rejette toutes les attributions de rôles masculins et féminins, tout en s'imaginant pouvoir se sentir plus à l'aise dans un corps d'apparence masculine au sein de cette non-binarité ressentie. Elle s'habille de manière typiquement jeune et se fait une coupe de cheveux courte. Lors de l'exploration, on remarque qu'il ne semble pas y avoir de pression de souffrance corporelle prononcée. L'adolescente dit qu'elle pourrait très bien s'imaginer effectuer une transition et prendre plus tard des hormones masculines. Dans le cadre d'un processus psychothérapeutique de plusieurs mois, Carla est encouragée à explorer ouvertement un rôle social de genre qu'elle peut vivre de manière cohérente. Elle décide d'abord de faire son coming out social en tant que personne trans non-binaire et se donne le prénom masculin de Benno, sous lequel elle apparaît désormais dans tous les domaines de la vie quotidienne. Dans sa famille et à l'école, Benno est accepté socialement et se montre actif et compétent dans de nombreux domaines. Benno semble très satisfait et dit ne pas être pressé de prendre la décision d'un changement de sexe médical. En raison du tableau diagnostique peu clair - aucune incongruité de genre ne peut être diagnostiquée pour l'instant - il est recommandé à Benno de prendre au moins deux années supplémentaires pour son exploration des rôles sociaux non-binaires et de vivre comme la personne qu'il est, sans intervention médicale sur son propre corps. Sur cette recommandation, Benno semble soulagé. La question d'un traitement médical de transition n'apparaît plus dans les entretiens pendant plus d'un an. Pourtant, Benno semble stable et, après avoir réussi son baccalauréat, toujours compétent et efficace dans l'organisation active de sa vie.

Il n'existe pas de données publiées sur le traitement par modification corporelle des adolescents non-binaires, raison pour laquelle il convient d'être particulièrement prudent dans la pose des indications. D'autre part, tant la CIM-11 que le DSM-5 incluent explicitement les identités de genre non binaires dans le spectre diagnostique de l'incongruité sexuelle et de la dysphorie de genre. Il en résulte qu'il serait médicalement, socialement et éthiquement inacceptable d'exclure par principe des traitements spécialisés les personnes non binaires souffrant d'incongruité sexuelle et de dysphorie de genre persistante. Les problèmes et les défis susmentionnés doivent donc être abordés dans le cadre d'une approche individualisée de chaque cas, ce qui peut justifier, à l'adolescence, la nécessité d'un accompagnement du processus par un diagnostic de l'évolution avec un intervalle d'observation clinique plus long.

Tant en ce qui concerne l'orientation sexuelle que l'identité de genre, des évolutions fluides sont possibles à l'adolescence. Un coming-out transgenre peut être précédé d'une exploration homosexuelle temporaire ("tâtonnement") et inversement. D'après les observations cliniques des experts qui ont participé à l'élaboration des lignes directrices, de nombreux patients adolescents présentant une incongruité de genre sont amenés à se poser la question

Les personnes transgenres sont très différenciées quant à leur orientation sexuelle ("l'un n'a rien à voir avec l'autre pour moi"). En particulier, la plupart des patient-e-s n'ont que peu d'appréhension à l'égard des orientations homosexuelles ou bisexuelles, ce qui relativise le modèle d'explication étiologique parfois mis en avant, selon lequel une prétendue transidentité pourrait peut-être être une "homosexualité défendue".

En outre, des enquêtes communautaires ont montré que seule une minorité de personnes trans adultes indiquait une orientation hétérosexuelle claire ("straight") dans le genre perçu, alors que la plupart des personnes trans interrogées indiquaient une orientation sexuelle dans le spectre queer, bisexuel ou fluide (Katz-Wise et al., 2016). En cas d'incongruité sexuelle, l'orientation sexuelle n'est donc pas déterminante pour l'indication de mesures de modification corporelle. Il serait contraire à l'éthique et discriminatoire de traiter différemment les patients en fonction de leur orientation sexuelle.

Il n'est toutefois pas exclu que, chez certains jeunes se trouvant dans une crise de maturation générale, l'orientation sexuelle et l'identité de genre rapportées interfèrent d'une manière qui rend difficile le constat d'une incongruité de genre persistante. C'est pourquoi l'exploration de l'ensemble du développement psychosexuel dans le cadre d'un processus diagnostique est importante pour la pose de l'indication.

Recommandation basée sur le consensus :

**VII. K15.** L'indication d'un traitement hormonal de rééquilibrage sexuel devrait être indépendamment de la polarité ou de la binarité de l'identité de genre et indépendamment de la  
~~Les décisions sont prises en fonction de l'orientation sexuelle des patients.~~

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

Vote spécial de la Société psychanalytique allemande (DPG) pour une recommandation différente :

**VII. K15.** L'indication d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle devrait être prise indépendamment de l'orientation sexuelle des patients\*.

Justification de ce vote spécial du DPG :

**(A) Manque de preuves**

Alors qu'il existe un certain nombre d'études pour les adolescents trans binaires (voir l'introduction du chapitre) qui donnent au moins des indications claires ou fournissent des preuves isolées des effets positifs des analogues de la GnRH et des traitements hormonaux de réassignation sexuelle sur la santé mentale, les preuves empiriques pour les adolescents non binaires sont totalement floues et au mieux spéculatives, basées sur quelques expériences cliniques (décisions au cas par cas sans connaissance de l'évolution à long terme). Dans les études actuelles sur les résultats, par exemple Achille (2020) et Becker-Hebly (2021), on se contente de rechercher "féminin à masculin" ou "masculin à féminin". Les jeunes non binaires ne sont pas mentionnés et ne sont pas inclus dans les groupes d'étude. Il en va de même pour la cohorte hollandaise, pour laquelle quelques données d'évolution à long terme et de catamnèse sont disponibles, mais dont l'échantillon excluait les évolutions non binaires des indications somatiques (Abbruzzese et al., 2023). Dans une étude de Chen et al. (2023) et Kuper et al. (2020), les adolescents non binaires ont été explicitement inclus, mais il n'a pas été analysé si les adolescents non binaires bénéficiaient du traitement au même titre que les adolescents binaires.

### **(B) Psychosexualité et adolescence - hypothèses théoriques**

Dans le cadre du processus de développement de l'adolescence, du début à la fin de l'adolescence en passant par le milieu de l'adolescence (Blos, 2001), la bisexualité psychique est décrite dans la nouvelle littérature (Quindeau, 2019) comme un processus normal d'exploration de sa propre identité, dans le cadre duquel il y a de fortes variations dans l'identification sexuelle. Ce processus représente une sorte de phase de transition vers l'expérimentation et l'identification, qui aboutit chez la plupart des jeunes à une identité de genre claire (binaire) et à une orientation sexuelle claire. Dans cette optique, une identification non binaire ne représente pas une solution pathologique, mais l'expression d'une confrontation intérieure avec des tâches de développement, la séparation d'avec les objets parentaux et la construction de ses propres capacités autonomes. Dans ce mode de pensée, une intervention médicale précoce en cas d'identification non binaire persistante constituerait une interruption du processus de développement et, dans le pire des cas, la consécration d'un stade de transition par une modification corporelle.

### **(C) Gestion de la non-binarité dans d'autres lignes directrices et recommandations de traitement**

La non-binarité n'est explicitement mentionnée que dans les recommandations les plus récentes du WPATH (SOC-8), par l'utilisation constante du terme "jeunes TSG", un terme qui inclut "les personnes qui s'identifient comme non-binaires" (Coleman et al., 2022, p. 252). Cependant, il n'y a pas de recommandations spécifiques dans le traitement des jeunes non identifiés comme binaires. Il semble plutôt qu'en raison du manque de preuves et de la quasi-absence d'expérience clinique pour les mesures de modification corporelle en cas d'évolution non binaire à l'adolescence, il s'agisse d'une recommandation éthique de prendre ce sous-groupe au sérieux et de ne pas l'exclure explicitement, mais de ne pas l'inclure non plus dans les recommandations d'indication. De même, dans d'autres pays européens (voir l'annexe et les listes correspondantes des lignes directrices et/ou des recommandations

de traitement), on considère en partie que le traitement de l'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) n'est pas une option.

Les critères conservateurs tels que les normes d'âge sont clairement exigés et aucune position n'est prise sur les évolutions non binaires avec des souhaits de traitement modifiant le corps.

En **résumé**, l'aspect dynamique du développement, particulièrement important ici, l'absence totale de preuves empiriques et le mélange de principes éthiques indubitablement judicieux et de décisions de traitement créent une situation qui rend impossible la pose d'une indication pour une quelconque mesure de modification corporelle à l'adolescence.

Dans les directives internationales de l'Endocrine Society de 2017 (Hembree et al., 2017), il a été recommandé que chez les adolescents présentant une dysphorie de genre et pour lesquels l'indication d'un traitement hormonal somatomédical est affirmée, un blocage de la puberté soit obligatoirement administré avant l'initiation d'une administration d'hormones de réassignation sexuelle. Cela correspondait au protocole de traitement néerlandais initial, qui était également à la base des premières études de cohorte. Dans la pratique médicale, cela a conduit à l'utilisation régulière de bloqueurs de puberté pendant un an ou plus, même à la fin de l'adolescence, par exemple chez des patients\* de 16 ans dont le développement de la maturité est déjà complètement achevé.<sup>5</sup> Avec un développement de la maturité de plus en plus avancé, les effets secondaires potentiellement nocifs d'un blocage de la puberté (entre autres anhédonie, diminution de la densité osseuse, troubles de la ménopause) doivent être pondérés plus fortement par rapport au bénéfice escompté par la réduction de la souffrance liée à la dysphorie de genre.

C'est la raison pour laquelle on renonce désormais le plus souvent à l'utilisation régulière de bloqueurs de puberté comme étape préalable à un traitement hormonal de réassignation sexuelle. Il n'existe aucune preuve qu'un blocage de la puberté doit toujours avoir lieu chez les adolescentes avant de pouvoir commencer un traitement hormonal de réassignation sexuelle. Bien que les premières études de suivi fassent exclusivement état d'adolescentes ayant d'abord subi un blocage de la puberté puis un traitement hormonal de réassignation sexuelle (de Vries et al., 2014), les échantillons des études ultérieures comprennent également des adolescentes qui, en raison de leur maturation pubertaire déjà avancée, ont été traitées par des hormones de réassignation sexuelle sans blocage préalable de la puberté (Olson-Kennedy et al., 2018). Pour une présentation différenciée des implications somatiques d'un blocage de la puberté ou d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle, voir chapitre VIII

→ *"Aspects somatiques des interventions hormonales"*.

<sup>5</sup> C'est encore aujourd'hui (juin 2023) la pratique strictement réglementée prescrite par le NHS anglais, ce qui a largement contribué à la controverse médicale qui y règne, car chez les adolescents plus âgés, dont la maturation pubertaire est en grande partie terminée, l'évaluation du rapport bénéfice/risque pour l'utilisation de bloqueurs de puberté est généralement négative.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K16.** Pour l'indication d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle en cas de **Il ne faut pas** supposer que les adolescents ont déjà subi un blocage pubertaire. a été effectuée.

---

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

### 6.3.2. Mise à l'épreuve des rôles sociaux dans le genre perçu

En règle générale, le traitement hormonal de réassignation sexuelle (THS) est précédé d'une transition sociale dans tous les domaines de la vie quotidienne. La littérature disponible ne permet pas de savoir si les adolescents étudiés incluent ceux pour lesquels le traitement hormonal de réassignation sexuelle a été initié avant la transition sociale. Les directives internationales actuelles s'accordent à exiger une incongruité sexuelle ou une dysphorie de genre durablement persistante comme condition préalable à la pose d'une indication, sans mentionner explicitement une transition sociale accomplie (Agana et al., 2019 ; Coleman et al., 2022 ; Hembree et al., 2017). Une transition sociale avant le GAH est recommandée, car elle donne aux personnes en quête de traitement et à leur entourage la sécurité et la confirmation indispensables que la voie choisie est à la fois vécue de manière cohérente et durable et qu'elle est socialement vivable.

De plus, l'environnement social s'adapte plus facilement aux changements physiques attendus et les adolescents traités sont protégés des réactions éventuellement irritées de leur environnement social face aux modifications féminisantes ou virilisantes de leur apparence physique. D'après l'expérience clinique des experts participant à l'élaboration des lignes directrices, il existe des cas isolés où le souhait persistant d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle en cas d'identité de genre stable avant la mise en œuvre de la transition sociale existe dans tous les domaines de la vie quotidienne, généralement associé au souhait de faciliter le changement de rôle social grâce aux modifications attendues en raison du traitement hormonal. Dans ces cas, il convient d'accorder une importance particulière, lors de l'information, aux changements auxquels on peut s'attendre de manière réaliste. Les difficultés psychosociales des personnes concernées en ce qui concerne la mise en œuvre de la transition sociale doivent être abordées et les adolescentes devraient recevoir un soutien à cet égard. Dans ces cas, les jeunes doivent être informés du fait que les peurs sociales se traduisent en

Les problèmes liés à la transition ne peuvent pas être résolus par la seule administration d'hormones de réassignation sexuelle.

Dans tous les cas, les personnes en quête de traitement devraient réfléchir suffisamment à toutes les répercussions sur l'environnement lors de la préparation au GAH. La protection contre la discrimination doit être prise en compte de manière déterminante dans le conseil en matière de transition sociale. Pour soutenir les jeunes dans ce processus, il convient d'attirer leur attention sur les offres existantes de la communauté (y compris le conseil par les pairs) et de l'aide à la jeunesse.

---

Recommandation basée sur le consensus

---

<p><b>VII. K17.</b> Pour préparer un traitement hormonal de réassignation sexuelle, il convient d'effectuer une expérimentation sociale du rôle de genre souhaité dans la mesure où elle est compatible avec la protection contre la discrimination. Dans les cas où le soutien social de l'entourage ne suffit pas, un accompagnement psychothérapeutique du processus de transition devrait être mis en place.</p> <p>sont proposés.</p>
--

Consensus fort (> 95%)

---

### 6.3.3. Prise en compte des troubles psychiques existants

En raison de la fréquence des troubles psychiques chez les jeunes présentant une incongruence de genre ou une dysphorie de genre, ces troubles devraient être diagnostiqués, le cas échéant, et traités de manière appropriée (voir chapitre IV → *"Troubles psychiques associés et problèmes de santé chez les enfants et les adolescents présentant une incongruence de genre ou une dysphorie de genre"*). Un soutien psychosocial suffisant des personnes concernées et de leurs familles est un facteur important pour une évolution positive des interventions de modification corporelle et du développement ultérieur. Cependant, étant donné que tous les jeunes présentant une incongruence de genre ne sont pas concernés par des troubles psychiques nécessitant un traitement, le besoin doit être évalué individuellement. La condition préalable à l'indication d'un traitement hormonal est dans tous les cas un examen psychologique et psychiatrique (*assessment*), afin de s'assurer que les troubles éventuels sont identifiés et traités de manière appropriée et qu'ils n'interfèrent pas avec le traitement de modification corporelle.



Une éventuelle interférence entre une incongruité sexuelle diagnostiquée ou suspectée et un autre trouble psychique associé peut se manifester et avoir des effets multiples.

Ainsi, un trouble mental coïncidant peut, entre autres

- nuire à la clarté du diagnostic lors de l'évaluation des symptômes de dysphorie de genre
- ont un impact sur la faisabilité des essais de rôles sociaux recommandés pour préparer un traitement de modification corporelle (par exemple, phobie sociale avec absentéisme scolaire).
- avoir un impact sur le timing à viser lors d'interventions planifiées (par exemple, trouble alimentaire anorexigène nécessitant une rééducation pondérale avant une intervention hormonale).
- affectent la stabilité psychosociale et l'observance médicale du traitement, qui sont suffisantes pour un traitement de modification corporelle (p. ex. patients ayant subi des admissions répétées en psychiatrie aiguë en cas de trouble borderline)
- affectent la capacité de consentement/le discernement/la capacité de décision en vue d'une décision de traitement (p. ex. crise psychique aiguë avec une vision restreinte des facteurs de stress actuels).

Recommandation basée sur le consensus :

---

---

<p><b>VII. K18.</b> Existe avant une indication d'une de changement de sexe traitement hormonal, un trouble psychique coïncidant avec la dysphorie de genre et interférant avec le traitement, une intervention psychiatrique et psychothérapeutique spécialisée <b>devrait</b> être recommandée et proposée dans le cadre d'un concept de traitement intégré ou en réseau. Le dialogue doit permettre les étapes du traitement sont priorisées avec le patient*.</p>
---

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

#### 6.3.4. Information, capacité à consentir et consentement éclairé

Les contenus importants d'une information complète des adolescents et de leurs représentants légaux sur les mécanismes d'action et les conséquences du traitement hormonal de réassignation sexuelle, y compris les effets secondaires possibles, sont décrits au chapitre VIII → "Somatiques".

*Aspects des interventions hormonales*". Il s'agit notamment des effets possibles sur la sexualité, la fertilité, les mesures ultérieures d'adaptation au sexe telles que les opérations, l'expérience relationnelle et l'expérience corporelle. De même, il convient d'informer sur les possibilités accessibles de protection de la fertilité par cryoconservation. Il convient de souligner que la question du désir d'enfant évolue souvent au cours de la vie et que le fait de ne pas recourir à la cryoconservation peut comporter le risque d'un désir d'enfant non satisfait par la suite.

En principe, il convient d'exiger que, compte tenu de la portée d'une décision de traitement hormonal de réassignation sexuelle, cette décision ne puisse être prise de manière autonome par des patients\* mineurs que si ceux-ci sont pleinement capables de consentir (D)/ de juger (CH)/ de décider (A) à cet égard (voir chapitre X → "*Droit et éthique*"). L'information doit aider les jeunes, selon leur degré de maturité et sous forme de processus, à parvenir à une capacité de consentement (D)/ de discernement (CH)/ de décision (A) et à pouvoir prendre une décision en connaissance de cause. Pour ce faire, les avantages et les inconvénients généraux et individuels du traitement, de l'absence de traitement ou d'un traitement reporté à une date ultérieure doivent être présentés, compris, classés individuellement et évalués avec la personne concernée et les personnes qui en ont la charge. Si une personne mineure handicapée mentale présente une *capacité de consentement (D)/de discernement (CH)/de décision (A) durablement réduite*, les titulaires de l'autorité parentale peuvent - comme pour les adultes sous tutelle légale - prendre la décision d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle, dans la mesure où cela correspond à la volonté clairement exprimée de la personne concernée (voir chapitre X → "*Droit et éthique*").

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

<p><b>VII. K19.</b> Avant d'une Pose d'indication un changement de sexe traitement hormonal de l'adolescence, les adolescents et les personnes qui en ont la charge doivent être informés des effets possibles du traitement sur la sexualité, la fertilité, l'expérience relationnelle, l'expérience corporelle, les éventuelles expériences de discrimination et les autres étapes du traitement de modification corporelle visant à adapter le sexe. Il convient d'attirer l'attention sur les possibilités de mesures médicales de préservation de la fertilité et de faciliter l'accès à l'information.</p> <p>d'une consultation spécialisée.</p>
---

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K20.** La partie psychiatrique et psychothérapeutique de l'adolescent de L'indication d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle doit inclure l'examen de la capacité de consentement (D)/de la capacité de discernement (CH)/de la capacité de décision (A) du/de la patient(e).  
- en ce qui concerne le traitement concrètement prévu - par le professionnel qui a posé l'indication. Si la capacité de consentement (D)/de discernement (CH)/de décision (A) n'est pas suffisante, la personne mineure devrait être encouragée à les capacités à acquérir.

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

### 6.3.5. Soutien familial et accord des détenteurs de l'autorité parentale

Comme nous l'avons déjà expliqué dans la section consacrée au traitement de suspension de la puberté (voir ci-dessus), le soutien de l'environnement familial au cheminement d'une transition, et en particulier à l'introduction de mesures de modification corporelle, revêt une grande importance pour la santé psychique des adolescents concernés (voir également le chapitre VI → *"Prise en compte de l'environnement relationnel familial et de la dynamique familiale"*). Dans les cas où les jeunes sont durablement rejetés dans leur transsexualisme et leur désir de transition par leurs parents et autres personnes de référence familiales, il existe un risque élevé de troubles psychiques consécutifs, notamment de dépression et de suicidalité (voir également le chapitre IV →

*"Troubles mentaux associés et problèmes de santé chez les enfants et les adolescents avec incongruité sexuelle et dysphorie de genre"*). Dans ces cas, un accompagnement intensif par une thérapie familiale devrait viser à soutenir les personnes de référence afin d'aborder et, si possible, de travailler sur leurs réticences à accepter l'identité de genre perçue de leur enfant, afin de créer un cadre d'acceptation au sein de la famille.

Dans le processus de thérapie familiale, il s'agit d'accorder une place aux préoccupations des parents et d'élaborer un processus commun de compréhension des étapes appropriées pour soutenir les jeunes concernés. Cela suppose qu'il ne faut pas s'attendre à ce que les interventions de thérapie familiale aient des effets psychiquement néfastes sur les jeunes concernés (comme par exemple dans le cas d'une séparation géographique obtenue par les services de protection de l'enfance après des expériences de maltraitance alors que la

garde des enfants a été maintenue).

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K21.** Sur donné Capacité à consentir (D)/Jugement (CH)/capacité de décision (A) du/de la patient(e) concernant la réalisation d'une traitement hormonal de réassignation sexuelle, un co-consensus des détenteurs de l'autorité parentale devrait être recherché.

---

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

Si, dans certains cas, malgré un conseil intensif, aucun co-consensus ne peut être trouvé entre les personnes concernées et les titulaires de l'autorité parentale concernant la mise en œuvre d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle souhaité et médicalement indiqué, il en résulte une situation de dilemme complexe en ce qui concerne le risque pour la santé. D'une part, en Allemagne, en Autriche et en Suisse, les adolescents peuvent, s'ils sont capables de donner leur consentement, consentir de manière autonome et juridiquement valable au traitement médical qu'ils souhaitent, même sans l'accord de leurs parents, c'est-à-dire que le droit de garde ne permet pas de justifier juridiquement un "veto" des parents dans ce cas (voir les explications au chapitre X → "*Droit et éthique*").

D'autre part, le rejet ou le non-soutien vécu d'une

La mise en place d'une mesure de modification corporelle par les parents représente une charge importante pour les jeunes. La souffrance persistante en cas de non-introduction d'une mesure souhaitée et par ailleurs indiquée de manière professionnelle doit être mise en balance avec cette charge. Dans une telle constellation de cas, il convient d'envisager des mesures psychosociales intensives pour le bien de la santé du/de la jeune concerné(e), afin de le/la soutenir sur le chemin de l'organisation de sa vie en fonction de son identité sexuelle, ce qui peut inclure, dans certains cas, l'accompagnement thérapeutique d'un processus de détachement nécessaire. Les règles légales à respecter dans chaque pays figurent au chapitre X → "*Droit et éthique*".

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K22.** Dans les cas où il n'y a pas de co-consensus entre le patient\* et les personnes ayant l'autorité parentale, il est nécessaire d'établir un plan d'action. Un accompagnement intensif du système familial par un spécialiste approprié devrait être proposé dans le but d'apporter un soutien au patient. Un tel accompagnement n'est recommandé que s'il ne risque pas de nuire à la santé/au bien-être psychique du patient. sont à prévoir.

Force du consensus : consensus fort (> 95%)

---

#### 6.4. Opérations de réassignation sexuelle à l'adolescence

Changement de sexe Opérations chez patient(e)s avec incongruité sexuelle/dysphorie de genre sont des mesures irréversibles qui peuvent avoir des conséquences importantes et durables sur la santé psychique et somatique des personnes concernées, tant dans le sens positif d'une réduction de la souffrance, de l'insatisfaction corporelle et de la charge psychique ainsi que d'une amélioration de la qualité de vie, que dans le sens négatif en cas de complications médicales ou psychosociales ou en cas de regret ultérieur de l'opération effectuée.

Si, en cas d'incongruité sexuelle ou de dysphorie sexuelle persistante à l'adolescence, une opération de réassignation sexuelle est souhaitée par les personnes concernées avant leur majorité et que l'indication médicale doit être examinée, la procédure ainsi que le processus de prise de décision doivent répondre à des exigences élevées, tant en termes de clarté du diagnostic que de constatation de la capacité de consentement (D)/de la capacité de discernement (CH)/de la capacité de décision (A) des patient(e)s, qui sont exposées au chapitre X → "*Droit et éthique*". En règle générale, les interventions chirurgicales d'adaptation génitale n'ont lieu qu'après le

18 ans révolus. En Allemagne, il convient de tenir compte de la loi qui interdit les interventions médicales visant à la stérilisation des mineurs (§§ 1631c BGB), en particulier pour les interventions qui s'accompagnent d'une infertilité durable (c'est-à-dire lorsqu'une orchidectomie, une ovariectomie ou une hystérectomie sont envisagées). Dans le cas d'anomalies génitales intersexuées, cette loi autorise des exceptions à cette règle, à condition qu'elles soient expressément souhaitées par les mineurs concernés, qui sont en outre capables de donner leur consentement (§§ 1631c & 1631d BGB). En ce qui concerne la question de savoir si des exceptions ainsi justifiées peuvent également être légalement admises dans le cas d'une souffrance dysphorique persistante liée au sexe chez des adolescents mineurs présentant une incongruité sexuelle persistante, la situation légale est développée au chapitre X → "*Droit et éthique*".

De plus, l'expérience clinique acquise jusqu'à présent montre qu'en ce qui concerne la En d'autres termes, il y a de plus en plus de personnes trans adultes qui ne souhaitent pas subir d'opération de chirurgie génitale. Sur la base de ces considérations, il est donc généralement recommandé de ne poser l'indication d'une opération de réassignation sexuelle qu'à partir de l'âge de 18 ans. La ligne directrice internationale actuelle *Standards of Care, version 8* de la WPATH, n'exclut pas la possibilité de poser une indication pour des interventions chirurgicales d'harmonisation génitale à l'adolescence.

en principe, si des critères d'indication stricts sont respectés. Seule la phalloplastie de réassignation sexuelle est formellement déconseillée aux mineurs (Coleman et al., 2022).

Lors de la pesée des intérêts, il convient d'accorder, dans le cas d'interventions chirurgicales irréversibles, un poids nettement plus important aux dommages potentiels durables pour la santé en cas de souhait ultérieur de détransition qu'aux traitements hormonaux partiellement et progressivement irréversibles. Cela doit être mis en balance avec la souffrance actuelle liée à la dysphorie de genre, qui peut être très élevée, notamment en cas de dysphorie mammaire chez les jeunes trans masculins, et qui peut avoir un impact considérable sur la santé psychique.

Si, dans le cadre d'une incongruité sexuelle persistante après une transition entièrement accomplie, une identité sexuelle stable s'est consolidée depuis plusieurs années à l'adolescence, y compris une sensation de congruence améliorée de manière stable avec la virilisation ou la féminisation de l'apparence physique survenue sous traitement hormonal de réassignation sexuelle. Le site chez une souffrance dysphorique marquée liée au sexe et un souhait de traitement correspondant, l'indication d'une opération de réassignation sexuelle peut être envisagée à l'adolescence. D'après l'expérience clinique des experts ayant participé à l'élaboration des lignes directrices, cela concerne jusqu'à présent presque exclusivement la mastectomie chez les garçons trans qui vivent depuis longtemps de manière stable dans leur rôle de sexe masculin et qui se sont encore renforcés dans ce rôle sous un traitement à la testostérone. L'expérience montre que la dysphorie de genre liée à l'apparence des seins persiste, voire augmente, sous traitement à la testostérone.

Cette directive ne contient que des recommandations sur la procédure à suivre pour poser l'indication d'une intervention de chirurgie plastique mammaire de réassignation sexuelle. Les opérations d'égalisation génitale ne sont recommandées qu'après l'âge de 18 ans. Les recommandations du guide S3 pour l'âge adulte *Incongruence de genre, dysphorie de genre et santé trans* (AWMF, 2018) ainsi que le guide international *Standards of Care 8* de la WPATH (Coleman et al., 2022) font autorité à cet égard.

Les directives internationales actuelles préconisent une mastectomie en cas d'indication justifiée de Les adolescents mineurs trans-masculins sont mentionnés comme option chirurgicale (Coleman et al., 2022 ; Hembree et al., 2017). Les études de cohorte menées jusqu'à présent ont rapporté qu'en cas de grande souffrance individuelle des personnes concernées - en particulier chez les hommes transgenres déjà traités à la testostérone et vivant depuis longtemps de manière stable dans le sexe masculin - il était possible d'obtenir des résultats positifs.



Les femmes - y compris les adolescentes - subissent des mastectomies de réassignation sexuelle (Marinkovic & Newfield, 2017 ; Olson-Kennedy et al., 2018).

Les études disponibles font état d'un succès thérapeutique majoritairement positif en termes de réduction de la dysphorie mammaire et de satisfaction des personnes traitées. Dans de nombreux cas, la souffrance liée à la dysphorie mammaire des adolescents trans masculins souffrant de dysphorie de genre est considérable. Selon l'expérience clinique acquise jusqu'à présent par les experts participant à l'élaboration des directives, des risques pour la santé peuvent en résulter. Des années de ligature quotidienne des seins peuvent entraîner des troubles respiratoires et des problèmes de posture avec des douleurs dorsales, ce qui peut fortement limiter les activités sportives. De plus, chez de nombreux jeunes dysphoriques de genre, la participation psychosociale est limitée, par exemple en évitant pendant des années d'aller à la piscine ou de participer à d'autres activités sociales par honte de ne pas être en accord avec les caractéristiques physiques de leur sexe. De même, l'accès au marché du travail est souvent plus difficile pour les jeunes non congruents en matière de genre après une transition sociale sans adaptation de leur apparence physique, car les incohérences entre le sexe vécu socialement et les caractéristiques sexuelles biologiques sont visibles extérieurement et peuvent favoriser des réactions transphobes de l'environnement social . Il est donc nécessaire d'évaluer soigneusement, au cas par cas, les risques de l'opération de réassignation sexuelle par rapport aux risques et aux contraintes de la dysphorie de genre non traitée chirurgicalement.

Selon les lignes directrices actuelles, il n'y a pas de preuves pour ou contre des limites d'âge définies pour les opérations de réassignation sexuelle des seins chez les adolescentes mineures présentant une incongruité de genre diagnostiquée. Par conséquent, le moment de l'indication devrait être déterminé en fonction de l'état de santé individuel (Hembree et al., 2017). Il convient de mettre en balance les aspects de la souffrance, de la maturité cognitive et émotionnelle et de la stabilité du diagnostic dans le temps. Les opérations de réassignation sexuelle des seins chez les mineurs présentant une incongruité ou une dysphorie de genre nécessitent donc une indication minutieuse au cas par cas, dans le cadre d'une coopération interdisciplinaire entre un spécialiste en psychologie et en psychiatrie et un spécialiste en chirurgie. Dans les cas complexes, il est possible de faire appel à des spécialistes de l'éthique médicale pour clarifier la situation.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K23.** Le site l'indication d'une mastectomie de réassignation sexuelle ou La réduction mammaire chirurgicale chez les adolescentes présentant une incongruité ou une dysphorie de genre devrait être effectuée de manière double et nécessite une expertise et une coopération interdisciplinaires. La condition préalable à la pose de l'indication est une évaluation diagnostique pédopsychiatrique ou psychothérapeutique adaptée à l'urgence et à la complexité de la situation <sup>individuelle</sup><sup>6</sup>. La partie somatique de l'indication devrait être évaluée par une personne expérimentée, en tenant compte de ses conditions. La question doit être posée par un spécialiste de la médecine opératoire.

Force du consensus : consensus fort (> 95% d'accord)

---

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K24.** Le site qualification de la personne pour le psychiatre juvénile-psychothérapeute-psychothérapeute Spécialiste ou site Pose de d'un mastectomie de réassignation sexuelle ou réduction mammaire La chirurgie chez les adolescentes présentant une incongruité sexuelle ou une dysphorie de genre doit répondre aux exigences suivantes :

Une des qualifications suivantes spécifiques à l'enfance et à l'adolescence : D :

- titre de médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents
- Autorisation d'exercer la psychothérapie pour enfants et adolescents
- titre de médecin spécialiste en pédiatrie et médecine de l'adolescence avec titre supplémentaire en psychothérapie

CH

- Titre FMH Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents
- Psychothérapeute\* reconnu(e) au niveau fédéral

A :

- Médecin spécialisé\* en psychiatrie d'enfants et d'adolescents ou médecin spécialisé\* en pédiatrie et en psychothérapie.

Psychiatrie de l'adolescent et médecine psychothérapeutique

---

<sup>6</sup> Pour la condition professionnelle, voir la recommandation suivante (voir ci-dessous)

- Inscription en tant que psychothérapeute\* avec formation postgraduée en psychothérapie pour nourrissons, enfants et adolescents.

Psychothérapie pour adolescents

Ou alternativement, en cas d'expertise clinique dûment établie dans le diagnostic et le traitement des adolescents :

D :

- Médecin spécialiste Dénomination territoriale pour  
Psychiatrie et Psychothérapie  
Médecine psychothérapeutique ou médecine psychosomatique et psychothérapie
- Autorisation d'exercer la psychothérapie psychologique

CH

: Titre FMH psychiatrie et psychothérapie

- A : Médecin spécialisé\* en psychiatrie et médecine psychothérapeutique, médecin spécialisé\* en
- psychiatrie et neurologie
- Inscription en tant que psychothérapeute\*, inscription en tant que psychologue clinique\*.

Force du consensus : consensus fort (> 95% d'accord)

Pour la partie chirurgicale de l'indication d'opérations de réassignation sexuelle chez les mineurs ainsi que pour la réalisation chirurgicale d'une telle intervention, il est renvoyé aux explications du guide S2k correspondant de l'AWMF "Geschlechtssangleichende chirurgische Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie " (numéro d'enregistrement 043 - 052).

Une incongruité sexuelle stable/persistante selon les critères diagnostiques de la CIM-11, accompagnée d'une souffrance physique liée à la dysphorie de genre, est la condition de base pour poser l'indication d'une opération de réassignation sexuelle. Il n'existe pas de critères individuels valables pour la persistance/stabilité de l'incongruité ou de la dysphorie de genre à laquelle on peut s'attendre à l'avenir et il n'est pas possible de les déduire actuellement des études disponibles. Il incombe donc au spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie ayant de l'expérience dans l'exploration de diverses évolutions de l'identité sexuelle chez les adolescents d'élaborer, dans le cadre d'un entretien commun avec les personnes concernées et les détenteurs de l'autorité parentale, une évaluation individuelle sur la base de l'ensemble des résultats psychiques et de l'histoire de vie des adolescents. Dans des constellations de cas complexes ou lorsque le/la spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ne dispose pas

(encore) de connaissances spécifiques suffisantes, il/elle peut être amené(e) à prendre des décisions.

Si le patient n'a pas d'expérience clinique dans ce domaine, il appartient aux professionnels des deux disciplines de recommander aux patients et à leurs représentants légaux de faire appel à un spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie expérimenté pour confirmer l'indication.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K25.** Condition préalable à l'indication d'une opération de réassignation sexuelle

L'objectif de l'ablation ou de la réduction mammaire **doit** être la présence d'une incongruité sexuelle stable/persistante (selon les critères diagnostiques de l'IG à l'adolescence/ ICD-11 : HA60) avec une souffrance dysphorique liée au sexe, associée à un désir clair de modification de l'organe ou de la caractéristique à opérer. L'évaluation de la stabilité/persistance de l'incongruité sexuelle et du désir de traitement devrait être réalisée par une collaboration entre le spécialiste psychiatrique/psychothérapeutique et le patient\* et ses représentants légaux, sur la base d'une exploration minutieuse de la

Les résultats psychologiques et l'histoire de vie doivent être pris en compte.

Force du consensus : consensus fort (> 95% d'accord)

---

Il n'existe à ce jour aucune étude empirique sur les opérations de réassignation sexuelle chez les mineurs qui appartiennent au spectre non binaire de l'identité de genre. Ainsi, il n'existe pas de données historiques concernant la persistance/stabilité de l'identité de genre non binaire à l'adolescence. On ne sait pas non plus si les jeunes trans ayant une identité de genre non binaire sont plus susceptibles de regretter ultérieurement les mesures médicales d'harmonisation qu'ils ont subies.

Les nouveaux classifications de DSM-V et ICD-11 excluent les non binaires

Les identités de genre sont explicitement incluses dans la définition de la dysphorie de genre ou de l'incongruité de genre. Tant le guide S3 de l'AWMF (AWMF, 2018) pour l'âge adulte *Incongruence de genre, dysphorie de genre et trans-santé*, que la nouvelle version actuelle du guide international *Standards of Care* de la WPATH (Coleman et al., 2022) incluent également explicitement les personnes ayant une identité de genre non binaire dans leurs recommandations sur l'indication de mesures chirurgicales de réassignation sexuelle. Une exclusion de principe des personnes ayant une identité de genre non binaire et une persistance des dysphorie de genre de l'accès au site accès à à l'accès à la chirurgie de réassignation sexuelle



Les mesures de modification corporelle ne sont donc pas justifiables d'un point de vue médical, éthique et socio-juridique. Sur la base des études menées jusqu'à présent, il n'est toutefois pas possible de donner à ce jour une recommandation empiriquement fondée concernant les opérations de réassignation sexuelle des mineurs ayant une identité de genre non -binaire. Les décisions concernant les indications doivent donc être examinées avec un soin particulier au cas par cas et doivent être prises après avoir évalué la souffrance dysphorique liée au sexe, la stabilité dans le temps du souhait de traitement à cet égard, la maturité cognitive et émotionnelle des personnes concernées au sens d'une capacité de consentement (D)/de jugement (CH)/de décision (A), en tenant compte de tous les avantages et inconvénients attendus ainsi que des risques d'une telle intervention.

Il convient d'expliquer en particulier la possibilité d'un regret ultérieur de l'intervention chirurgicale, y compris sa probabilité de survenue, qui ne peut pas être évaluée valablement jusqu'à présent par rapport aux personnes transgenres binaires en raison de l'insuffisance des données disponibles. En cas de doute, il appartient aux spécialistes de la santé mentale et de la chirurgie de recommander l'avis d'un psychiatre ou d'un psychothérapeute expérimenté dans le traitement de patients\* présentant une incongruité ou une dysphorie de genre, afin de garantir une indication individualisée.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

<p><b>VII. K26.</b> L'indication d'une mastectomie de réassignation sexuelle ou La réduction mammaire doit être effectuée indépendamment de la polarité ou de la binarité de l'identité de genre. et être prises indépendamment de l'orientation sexuelle.</p>
--

Force du consensus : consensus fort (> 95% d'accord)

---

Vote spécial de la Société psychanalytique allemande (DPG) pour une recommandation différente :

<p><b>VII. K26.</b> L'indication d'une mastectomie de réassignation sexuelle ou La réduction mammaire devrait être prise indépendamment de l'orientation sexuelle.</p>
--

Remarque : la justification de ce vote spécial est développée dans la recommandation correspondante sur le traitement hormonal de réassignation sexuelle (VII. K15.).

En règle générale, une opération de réassignation sexuelle chez les mineurs est précédée d'une transition sociale vécue de manière stable pendant plusieurs années ainsi que d'une opération de réassignation sexuelle.

traitement hormonal sur plusieurs mois. L'indication nécessite une évaluation de la stabilité/persistance suffisante du souhait de traitement ainsi que de la viabilité psychosociale durable individuelle d'une transition. Il n'existe à ce jour aucune donnée probante concernant les opérations de réassignation sexuelle sans administration préalable d'hormones de réassignation sexuelle, car selon les directives antérieures, l'ordre des interventions était fixé et les hormones de réassignation sexuelle devaient obligatoirement être prises avant l'opération de réassignation sexuelle.

Néanmoins, l'expérience clinique montre que dans certains cas, il existe par exemple un désir stable de mastectomie sans traitement préalable à la testostérone. Les nouvelles directives de la WPATH mentionnent expressément cette possibilité pour des cas isolés, y compris chez les mineurs (Coleman et al., 2022). Selon l'expérience clinique, de tels cas se présentent plus fréquemment chez les personnes ayant une identité de genre non binaire et/ou présentant un trouble du spectre autistique coïncidant. Ces cas nécessitent un examen particulièrement attentif de la persistance d'une souffrance spécifiquement liée à la dysphorie de genre ainsi que de la stabilité du désir de traitement, afin d'évaluer au cas par cas les bénéfices et les risques pour la santé d'une telle démarche, qui doivent être pris en considération.

Il n'existe en outre aucune information tirée de la littérature sur les parcours d'adolescents concernés ayant subi une opération de réassignation sexuelle sans transition sociale préalable. Il existe des rapports cliniques de cas de patients\* adultes avec des identités non-binaires, dans lesquels ni une transition sociale ni un traitement hormonal de réassignation sexuelle ne sont souhaités, mais où le souhait persistant d'une mastectomie de réassignation sexuelle existe en cas de dysphorie corporelle persistante importante en ce qui concerne le profil des seins. Dans la directive S3 pour l'âge adulte, une procédure individualisée est recommandée pour de telles constellations de cas, dans laquelle une transition sociale ou un traitement à la testostérone antérieur n'est pas recommandé comme condition obligatoire pour l'indication d'une mastectomie (AWMF, 2018).

Selon l'avis majoritairement unanime des experts participant à l'élaboration des directives, il est particulièrement important, à l'adolescence, de vérifier suffisamment la vivabilité sociale et la cohérence stable de l'identité de genre perçue, en raison des risques largement imprévisibles de dommages irréversibles pour la santé.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K27.** Vers Préparation d'une de réassignation sexuelle Mastectomie ou réduction mammaire chez les adolescents présentant une incongruité ou une dysphorie de genre, il convient de procéder à une expérimentation sociale du rôle sexuel souhaité, dans la mesure où cela est compatible avec la protection contre la discrimination. Dans les cas où le soutien social de l'entourage ne suffit pas, un accompagnement psychothérapeutique du processus de transition devrait être proposé.

ont proposés.

Force du consensus : consensus fort (> 95% d'accord)

---

Selon l'expérience de la plupart des experts travaillant au sein de la commission des lignes directrices, les premiers mois suivant le début du traitement hormonal de réassignation sexuelle chez les adolescentes sont souvent une phase au cours de laquelle la situation générale des personnes concernées se stabilise. Une phase d'observation d'au moins 6 mois semble donc appropriée avant une opération de réassignation sexuelle des seins pour s'assurer que la persistance d'une identité sexuelle consolidée ne change pas sous l'effet des modifications corporelles induites par les hormones. Selon l'expérience clinique des chirurgiens spécialisés dans les opérations de réassignation sexuelle des seins, le tissu mammaire se modifie en outre sous l'effet de l'administration de testostérone, de sorte qu'un intervalle de plusieurs mois entre le début du traitement hormonal et l'opération peut, dans certaines circonstances, avoir une influence favorable sur le résultat cosmétique de l'opération de réassignation sexuelle des seins. D'après la plupart des expériences cliniques réalisées jusqu'à présent par les experts\* participant à l'élaboration des lignes directrices, le délai d'au moins 6 mois a fait ses preuves et est donc considéré comme judicieux par la commission. Les directives médicales internationales actuelles de l'*Endocrine Society* et de la *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* ne se prononcent pas sur la durée minimale recommandée pour une hormonothérapie.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K28.** Un traitement hormonal de réassignation sexuelle est-il déjà suivi ?  
devr av d'un qui suit de réassignation sexuelle Mastectomie ou  
ait ant e  
réduction mammaire, une période d'au moins 6 mois est nécessaire pour réfléchir à  
l'impact de la réduction sur la santé de la patiente.

de l'expérience acquise



---

Force du consensus : consensus fort (> 95% d'accord)

---

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K29.** Dans des cas isolés et justifiés, une mastectomie de réassignation sexuelle ou une réduction mammaire opération chez adolescents avec incongruité sexuelle ou Dysphorie de genre sans préalable traitement de réassignation sexuelle traitement hormonal.

Force du consensus : consensus fort (> 95% d'accord)

---

#### 6.4.1. Diagnostic et traitement des troubles psychiques associés

En raison de la fréquence des troubles mentaux chez les adolescents incongruents ou dysphoriques de genre, ces troubles doivent être diagnostiqués et, si nécessaire, traités de manière appropriée. Le soutien psychosocial des personnes concernées et de leurs familles est essentiel pour une évolution positive du traitement de modification corporelle et de l'évolution de la santé. Cependant, comme tous les jeunes présentant une incongruité de genre ne sont pas concernés par des troubles psychiques, le besoin d'un soutien psychosocial professionnel doit être évalué individuellement. La condition préalable à une indication professionnelle d'une intervention chirurgicale de réassignation sexuelle est néanmoins dans tous les cas un examen psychologique et psychiatrique (assessment) afin de s'assurer que les éventuels problèmes de santé mentale existants sont diagnostiqués et traités de manière adéquate et n'interfèrent pas avec la sécurité du diagnostic ou avec le traitement de modification corporelle.

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K30.** Avant de poser l'indication d'une mastectomie de réassignation sexuelle, existe-t-il resp Réduction mammaire sur le dysphorie de genre Pression de ectiv une site la souffrance En cas de troubles psychiques coïncidant avec le traitement et interférant avec celui-ci, il convient de mettre en place un traitement psychiatrique et psychosocial spécialisé dans le cadre d'un concept de traitement intégré ou en réseau.

~~une intervention psychothérapeutique est recommandée.~~

Force du consensus : consensus fort (> 95% d'accord)

---

#### 6.4.2. Capacité de consentement (D)/ Capacité de discernement (CH)/ Capacité de décision (A)

Avant de poser l'indication d'une mastectomie ou d'une opération de réduction mammaire chez des adolescentes présentant une incongruité ou une dysphorie de genre, il convient de fournir aux patients\* et à leurs responsables une information complète sur les conséquences et les complications possibles de l'opération ainsi que sur les effets possibles sur le vécu corporel, le vécu relationnel, la sexualité et la capacité d'allaitement. Les avantages, les inconvénients et les risques éventuels de l'opération de réassignation sexuelle doivent être présentés et évalués avec les personnes concernées et leurs responsables légaux. L'information doit aider les jeunes à acquérir leur propre capacité de consentement (D)/de jugement (CH)/de décision (A) et à pouvoir ainsi prendre une décision en connaissance de cause.

De même, il faut veiller à informer suffisamment tôt des possibilités accessibles de cryoconservation pour préserver sa propre capacité de reproduction en cas d'opération d'harmonisation génitale souhaitée ou envisagée à une date ultérieure. Lors de l'information, il convient d'attirer l'attention sur le fait que la question du désir d'enfant évolue souvent au cours de la vie et que le fait de renoncer à une cryoconservation comporte le risque d'un désir d'enfant inassouvi par la suite.

La capacité de consentement (D), la capacité de discernement (CH) ou la capacité de décision (A) de La prise en charge des mineurs en vue d'une opération de réassignation sexuelle implique une réflexion approfondie sur le caractère irréversible de l'intervention, l'examen des avantages, des inconvénients et des risques, ainsi que l'examen d'alternatives individuelles de transition vécue.

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

**VII. K31.** L'indication de mesures chirurgicales pour l'adaptation au sexe chez les adolescents présentant une incongruité sexuelle ou une dysphorie de genre **doit** inclure l'examen de la capacité de consentement (D) / de discernement (CH) / de décision (A) du/de la patient(e) par un(e) spécialiste en psychiatrie juvénile et en psychothérapie. Si la capacité de consentement (D)/la capacité de discernement (CH)/la capacité de décision (A) n'est pas suffisante, la personne mineure devrait être encouragée à le faire, d'acquérir cette capacité.

---

Force du consensus : consensus fort (> 95% d'accord)

---

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

<b>VII. K32.</b>	Sur donné	Capacité à consentir	(D)/	Capacité de discernement	(CH)/
	Capacité de décision (A) de la personne mineure			devrait faire l'objet d'un	
				Co-consensus des	
<del>Les parents et les tuteurs légaux doivent être consultés.</del>					

---

Force du consensus : consensus fort (> 95% d'accord)

---

---

Recommandation basée sur le consensus :

---

<b>VII. K33.</b>	Dans les cas où il n'y a pas de co-consensus entre le patient* et les personnes ayant l'autorité parentale, il est nécessaire d'établir un plan d'action un accompagnement intensif du système familial par un spécialiste approprié devrait être proposé dans le but d'apporter un soutien au patient. Un tel accompagnement n'est recommandé que s'il ne risque pas de nuire à la santé/au bien-être psychique du patient. sont à prévoir.				
------------------	--	--	--	--	--

---

Force du consensus : consensus fort (> 95% d'accord)

---

Si, dans certains cas, malgré un conseil intensif, aucun co-consensus ne peut être trouvé entre les personnes concernées et les titulaires de l'autorité parentale concernant la réalisation d'une mastectomie ou d'une réduction mammaire souhaitée et médicalement indiquée, il en résulte une situation de dilemme complexe en ce qui concerne le risque pour la santé. D'une part, en Allemagne, en Autriche et en Suisse, les adolescents peuvent, s'ils sont capables de donner leur consentement, consentir de manière autonome et juridiquement valable au traitement médical qu'ils souhaitent, même sans l'accord de leurs parents, c'est-à-dire qu'un "veto" des parents ne peut pas être justifié juridiquement par le droit de garde dans ce cas (voir les explications au chapitre X → "Droit et éthique "). Un contrat de traitement peut également être signé par les jeunes assurés légaux, au moins à partir de

Les contrats de travail peuvent être conclus de manière autonome jusqu'à l'âge de 16 ans.<sup>7</sup>

D'autre part, le refus ou le non-soutien par les parents d'une mesure de modification corporelle représente une lourde charge pour les jeunes concernés. La souffrance persistante due à la non-exécution d'un traitement indiqué par un professionnel doit être mise en balance avec ce fardeau. Dans un tel cas de figure, il convient d'établir un plan d'action dans le cadre du

---

<sup>7</sup> Pour les mineurs assurés en privé, la signature d'un assuré principal ayant l'autorité parentale est également requise.

des mesures psychosociales intensives doivent être envisagées dans l'intérêt de la santé et du bien-être du/de la jeune concerné(e), afin de le/la soutenir sur la voie de l'organisation de sa vie conformément à son identité sexuelle, ce qui peut inclure, dans certains cas, l'accompagnement thérapeutique d'un processus de détachement nécessaire. Les règles légales à respecter dans chaque pays sont exposées au chapitre X → "Droit et éthique".

### 6.5. Contenu recommandé d'une lettre d'indication

Conformément aux recommandations formulées dans ce chapitre, voici un récapitulatif des éléments à prendre en compte dans une lettre d'indication pédopsychiatrique ou psychothérapeutique pour des interventions de modification corporelle à l'adolescence (c'est-à-dire blocage de la puberté, traitement hormonal de réassignation sexuelle ou opération chirurgicale de réassignation sexuelle au niveau des seins). Une telle lettre d'indication devrait contenir des indications de contenu sur les points suivants, qui soient compréhensibles pour les co-traiteurs qui assument la responsabilité médicale de la partie somatique d'une indication à développer de manière interdisciplinaire :

- évaluation diagnostique d'une incongruité sexuelle stable/persistante, accompagnée d'une justification basée sur le développement antérieur.
- Souffrances antérieures, existantes ou anticipées liées à la dysphorie de genre
- Expériences de rôle social passées ou prévues ou transition sociale
- l'état de santé mentale et, le cas échéant, les problèmes de santé mentale ou les troubles qui l'accompagnent
- en cas de troubles psychiques coïncidents : diagnostic établi et évaluation diagnostique de l'interdépendance avec la dysphorie de genre (modèle de trouble individuel) ainsi que plan de traitement intégré
- désir persistant et réfléchi d'intervention médicale
- évaluation différenciée de la capacité de consentement (D)/de décision (A)/de discernement (CH) sur la base d'un consentement éclairé au traitement souhaité
- Information sur la perspective éventuelle d'une transition ultérieure
- une information sur les effets possibles du traitement sur la fertilité ultérieure et sur les possibilités de protection de la fertilité
- l'information sur les risques potentiels du traitement

- évaluation individuelle des bénéfices et des risques pour la santé du traitement souhaité par rapport à l'option de ne pas traiter ou d'attendre davantage
- Indications sur le soutien de l'entourage familial et social pour la suite de la transition, y compris le co-consensus des détenteurs de l'autorité parentale

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

## Chapitre VIII

### Aspects somatiques des interventions hormonales

#### 1. Introduction et questions directrices

#### 2. Traitement par analogues de la GnRH (bloqueurs de puberté)

2.1.1 Objectifs de la suppression de la puberté

2.1.2 Pharmacodynamie et pharmacocinétique des analogues de la GnRH

2.1.3 Effets secondaires indésirables possibles des analogues de la GnRH

#### 3. Alternatives à la suppression de la puberté à l'adolescence avant le début d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle

3.1.1 Traitement par progestatifs lorsque le développement pubertaire est déjà en grande partie terminé

3.1.2 Traitement avec des antiandrogènes

#### 4. Traitement hormonal de réassignation sexuelle

4.1.1 Traitement hormonal de réassignation sexuelle chez les jeunes trans masculins

4.1.2 Traitement hormonal de réassignation sexuelle chez les adolescentes transgenres

4.1.3 Information sur les prescriptions off-label



## 1. Introduction et questions directrices

Les interventions hormonales dans le cadre d'un traitement échelonné et orienté vers le développement des adolescents présentant une incongruité sexuelle (IG) ou une dysphorie sexuelle (DG) persistante sont des interventions complexes dans le déroulement du développement de la maturité pubertaire, qui nécessitent une pose d'indication individuelle minutieuse. Cela implique une évaluation du rapport bénéfice/risque adaptée aux circonstances de chaque cas, ainsi qu'une gestion des risques endocrinologiques appropriée. Les experts cliniques qui ont participé à l'élaboration de cette ligne directrice partagent majoritairement l'avis exprimé dans les lignes directrices internationales actuelles de l'*Endocrine Society* et de la *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*, qui ont été rédigées par des comités d'experts reconnus (Coleman et al., 2022 ; Hembree et al., 2017). Selon celle-ci, en particulier pour l'utilisation de bloqueurs de puberté, une évaluation globale des bénéfices et des risques basée uniquement sur des données d'études ne peut pas tenir compte de la complexité des situations de décision médicale dans ce domaine.

Il n'est donc pas étonnant, d'un point de vue international, que le National Health Service England (NHS) ait actuellement dressé un bilan global ambigu des bénéfices et des risques liés à l'utilisation des bloqueurs de puberté. A l'avenir, ils ne seront plus recommandés que dans le cadre d'études cliniques (voir le chapitre sur les discours critiques et les recommandations divergentes dans d'autres pays, en annexe). Les principes de traitement qui y sont appliqués jusqu'à aujourd'hui, et qui suivent strictement le *Dutch Protocol* initial, s'écartent en partie considérablement de la *meilleure pratique* établie au niveau international (Pang et al., 2022). Ainsi, jusqu'à aujourd'hui en Angleterre, chaque adolescent(e) diagnostiqué(e) DG doit subir un blocage de la puberté d'au moins douze mois avant de pouvoir commencer un traitement hormonal de réassignation sexuelle indiqué. En raison des délais d'attente extrêmement longs, de nombreux patients\* ont déjà 16 ans ou plus au début du traitement. Ils sont donc à un âge où l'utilité d'un blocage de la puberté est discutable en raison du développement de la maturité en grande partie achevé, alors que les effets secondaires indésirables liés à la ménopause prédominent (Hembree et al., 2017 ; O'Connell et al., 2022).

De tels artefacts, qui, du point de vue actuel, conduisent à une utilisation erronée des recommandations de traitement obsolètes des décennies passées, ont été intégrés dans les données d'études disponibles et contribuent à l'ambiguïté des preuves. Pour les interventions hormonales destinées au traitement échelonné des adolescentes présentant une IG ou un DG persistant(e) diagnostiqué(e), il convient donc d'évaluer au cas par cas les bénéfices attendus et les risques à prendre en compte. Le stade de maturité pubertaire au début du traitement, l'ampleur et la durée de la souffrance liée à la dysphorie de genre sont autant d'éléments à prendre en compte. Si un blocage de la puberté est envisagé, il convient d'en évaluer la durée prévue.

La limitation dans le temps est un aspect important à prendre en compte lors de l'évaluation individuelle des bénéfices et des risques. En outre, comme c'est généralement le cas pour les interventions endocrinologiques (par exemple les thérapies hormonales de substitution), l'*évidence mécanistique*, c'est-à-dire la connaissance la plus complète possible des mécanismes physiologiques mis en jeu et de leurs effets souhaités et indésirables, revêt une importance particulière pour l'évaluation des bénéfices et des risques dans chaque cas.

Pour ce chapitre, la commission des lignes directrices a formulé a priori les trois questions directrices suivantes :

Questions directrices sur les aspects somatiques des interventions hormonales à l'adolescence :

- Quels sont les aspects somatiques à prendre en compte dans la partie endocrinologique de l'indication, de l'information et de la planification individuelle des interventions hormonales à l'adolescence ?
- Le traitement par analogues de la GnRH pour la suppression de la puberté chez les adolescents présentant une incongruité sexuelle/dysphorie de genre persistante peut-il être considéré comme suffisamment sûr au regard des risques connus ?
- Le traitement hormonal de réassignation sexuelle à la testostérone ou aux œstrogènes chez les adolescents présentant une incongruité/dysphorie sexuelle persistante peut-il être considéré comme suffisamment sûr au regard des risques connus ?

La condition préalable au début d'un traitement hormonal est dans tous les cas une indication interdisciplinaire professionnelle posée par des spécialistes médicaux ou psychothérapeutiques qualifiés ayant une expérience suffisante de la thématique (voir chapitre VII → "*Pose d'indications pour des interventions médicales modifiant l'organisme*"). Dans ce contexte, l'objectif souhaité et réalistement réalisable d'un traitement hormonal doit être examiné au cas par cas et évalué conjointement avec les patients\* et leurs représentants légaux, en tenant compte des risques à prendre en considération.

## 2. Traitement par analogues de la GnRH (bloqueurs de puberté)

### 2.1 Objectifs de la suppression de la puberté

Comme indiqué au chapitre VII → "*Indication des interventions médicales de modification corporelle*", selon les recommandations des directives médicales internationales actuelles, lorsqu'une incongruité sexuelle persistante accompagnée d'une souffrance dysphorique liée au sexe a été constatée chez un(e) adolescent(e) à la suite d'un diagnostic psychiatrique ou psychothérapeutique pour enfants et adolescents, un traitement de suppression de la puberté peut être envisagé au plus tôt à partir d'un stade de développement pubertaire Tanner 2 (Coleman et al, 2022 ; de Vries et al., 2006 ; Hembree et al., 2017). Si la maturation pubertaire est déjà plus avancée, on peut envisager comme alternative de contrer la formation progressive des caractères sexuels secondaires par un traitement hormonal suppressif (p. ex. des antiandrogènes chez les adolescentes trans) ou, chez les adolescents trans masculins, de supprimer les menstruations avec une *préparation progestative* (voir ci-dessous la section 3 "*Alternatives à la suppression de la puberté*").

Le mécanisme d'action d'un blocage de la puberté (voir ci-dessous) ne fait qu'augmenter un peu plus le nombre d'enfants.

*Le but est d'empêcher la progression de la maturité*, c'est-à-dire de "geler" pour un temps limité la progression de la maturité déjà entamée au niveau où elle se trouvait au début du traitement. La raison d'être de cette mesure est de désactualiser le principal facteur de stress de la dysphorie de genre, à savoir la masculinisation ou la féminisation progressive de l'apparence physique, en empêchant sa *progression*. Dans la mesure où les caractéristiques sexuelles féminines ou masculines se sont déjà formées (p. ex. croissance mammaire féminine chez les adolescents trans-masculins ou changement de voix masculine chez les adolescents trans-féminins), le stress physique reste inchangé lors du traitement et seule son *aggravation* est évitée. Cela doit être pris en compte de manière relative lors de la définition des mesures de résultats dans les études qui examinent l'effet exclusif d'un blocage de la puberté (Cass, 2022). Ainsi, maintenir un état de santé psychique relativement stable avant le traitement, c'est-à-dire *empêcher sa détérioration*, peut correspondre à un objectif réaliste. Il convient d'en tenir compte lors de l'évaluation des faibles preuves d'effets positifs de la seule suppression de la puberté sur les paramètres de santé mentale. Cela pourrait expliquer pourquoi, par rapport aux faibles preuves de l'utilité d'un blocage temporaire de la puberté, les *études sur le traitement hormonal de réassignation sexuelle* et sur les résultats à long terme du "paquet global" d'une thérapie *progressive commencée à l'adolescence* ont mis en évidence des résultats positifs sur la santé mentale.

*traitement de transition, y compris la chirurgie de réassignation sexuelle ultérieure, est plus claire et plus uniforme (voir les explications sur l'état des études au chapitre VII → "Indications des interventions médicales de modification corporelle").*

Il convient d'évaluer au cas par cas le fait que les jeunes gens souffrant d'une IG persistante peuvent, en cas de progression de la puberté, subir des inconvénients pour leur santé tout au long de leur vie (Deutscher Ethikrat, 2020), par exemple en raison d'une apparence physique stigmatisante à long terme avec un vécu de dysphorie de genre accru ainsi qu'une participation psychosociale plus difficile, par exemple lors de l'établissement de relations romantiques, de la fréquentation de la plage ou de la piscine, etc. Un objectif important de la suppression temporaire de la puberté chez les adolescents est souvent de gagner du temps pour un processus de maturation intellectuelle et de réflexion avant de pouvoir prendre la décision d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle (Brik et al., 2020 ; van der Loos et al., 2022). Ce temps est notamment souvent nécessaire pour acquérir la capacité de consentement (D)/la capacité de décision (A)/la capacité de jugement (CH) requises, c'est-à-dire l'aptitude à prendre une décision en connaissance de cause, avant d'entamer une intervention de réassignation sexuelle partiellement irréversible (voir chapitre VII → "*Pose d'indications pour les interventions médicales de modification corporelle*").

Dans le cas hautement probable d'une persistance durable de l'IG au début du traitement, l'apparence ultérieure d'une jeune personne trans correspondra largement au sexe perçu après l'initiation d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle ultérieur à l'âge adulte, en particulier si le développement de la maturité pubertaire a été interrompu à ses stades précoces. Cela signifie qu'ils évitent autant que possible d'être stigmatisés à vie par les caractéristiques physiques du sexe qui leur a été attribué à la naissance. De plus, les interventions ultérieures de réassignation sexuelle telles que les mastectomies, les laryngectomies, les épilations de la barbe ou les interventions de chirurgie maxillo-faciale ne sont souvent plus nécessaires lorsque la suppression de la puberté a commencé tôt.

## **2.2 Pharmacodynamie et pharmacocinétique des analogues de la GnRH**

Les analogues de la GnRH suppriment efficacement les gonadotrophines et donc aussi la production d'hormones sexuelles par les testicules et les ovaires (Schagen et al., 2016). De cette manière, les changements physiques tels que le changement de voix masculin, la croissance de la barbe ou des seins féminins peuvent être empêchés ou stoppés. En empêchant la progression de la masculinisation ou de la féminisation irréversible de l'apparence physique (voir ci-dessus), la souffrance des personnes concernées doit être désactualisée.

Les agonistes de la GnRH à libération prolongée sont libérés en continu à partir de microcapsules, et "bloquent" les récepteurs de la GnRH de l'hypophyse en prolongeant leur demi-vie et entraînent une diminution du nombre de récepteurs de la GnRH et de la sensibilité des récepteurs de la LH et de la FSH.

cellules productrices (pour une présentation détaillée de la pharmacodynamie, voir Lahlou et al., 2000). Comme il s'agit d'un agoniste, on observe au début du traitement une activation de la puberté avec une augmentation des gonadotrophines. Pour raccourcir la phase de "flare-up", l'intervalle entre les deux premières injections peut être réduit. Chez environ 80 % des personnes traitées, on observe une suppression de l'axe gonadotrope après 6 mois.

Les analogues de la GnRH sont efficaces pour supprimer les gonadotrophines (et donc les stéroïdes sexuels en aval) chez les adolescents trans masculins et trans féminins (de Vries et al., 2011). En règle générale, on utilise la leuproréline à libération prolongée 11,25 mg tous les trois mois ou 22,5 mg s.c. tous les six mois, ou la triptoréline à libération prolongée 22,5 mg i.m. tous les six mois.

### **2.2.2 Les effets possibles sur les prévisions de croissance**

Les concentrations croissantes d'hormones sexuelles pendant la puberté n'induisent pas seulement la formation progressive des caractères sexuels secondaires, mais influencent également la croissance osseuse (poussée de croissance pubertaire). Une suppression de la puberté peut donc entraîner un ralentissement de la vitesse de croissance - mais les sillons épiphysaires restent en contrepartie ouverts plus longtemps. Cela peut entraîner une augmentation de la taille finale en cas d'utilisation pendant plusieurs années, ce qui peut être particulièrement problématique pour les adolescentes transgenres. Des études récentes ont toutefois montré qu'un traitement limité dans le temps par des analogues de la GnRH, suivi d'un traitement hormonal de rééquilibrage sexuel, n'avait pas d'effet significatif à long terme sur la taille adulte finale des adolescents des deux sexes (Boogers et al., 2022 ; Willemsen et al., 2023).

### **2.2.2 Effets sur la fertilité**

La suppression de la puberté au moyen d'analogues de la GnRH constitue la première étape d'un traitement hormonal visant à soutenir une transition sociale. Si ce traitement est effectué à un stade précoce de la puberté, il en résulte généralement une *infertilité durable* en raison de l'absence de maturation des gonades et de l'appareil reproducteur si un traitement hormonal de réassignation sexuelle est administré ultérieurement sans interruption. Avant d'entamer un traitement bloquant la puberté, il convient donc de discuter en détail de la question d'une éventuelle fertilité réduite à l'avenir et de proposer un conseil médical sur les *possibilités médicales d'une protection de la fertilité* (voir les explications au chapitre VII → "*Pose d'indications pour des interventions médicales modifiant l'organisme*"). Il est important de sensibiliser les jeunes à ce sujet, afin de leur laisser la possibilité de recourir plus tard à la procréation biologique, ou de leur permettre de le faire.

option sans être informée. Dans les cas où l'ovogenèse ou la spermatogenèse ne s'est pas encore déroulée jusqu'à la ménarche ou la spermatozoïdes, ce qui serait une condition préalable pour pouvoir prélever des ovules ou des spermatozoïdes en vue d'une cryoconservation, des considérations à ce sujet peuvent influencer une décision sur la question de savoir à partir de quand une suppression de la puberté souhaitée et indiquée doit être entamée. Cette question doit être soigneusement mise en balance avec les souffrances liées à la dysphorie de genre, compte tenu du bien-être de la jeune personne et de l'urgence du traitement qui en découle. Le jeune concerné et les personnes qui en ont la garde doivent être impliqués dans ce processus d'évaluation (voir les explications au chapitre VIII → "*Bases légales & critères éthiques pour le traitement des mineurs souffrant d'IG*").

Jusqu'à présent, le taux de recours à des mesures de préservation de la fertilité sous forme de cryoconservation est encore très faible parmi les adolescentes présentant une incongruité de genre et souhaitant suivre une hormonothérapie. Dans une étude de Nahata et al. (2017), sur 72 adolescentes trans, seules deux personnes de sexe masculin à la naissance (c'est-à-dire des adolescentes trans) souhaitaient une protection de la fertilité. Ce constat est remarquable en comparaison avec les enquêtes menées auprès de personnes trans adultes : dans le cadre d'une enquête multicentrique comparative menée en Allemagne ( $N = 99$  trans-femmes ;  $N = 90$  trans-hommes), les personnes trans adultes des deux sexes ont indiqué nettement plus souvent qu'un désir d'enfant entrainé en ligne de compte pour elles (environ 70% des femmes trans, 47% des hommes trans) et que des informations sur les possibilités de mesures de préservation de la fertilité étaient donc recherchées (Auer et al., 2018). Il est à noter que seuls 10% des femmes trans et 3% des hommes trans ont indiqué avoir réellement opté pour une cryoconservation après avoir obtenu des informations (Auer et al., 2018). Outre le fait que le début d'un traitement à la testostérone permet de préserver la capacité fonctionnelle des ovaires en vue d'une réactivation ultérieure en cas de désir d'enfant, deux raisons principales sont avancées pour expliquer ce pourcentage très faible chez les hommes trans : Premièrement, l'interdiction légale du don d'ovules en Allemagne et deuxièmement, la possibilité de réaliser un désir d'enfant commun par un don de sperme anonyme au sein d'un couple avec une femme cis (Auer et al., 2018).

Néanmoins, on peut supposer que l'importance de cette question et, par conséquent, l'attitude des jeunes vis-à-vis de leur propre capacité de reproduction peuvent changer à l'âge adulte, ce qui souligne l'importance d'une information complète. Le conseil en matière de protection de la fertilité chez les jeunes trans est un domaine relativement nouveau et en développement dans les soins médicaux. On peut s'attendre à ce qu'il se développe dans les années à venir, et donc dans les futures directives médicales.

(pour des aperçus actuels, voir Lai et al., 2020 ; Nahata et al., 2017 ; Quinn et al., 2021). D'après les rapports d'expérience actuels, les adolescents atteints d'IG et les personnes qui en ont la charge jugent majoritairement positivement une information ciblée et un soutien professionnel dans la prise de décision pour ou contre des mesures de préservation de la fertilité avant ou au début d'un traitement hormonal (Boguszewski et al., 2022).

---

Recommandation basée sur le consensus :

<p><b>VIII. K1.</b> Avant de commencer un traitement d'interruption de la puberté ou de réassignation sexuelle, il faut s'assurer que la personne concernée est en bonne santé. Le patient doit être informé de l'éventuelle diminution de la fertilité due au traitement hormonal et de la possibilité de recourir à des mesures de préservation de la fertilité. être.</p>
--

---

fort consensus (> 95%)

---

### 2.2.3 Effets sur la sensibilité sexuelle

En ce qui concerne les effets des interventions hormonales à l'adolescence sur la satisfaction et la sensibilité sexuelles ultérieures, les études ne sont pas unanimes. Des effets négatifs directs d'interventions exclusivement hormonales n'ont pas encore été prouvés. L'expérience clinique des experts\* ayant participé à l'élaboration des lignes directrices montre que les adolescents trans masculins ayant commencé un traitement à la testostérone font souvent état d'une augmentation de la libido avec une plus grande disponibilité sexuelle. Comme ces jeunes sont parfois sexuellement actifs dans des relations avec des partenaires amoureux masculins, ce qui peut inclure des rapports sexuels (au cours desquels ils se perçoivent généralement comme une personne de sexe masculin), il convient de s'enquérir des activités sexuelles et, le cas échéant, d'attirer l'attention sur la nécessité d'une contraception, d'autant plus que l'ovulation n'est pas empêchée de manière sûre sous un traitement à la testostérone débuté. Les adolescentes transgenres sous traitement œstrogénique rapportent principalement que les érections spontanées diminuent, ce qui est toutefois généralement vécu comme positif. Une étude récente sur la satisfaction et la sensibilité sexuelles ultérieures d'adultes ayant subi des traitements hormonaux et chirurgicaux de réassignation sexuelle indique que la sensibilité sexuelle est particulièrement corrélée à la satisfaction générale de l'apparence physique (Gieles et al., 2023). Cela plaiderait plutôt en faveur d'un avantage à commencer les traitements hormonaux à l'adolescence, car on peut s'attendre à ce qu'ils donnent de meilleurs résultats en ce qui concerne la satisfaction ultérieure de son apparence physique et le vécu de congruence qui y est lié en tant que personne masculine ou féminine.

## 2.2.4 Effets sur les options chirurgicales ultérieures en cas d'opérations d'égalisation des sexes

On discute de la question de savoir si un traitement de suppression de la puberté débuté tôt chez des patientes transféminines, suivi immédiatement d'un traitement d'assignation sexuelle à l'aide d'œstrogènes, présente un inconvénient pour les personnes concernées en cas d'opération d'assignation sexuelle envisagée ultérieurement, dans la mesure où la croissance pubertaire du pénis est interrompue et qu'il y a donc moins de peau de la verge disponible pour la formation d'un néovagin suffisamment profond (Khatchadourian et al., 2014). Des solutions alternatives consistent en une augmentation avec une greffe de peau libre du scrotum. En cas de besoin plus important de tissu cutané, si la peau du scrotum ne suffit pas en raison d'un scrotum hypoplasique dû à un blocage pubertaire précoce, on peut utiliser une greffe de peau libre, par exemple du bas-ventre. Le prélèvement de cette dernière peut toutefois laisser des cicatrices visibles importantes (Buncamper et al., 2017). Un travail de synthèse à ce sujet a rapporté qu'aucune différence significative n'a été constatée dans les techniques chirurgicales alternatives mentionnées en ce qui concerne la profondeur du vagin et la satisfaction des patientes avec ou sans greffe de peau libre (Buncamper et al., 2017). Une autre possibilité établie consiste à créer un vagin sigmoïde primaire (Bouman et al., 2016). Dans l'ensemble, cet aspect ne s'oppose donc pas fondamentalement au début précoce d'un traitement de suppression de la puberté, si celui-ci a été indiqué de manière professionnelle. En ce qui concerne les options de procédures chirurgicales d'harmonisation génitale après un traitement bloquant la puberté, nous renvoyons à la directive S2k actuellement en cours d'élaboration

*"Mesures chirurgicales de Réassignation sexuelle en cas d'incongruité et de dysphorie de genre".*

L'information selon laquelle, dans le cas d'une opération d'harmonisation génitale souhaitée ultérieurement, le choix des procédés opératoires disponibles peut être plus restreint chez les patientes transféminines, est toutefois importante dans le cadre d'une information complète et doit être mise en balance avec les conséquences à long terme d'une attente prolongée en ce qui concerne la satisfaction ultérieure de l'apparence physique. Dans le cadre de cette évaluation, il convient de tenir compte du fait qu'une mutation vocale irréversible se produirait au fur et à mesure de l'évolution de la maturité biologique, en particulier chez les patientes transféminines chez qui une IG persistante a été diagnostiquée à un stade précoce de la puberté. Il en résulterait une voix grave ou masculine tout au long de la vie. Cela s'accompagne d'un risque accru de dysphorie de genre durable.



## 2.3 Effets secondaires indésirables possibles des analogues de la GnRH

Les effets secondaires somatiques indésirables sont plutôt rares si le traitement est utilisé correctement, en particulier en ce qui concerne la surveillance endocrinologique et une durée de traitement raisonnablement limitée dans le temps, selon l'expérience de la plupart des experts cliniques qui ont participé à cette ligne directrice. Des réactions locales telles que des durcissements sous-cutanés, des hématomes ou des papules d'origine allergique peuvent survenir au niveau des points d'injection ; dans de très rares cas, un abcès peut se former. Chez les adolescentes dont la maturation pubertaire est déjà avancée au début du traitement, le traitement par analogues de la GnRH peut entraîner *des troubles ménopausiques* tels que bouffées de chaleur, transpiration, sautes d'humeur, anhédonie et (plus rarement) des céphalées. En cas de développement avancé de la puberté, il convient d'en tenir compte lors de l'évaluation individuelle du rapport bénéfice/risque. Ce sont surtout les troubles ménopausiques dus à la baisse de l'estradiol qui sont au premier plan chez les adolescents trans masculins. Ceux-ci s'améliorent souvent en l'espace de quelques semaines ou mois. Néanmoins, compte tenu de ces effets secondaires, il est préférable d'utiliser une préparation progestative chez les adolescents trans-masculins si leurs règles doivent être supprimées en priorité pour réduire la souffrance liée à la dysphorie de genre (voir ci-dessous).

### 2.3.1 Contrôles de laboratoire à effectuer

Sous traitement par analogues de la GnRH, les gonadotrophines ne sont généralement pas complètement supprimées. Néanmoins, les adolescents trans masculins traités n'ont généralement pas de menstruations. C'est pourquoi le dosage de la LH/FSH ne permet pas d'évaluer le statut hormonal. Au lieu de cela, un taux d'estradiol ou de testostérone supprimé à des valeurs prépubertaires est un indicateur approprié de la suppression effective de la puberté.

### 2.3.2 Effets sur le métabolisme osseux juvénile

En cas de suppression prolongée des hormones sexuelles à l'adolescence par un traitement aux analogues de la GnRH, le développement d'une ostéoporose serait à craindre. Le blocage de la puberté a un effet sur le métabolisme osseux. Quatre études (Joseph et al., 2019 ; Klink et al., 2015 ; Schagen et al., 2020 ; Vlot et al., 2017) ont notamment examiné la densité osseuse après un blocage de la puberté suivi d'une administration d'hormones de rééquilibrage sexuel. Le point commun de ces études est qu'une diminution statistiquement significative de la densité osseuse absolue a été observée après le blocage de la puberté.

Dans l'étude de Klink et al. (2015 ; 15 transféminins et 19 transmasculins ; âge au début de 15,0 ans en moyenne, fourchette : 11 - 18 ans), on a constaté une diminution temporaire statistiquement significative de la densité osseuse par rapport à l'échantillon normal dans le groupe des adolescents transféminins entre le début du blocage de la puberté et le début du traitement par des hormones de réassignation sexuelle (durée moyenne : 1,5 an). Au cours du traitement hormonal de réassignation sexuelle qui a suivi, cette différence par rapport à l'échantillon normal s'est à nouveau nettement réduite chez les personnes trans masculines et les valeurs ont atteint en moyenne la plage normale moyenne d'une cohorte d'âge pour le sexe de naissance. Dans le groupe des jeunes trans-femmes, aucun changement statistiquement significatif de la densité osseuse n'a été observé par rapport à l'échantillon normal pendant la période d'étude. Dans l'étude de Vlot (2017 ;  $N = 28$  trans-femmes et  $N = 42$  trans-hommes ; âge au début du traitement de 13 ans en moyenne, fourchette : 12 - 14 ans), la période entre le début du blocage de la puberté et le début du traitement hormonal de réassignation sexuelle (durée chez les adolescentes trans-femmes  $M = 2,5$  ans et chez les adolescents trans-hommes  $M = 1,2$  ans) a montré que la valeur t pour la densité osseuse a diminué de manière statistiquement significative pour les deux sexes signalés. Elle a de nouveau augmenté de manière statistiquement significative pour les deux groupes au cours des 24 premiers mois après l'administration des hormones de réassignation sexuelle et a atteint en moyenne la norme pour les femmes trans adultes et les hommes cis adultes. Cependant, pour les hommes trans adultes, la densité osseuse moyenne après 24 mois était encore inférieure à la moyenne de la population pour les femmes cis. Dans l'étude de Joseph et al. (2019 ;  $N = 10$  femmes trans et  $N = 21$  hommes trans ; âge au début en moyenne 15,1 ans, fourchette : 12-14 ans), il a été démontré sur une période de 3 ans sous blocage de la puberté (sans hormones de rééquilibrage sexuel) que la densité osseuse a diminué de manière statistiquement significative. Cette étude n'a pas examiné l'effet de recompensation d'un traitement hormonal de rééquilibrage sexuel débuté par la suite.

Schägen et al. (2020) rapportent un schéma similaire ( $N = 10$  trans-femmes et  $N = 21$  trans-hommes ; âge au début en moyenne 15,1 ans) : Il y a *d'abord* eu une diminution statistiquement significative de la densité osseuse sous blocage pubertaire (durée moyenne : 1.89 ans), que les adolescents trans-masculins ont toutefois complètement compensée sous traitement hormonal d'adaptation au sexe, alors que les adolescentes trans-femmes ont tendance à ne pas complètement compenser.<sup>1</sup>

Une autre étude (Lee et al., 2020) a montré que les enfants et les adolescents souffrant d'IG ou de DG présentaient déjà une densité osseuse plus faible *avant le blocage de la puberté*, ce qui s'accompagnait souvent d'une activité physique moindre. La cause invoquée est la fréquente

---

<sup>1</sup> C'est exactement l'inverse de l'étude de Klink et al. (2015).

un plaisir limité à faire du sport chez les jeunes souffrant de dysphorie de genre.

### 2.3.3 Autres effets secondaires physiques

Dans une autre étude (Schagen et al., 2016), des paramètres de médecine du corps ont été relevés régulièrement chez  $N = 49$  adolescentes trans et  $N = 67$  adolescents trans (moyenne d'âge : 13,9 ans, fourchette : 11 - 18 ans) dès le début du blocage de la puberté et pendant 12 mois au total. Les paramètres hépatiques et rénaux n'ont pas augmenté de manière statistiquement significative suite au blocage de la puberté, ils ont même diminué. L'IMC SDS (indice de masse corporelle normalisé selon l'âge) a augmenté de manière statistiquement significative chez les adolescents trans masculins, mais pas chez les adolescentes trans féminines. Pour les deux groupes, il y a eu une augmentation statistiquement significative du taux de graisse corporelle, qui n'a toutefois pas été comparée à un échantillon de référence ou à une norme d'âge. Il n'est donc pas clair si cette augmentation est due au blocage de la puberté. *Aucun effet secondaire physique grave* n'a été constaté. Dans d'autres études, aucun effet secondaire grave n'a été constaté lors du suivi d'adolescents traités sur une période d'au moins 6 mois et jusqu'à 24 mois (Jarin et al., 2017 ; Olson-Kennedy et al., 2018 ; Tack et al., 2016, 2017).

En résumé, les études, en partie hétérogènes, indiquent qu'il convient de faire preuve d'un soin particulier lors de la pose de l'indication d'un blocage de la puberté, éventuellement suivi d'une administration d'hormones de réassignation sexuelle, afin de minimiser les effets secondaires somatiques potentiels, notamment en ce qui concerne la densité osseuse. En particulier, il semble important, pour éviter les risques somatiques, de limiter la durée du blocage de la puberté de manière rationnelle, en tenant compte des aspects physiologiques.

Recommandation basée sur le consensus :

<b>VIII. K2.</b> Avant d'entreprendre un traitement par analogues de la GnRH pour la suppression de la puberté, il convient d'en discuter les effets secondaires possibles, comme les bouffées de chaleur et - si le traitement dure plusieurs années - la développement de l'ostéoporose.
--

Consensus fort (> 95%)

### 2.3.4 Effets possibles sur le développement psychosexuel

On ne sait pas exactement dans quelle mesure une suppression de la puberté par des analogues de la GnRH chez des adolescents chez qui on a diagnostiqué une incongruité sexuelle persistante après le début de la puberté peut influencer le développement ultérieur de l'identité sexuelle en empêchant l'influence physiologique des hormones stéroïdes sur le développement du cerveau juvénile. Elle est cependant parfois soulevée comme une objection spéculative. Les influences hormonales sur l'expression d'un *comportement de rôle typique du sexe* chez les adolescents pubères identifiés comme conformes au genre sont connues. Jusqu'à présent, il n'existe toutefois aucune preuve que les hormones stéroïdes puissent encore exercer une influence modificatrice sur le sentiment d'appartenance à un sexe après la puberté. Une telle influence potentielle des taux d'hormones stéroïdiennes sur le développement ultérieur de l'identité sexuelle est tout à fait probable dans le développement cérébral pré- et postnatal. Ainsi, il a été démontré chez des <sup>individus</sup> DSD2 atteints du syndrome adrénogénital, chez qui une assignation sexuelle féminine avait été effectuée après la naissance, qu'un *taux d'androgènes postnatal* élevé augmentait la probabilité d'un développement ultérieur de l'identité masculine (Meyer-Bahlburg et al., 2008). En revanche, on ne connaît pas à ce jour de taux élevés d'incongruité sexuelle (féminin vers masculin), par exemple chez les adolescentes ou les femmes souffrant d'un hyperandrogénisme post-pubertaire (par exemple le syndrome des ovaires polykystiques, qui en est la cause la plus fréquente).

D'autre part, des études de cohorte et des rapports de cas ont démontré qu'après le début d'un blocage de la puberté, il peut y avoir dans certains cas une persistance de la dysphorie de genre (Brik et al., 2020 ; Rölvér et al., 2022). Cela suggère qu'un développement ouvert ou fluide de l'identité sexuelle est tout à fait possible même en cas de blocage pubertaire. Etant donné qu'il n'est pas possible d'exclure avec certitude des influences inhibitrices sur le développement psychosexuel, l'utilisation de bloqueurs de puberté est interdite en cas d'image diagnostique vague d'une "identité incertaine" en ce qui concerne le sexe. Pour que l'indication soit posée dans les règles de l'art, il faut donc exiger dans tous les cas que, selon l'évaluation diagnostique, une incongruité sexuelle stable et persistante soit supposée après le début de la puberté (voir les explications au chapitre VII → "*Indication d'interventions médicales de modification corporelle "sur l'indication"*").

---

<sup>2</sup> DSD (Disorders of sex development) : Spectre des variantes du développement sexuel (également appelé intersexualité)

### 3. Alternatives à la suppression de la puberté à l'adolescence avant le début d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle

#### 3.1 Traitement par progestatifs lorsque le développement pubertaire est déjà en grande partie terminé

Pour supprimer les menstruations chez les adolescents trans masculins, les contraceptifs oraux contenant des progestatifs, par exemple le désogestrel (75 ug par jour). La drospirénone (4 mg par jour) ou le lynestrenol (5-10 mg par jour) sont des alternatives orales et peu coûteuses aux analogues de la GnRH (Tack et al., 2016). Le lynestrenol n'est actuellement pas disponible sur le marché allemand, mais peut être obtenu auprès des pharmacies internationales (bien qu'il ne soit pas remboursé pour les patients couverts par l'assurance maladie\*). La régularité (voire la ponctualité quotidienne) de la prise des comprimés est importante pour une suppression efficace des règles. Il arrive toutefois que ce traitement provoque des saignements vaginaux (lubrification). En doublant la dose de désogestrel (à 150 ug/jour) ou de drospirénone (à 8 mg/jour) ou en utilisant de la chlormadinone (2-4 mg), les saignements menstruels ou les spotting s'arrêtent dans de nombreux cas.

---

Recommandation basée sur le consensus :

<p><b>VIII. K3.</b> Lorsque le développement pubertaire est déjà en grande partie achevé, il est possible d'obtenir des résultats positifs en cas de trans Garçons souffrant de dysphorie de genre pour supprimer les saignements menstruels les pilules contenant un progestatif sont utilisées dans le cadre d'un cycle à long terme.</p>
---

Consensus fort (>95%)

---

#### 3.2 Traitement avec des antiandrogènes

Chez les adolescentes trans-féminines dont la puberté masculine est déjà avancée (changement de voix, volume testiculaire adulte, pilosité corporelle accrue), des antiandrogènes tels que l'acétate de cyprotérone peuvent être utilisés temporairement pour supprimer l'effet des androgènes, par exemple sur la croissance de la barbe et la pilosité masculine (par exemple lorsqu'il faut encore du temps pour préparer un traitement œstrogénique ou pour un traitement chevauchant en cas d'augmentation progressive du taux d'œstrogènes) (Tack et al., 2017). Ces médicaments n'ont pas seulement un effet anti-androgène périphérique, mais suppriment également au niveau central la sécrétion de gonadotrophines et par la suite la testostérone. Depuis le début de l'année 2020, l'EMEA a

émis un avertissement selon lequel 1 à 10 méningiomes supplémentaires pourraient survenir chez les patients atteints de cancer du sein.



10 000 patients\* traités par acétate de cyprotérone - surtout en cas de traitement de plusieurs années à des doses élevées supérieures à 25 mg/jour (Weill et al., 2021). Des observations ont également été rapportées selon lesquelles l'acétate de cyprotérone peut avoir un effet négatif sur la densité osseuse, en particulier au niveau de la colonne lombaire (Tack et al., 2018). D'autres anti-androgènes peuvent être utilisés comme alternative à l'acétate de cyprotérone, comme la spironolactone (Tangpricha & den Heijer, 2017), le finastéride en tant qu'inhibiteur de la 5-alpha-réductase (Spack, 2013) ou le bicalutamide (Neyman et al., 2019).

Recommandation basée sur le consensus :

<b>VIII. K4.</b>	<b>Pour réduire les effets des androgènes</b>	chez les adolescentes transgenres
av	persistant	Incongruence de genre
ec	développement pubertaire	largement achevé, des
être.		ant
		androgènes peuvent être utilisés.

Consensus fort (>95%)

#### 4. Traitement hormonal de réassignation sexuelle

La suppression de la puberté vécue comme non congruente avec l'identité sexuelle par l'utilisation d'analogues de la GnRH entraîne certes en règle générale une désactualisation temporaire de la souffrance psychique chez les adolescents dysphoriques du point de vue du genre, mais il ne peut s'agir ici que d'un report responsable et limité dans le temps de la décision décisive de savoir si un traitement hormonal de rééquilibrage sexuel est souhaité et indiqué et, le cas échéant, quand celui-ci doit être initié. Les jeunes qui sont traités par des bloqueurs de puberté en raison de leur incongruité sexuelle ressentent par la suite un décalage croissant entre leur propre développement de maturité physique, qui s'est arrêté, et la puberté progressive de leurs camarades (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1998). L'absence des caractéristiques sexuelles secondaires souhaitées, correspondant à l'identité sexuelle perçue, est généralement ressentie comme de plus en plus pesante au fur et à mesure que l'âge avance. La plupart des adolescents souhaitent alors suivre un traitement hormonal de réassignation sexuelle afin de modifier leur corps et de l'adapter au sexe perçu. Cette deuxième étape d'un traitement médical de transition échelonné doit être préparée séparément, y compris un examen minutieux de l'indication à partir de l'évolution intermédiaire. Dans de rares cas, cet examen peut conduire à une réévaluation divergente de l'état de santé du patient.

(voir l'exemple de cas au chapitre VII → "Pose de l'indication pour des interventions médicales de modification corporelle" ; Rölver et al., 2022). Lors de l'évaluation diagnostique (assessment) dans le cadre de l'examen de l'indication, la question se pose à nouveau de savoir dans quelle mesure les jeunes ont déjà la maturité mentale nécessaire pour pouvoir évaluer la portée de la décision à prendre, notamment en ce qui concerne les répercussions des modifications corporelles envisagées sur leur vie future et en particulier sur leur sexualité et leur fertilité (voir explications au chapitre VII → "Pose d'indication pour des interventions médicales de modification corporelle" )

#### 4.1 Traitement hormonal de réassignation sexuelle chez les jeunes trans masculins

La masculinisation du corps des adolescents trans-masculins est assurée par la testostérone, qui est disponible sous différentes formes d'application. L'augmentation des stéroïdes sexuels doit tenir compte de la croissance en longueur et de l'âge du squelette.

Chez les adolescents trans-mâles sous traitement par analogues de la GnRH, l'induction de la puberté peut être réalisée de manière analogue aux directives disponibles sur le traitement de la puberté tardive ou de l'hypogonadisme (Nordenström et al., 2022, AWMF, 2021).

Chez les adolescents trans-masculins qui n'ont pas encore atteint la maturité, il est recommandé d'augmenter plus lentement le dosage de testostérone afin d'éviter une fermeture trop rapide des sillons épiphysaires. Avant le début du traitement, l'âge osseux devrait être déterminé au moyen d'une radiographie de la main gauche. L'"induction de la puberté" adaptative peut être commencée par de la testostérone transdermique à 10 mg/jour, qui peut ensuite être augmentée à 25 mg/jour après six mois (également en fonction de l'âge osseux). Dans de rares cas, 50 mg/jour doivent être utilisés pour atteindre une concentration dans la norme masculine adulte. Le gel de testostérone doit être appliqué quotidiennement sur la face interne des avant-bras ; alternativement sur la face interne des cuisses ou sur la poitrine.

Recommandation basée sur le consensus :

<b>VIII. K5.</b> En cas de traitement hormonal de réassignation sexuelle à base de testostérone la croissance et l'âge du squelette doivent être pris en compte. Chez les adolescents trans masculins en pleine croissance, la dose de testostérone peut être augmentée plus lentement que chez les adolescents déjà adultes, en tenant compte du pronostic de croissance.
--

adolescents adultes

Consensus fort (> 95%)



Pour le traitement, on dispose également d'énantiomère de testostérone en ampoules de 250 mg. L'induction de la puberté chez les adolescents trans masculins non encore adultes commence pendant les 6 premiers mois avec 50-100 mg d'énantiomère de testostérone une fois par mois par voie intramusculaire. Pendant la lente augmentation de la dose, il est recommandé de poursuivre le traitement par analogues de la GnRH de manière chevauchante, en particulier pour éviter les douloureux saignements vaginaux intermédiaires dus à des menstruations insuffisamment supprimées.

Le traitement hormonal substitutif permanent prévoit l'administration de testostérone à raison de 250 mg d'énantiomère de testostérone i.m. toutes les 3-4 semaines. Il est également possible d'administrer 1000 mg d'undécanoate de testostérone sous forme de dépôt i.m. tous les 3-4 mois. Le taux de sébum est déterminant pour savoir si l'intervalle d'administration doit être raccourci ou prolongé. L'objectif est d'atteindre un taux de testostérone dans la norme masculine adulte. En cas d'apparition d'une polyglobulie (hématocrite supérieur à 50%), l'intervalle doit être prolongé.

Si un patient adolescent trans-masculin a déjà atteint sa pleine maturité, on peut commencer par une dose de substitution complète (testostérone undécanoate 1000 mg tous les trois mois. Il n'est pas nécessaire de procéder à une "saturation" après six semaines, comme cela est recommandé en cas d'hypogonadisme masculin. Les patients souffrant d'obésité et d'hypertension devraient plutôt être traités avec une préparation transdermique, car il semble y avoir un risque cardiovasculaire plus élevé pour ce groupe de personnes (Seal, 2007).

Un traitement antérieur par des analogues de la GnRH peut être arrêté une fois le dosage de testostérone effectué ; les saignements vaginaux sont alors très rares. Cependant, malgré la suppression de l'axe gonadique, les règles peuvent réapparaître, par exemple lorsqu'une testostérone élevée est aromatisée en œstrogènes dans le tissu adipeux. En outre, les kystes ovariens peuvent provoquer une augmentation de l'œstrogène. L'endomètre peut alors se développer, ce qui entraîne des saignements abortifs en cas de fluctuations hormonales. Si des saignements vaginaux surviennent sous traitement à la testostérone et que les gonadotrophines et/ou l'œstrogène ne sont pas supprimés, la prise supplémentaire de progestatifs (p. ex. désogestrel, drospirénone ou chlormadinone) peut s'avérer utile (voir procédure au point 2). Si les saignements persistent malgré tout, il convient d'administrer un analogue de la GnRH. Dans cette situation, il est conseillé d'effectuer une échographie des organes génitaux internes afin d'évaluer l'endomètre et les ovaires.

---

Recommandation basée sur le consensus :

<p><b>VIII. K6.</b> En cas de saignements sous traitement à la testostérone, il convient d'en rechercher la cause et doit être soigneusement évaluée. Il est possible de recourir à un progestatif ou à un œstrogène en complément.</p> <p>analogue de la GnRH peut être utilisé pour supprimer les règles.</p>
---

Consensus fort (> 95%)



#### 4.1.1 Contenu important de l'éducation

Le contenu principal d'une information sur un traitement à la testostérone comprend les informations suivantes : Deux à trois mois après le début du traitement hormonal de réassignation sexuelle, la voix peut déjà changer, dans certains cas cela prend plus de temps ; la pilosité corporelle augmente également (duvet de la lèvre supérieure, pilosité sur les bras, les jambes et le ventre). Toutefois, il peut s'écouler deux à trois ans avant que la barbe ne devienne complète et son degré d'apparition dépend du modèle de pilosité familial. Au fur et à mesure de l'évolution, les traits du visage deviennent plus anguleux et la musculature augmente. La répartition de la graisse se modifie, de sorte que l'apparence physique devient plus masculine (Klaver et al., 2018). Le clitoris se développe, de sorte qu'un petit phallus peut se développer. Les patients\* doivent être informés que ces changements physiques sont en grande partie irréversibles, qu'ils doivent également s'attendre (en cas de prédisposition génétique) à une alopécie androgénétique dans le futur, que de l'acné peut apparaître, que l'IMC peut augmenter, que le HDL peut diminuer et qu'une polyglobulie peut se développer (Jarin et al., 2017). Ce dernier point est probablement responsable d'une légère augmentation du risque de thrombose. L'utilisation à long terme de testostérone à une dose habituelle ne semble pas présenter de risque accru durable pour la santé chez les patients trans-masculins ne présentant pas de risques supplémentaires pour la santé (comme une obésité importante ou une insuffisance pondérale marquée). Ainsi, l'étude de Chan et al (2018) à ce sujet n'a pas fait état de troubles du métabolisme lipidique (à l'exception d'une baisse du HDL-cholestérol) ou d'une détérioration des paramètres du métabolisme du glucose. En outre, dans la perspective d'une éventuelle préservation de la fertilité à l'avenir (voir ci-dessus), il convient de souligner que la possibilité d'une réactivation ultérieure des ovaires, y compris des ovules fécondables, est certes préservée après l'arrêt d'un traitement à la testostérone, mais qu'il faut néanmoins s'attendre à une baisse de la fertilité, en particulier après une longue suppression.

#### 4.2 Changement de sexe                      Traitement hormonal                      chez                      adolescents trans-féminins

Chez les adolescentes trans-féminines, le traitement œstrogénique n'a pas seulement pour objectif de permettre le développement des seins et la croissance pubertaire, mais doit en outre contribuer, en cas de pronostic de croissance défavorable pour une femme adulte, à réduire la taille finale par une fermeture accélérée des sillons épiphysaires. Il est donc tout à fait possible de commencer par une dose de substitution complète avec du valérate d'estradiol ou de l'estradiol à 2 mg/jour chez les adolescentes trans-féminines plutôt grandes. La dose peut éventuellement être augmentée à 4 mg/jour, en fonction de la concentration sérique d'estradiol. Il convient de viser un taux d'estradiol dans la norme adulte féminine supérieure,

pour obtenir un bon développement mammaire. En cas de pronostic de croissance très élevé (>185 cm), on peut envisager un traitement à l'éthinylestradiol à haute dose (avec 100 ug/jour) qui freine la croissance. Avec ce traitement, il faut attirer l'attention sur un risque accru de thrombose. Il n'est alors pas nécessaire d'ajouter un traitement suppressif des testicules. Avant de commencer un traitement œstrogénique de rééquilibrage sexuel, il est recommandé de réaliser un diagnostic de thrombophilie afin d'exclure tout facteur de risque (génétique) de thrombose.

---

Recommandation basée sur le consensus :

<p><b>VIII. K7.</b> L'éthinylestradiol peut être utilisé lorsque des femmes non adultes ont besoin d'un traitement trans filles souhaitent atteindre la taille finale en accélérant le limiter la fermeture de l'épiphyse.</p>
--

---

Consensus fort (> 95%)

---

#### 4.2.1 Contenu important de la reconnaissance :

Les principaux contenus d'une information sur un traitement à base d'œstrogènes comprennent les informations suivantes : La prise d'œstrogènes entraîne un bourgeonnement des seins au bout de quelques semaines seulement, qui s'accompagne souvent d'une sensibilité accrue au toucher. Il faut environ 2 à 3 ans pour que les seins se développent complètement, mais la première année de traitement (et surtout les six premiers mois) semble être assez déterminante pour le résultat (de Blok et al., 2018). Si la croissance n'est pas satisfaisante au cours des premiers mois sous une bonne concentration d'estradiol, le sein aura probablement tendance à rester petit. Il n'existe aucune preuve que l'utilisation de progestérone favorise le développement des seins. Les œstrogènes étant lipophiles, il est recommandé de prendre les comprimés au cours d'un repas. Comme alternative aux comprimés, il est également possible d'effectuer un traitement transdermique aux œstrogènes avec un gel. Cela est particulièrement recommandé pour les patientes transféminines présentant des facteurs de risque de thromboembolie. On dispose encore de peu de connaissances sur les *effets secondaires* à long terme de l'hormonothérapie de réassignation sexuelle chez les patientes trans-féminines, mais statistiquement, leur risque de cancer du sein augmente - il reste toutefois inférieur au risque de cancer du sein des femmes cis adultes (Sonnenblick et al., 2018) ou ne semble du moins pas plus élevé (Gooren et al., 2013). Le risque à long terme de maladies cardiovasculaires reste inchangé pour les femmes trans sous traitement œstrogénique, conformément au "risque initial" des hommes cis, ce qui est toutefois attribué à l'utilisation - habituelle dans le passé - de l'éthinylestradiol.

est en cours. L'incidence des thromboembolies veineuses chez les femmes trans sous traitement œstrogénique était de 2,3 pour 1000 personnes-années dans une revue systématique avec méta-analyse de Khan et al. (2019).

#### 4.3 Information sur les prescriptions off-label

Toutes les préparations utilisées pour le traitement hormonal des patients atteints d'IG ou de DG conformément aux recommandations de cette directive et aux directives médicales internationales actuelles basées sur un consensus d'experts sont généralement des *prescriptions off-label*. Cela signifie que ces médicaments sont certes autorisés pour d'autres domaines d'application médicaux et que leur sécurité d'utilisation a été contrôlée dans d'autres champs d'application (par ex. les analogues de la GnRH pour le traitement de la puberté précoce), mais pas pour le champ d'application de l'incongruité sexuelle ou de la dysphorie de genre. Il en va de même pour l'utilisation de la testostérone et des œstrogènes pour le traitement hormonal de réassignation sexuelle chez les adultes. En raison du nombre globalement très faible de traitements dans ce domaine d'application et de l'impossibilité de réaliser des études d'efficacité contrôlées (dites études de phase 3), il ne faut pas s'attendre à ce que des études d'autorisation de mise sur le marché correspondantes soient réalisées dans un avenir prévisible, de sorte que cette pratique off-label continuera d'exister à moyen terme. En général, les prescriptions off-label correspondent souvent, en pédiatrie et en médecine de l'adolescence, au standard de traitement conforme aux lignes directrices. Selon une étude de synthèse, les médicaments sont prescrits hors étiquette dans 42 à 90% des cas lors de traitements médicaux hospitaliers d'enfants et d'adolescents, et dans 46 à 64% des cas lors de traitements médicaux ambulatoires (Kimland & Odland, 2012). Selon une méta-analyse récente, 82% de toutes les recommandations internationales de directives médicales pour les traitements off-label chez les enfants et les adolescents reposent en outre sur des *preuves faibles ou très faibles* selon les critères de la médecine fondée sur les *preuves* (Meng et al., 2022), c'est-à-dire qu'elles reposent en grande partie sur des études de cohorte non contrôlées ou sur un consensus d'experts\* en relation avec les résultats d'études cliniques avec des patients\* adultes. Les normes d'information particulières pour les prescriptions off-label chez les patients mineurs doivent être respectées, comme c'est généralement le cas en pédiatrie et en psychiatrie.

Les tableaux des pages suivantes récapitulent une nouvelle fois les principales informations sur les aspects somatiques des traitements hormonaux à l'adolescence.

Tableau 7: Aperçu sur Risques et effets secondaires hormonaux interventions en cas d'incongruité sexuelle à l'adolescence

	<i>Patientes trans-féminines</i>	<i>Patients trans masculins</i>
Analogues de la GnRH	des réactions locales, telles que des durcissements sous-cutanés, des ecchymoses ou des papules d'origine allergique, dans de très rares cas, formation d'abcès au niveau du point d'injection	
Analogues de la GnRH en cas de puberté avancée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ménopause troubles bouffées de chaleur, anhédonie et (plus rarement) maux de tête</li> <li>• Réduction temporaire de la densité osseuse</li> </ul>	comme les transpiration, sautes d'humeur,
Gestagènes		Saignements intermédiaires
Antiandrogènes (acétate de cyprotérone)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque accru de méningiome</li> <li>• Densité osseuse réduite</li> </ul>	
Testostérone		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polyglobulie</li> <li>• Alopécie (calvitie)</li> <li>• Acné</li> <li>• Baisse Cholestérol HDL et augmentation du LDL-cholestérol</li> <li>• Augmentation du risque cardiovasculaire</li> <li>• Hypertonie</li> </ul>
Œstrogènes	Risque de thrombose Risque de cancer du sein légèrement augmenté Macroprolactinome Cholélithiase	
Foie- et Valeurs rénales	Aucun impact	
Métabolisme des graisses	Aucun impact	
Métabolisme du glucose	Aucun impact	

Tableau 8 : Déroulement temporel attendu des changements physiques après le début d'une hormonothérapie de réassignation sexuelle (adapté de Coleman et al., 2022)

<b>Effet de la testostérone</b>		
	<b>Début</b>	<b>Maximum</b>
Graisse de la	peau/acné1-6	mois1-2 ans
	Croissance de la barbe/pilosité corporelle6-12	mois> 5 ans
Perte de cheveux (calvitie)	6-12	mois> 5 ans
Augmentation de la masse musculaire/ -force	6-12	mois2-5 ans
	Redistribution de la graisse1-6	mois2-5 ans
Absence de	menstruation1-6	mois1-2 ans
	Augmentation du clitoris1-6	mois1-2 ans
Atrophie	vaginale1-6	mois1-2 ans
	Changement de voix1-6	mois1-2 ans
<b>Effets des œstrogènes et des thérapies anti-androgènes</b>		
	<b>Début</b>	<b>Maximum</b>
Redistribution de la graisse corporelle3-6		mois2-5 ans
diminution de la masse musculaire/ -Force	3-6	mois1-2 ans
Modification de l'aspect de la peau / diminution de la graisse	3-6 mois	inconnu
Diminution du désir sexuel	de 1 à 3 mois	inconnu
érections spontanées plus rares	1-3	mois3-6 mois
Réduction de la production de spermatozoïdes		inconnu2 ans
	Croissance des seins3-6	mois2-5 ans
Volume testiculaire	réduit3-6 mois	variable
Diminution de la pilosité corporelle6-12		mois> 3 ans
Augmentation des cheveux sur la têtevariable		
	variable altération de la voix	pas de

Tableau 9 : Recommandations de dosage pour le traitement hormonal de réassignation sexuelle par la testostérone (adapté d'après Coleman et al., 2022)

Préparation hormonale utilisée	Application	Dosage	Continuation un blocage de la puberté ou Suppression des menstruations	Commentaire
<i>Adolescents trans masculins : Début de la thérapie en cas de croissance inachevée</i>				
Testostérone en ampoules (250 mg)	intramusculaire	Début : 50 mg toutes les 4 semaines pendant 3-6 mois, puis augmenter à 100 mg toutes les 4 semaines, augmentation individuelle jusqu'à 250 mg toutes les 3-4 semaines. semaines (dose adulte)	Poursuivre sans changement le blocage de la puberté ou le traitement progestatif déjà initié jusqu'à ce que la dose adulte de testostérone soit atteinte. Ensuite, le traitement peut être arrêté.	Augmentation de la dose en fonction de l'âge du squelette et de la vitesse de croissance ; contrôles réguliers de la formule sanguine nécessaires ; en cas de polyglobulie, prolonger l'intervalle entre les injections ou réduire la dose par voie transdermique.
Gel de testostérone (concentrations différentes selon le fabricant, respecter les indications de dosage)	transdermique	Dose de départ : 10 mg de gel de testostérone chaque jour, pendant 6 mois, en augmentant jusqu'à 25 - (50 mg) dose adulte. Ajustement de la dose en fonction de la concentration de testostérone (attention à ne pas effectuer la prise de sang sur le bras sur lequel le gel de testostérone a été appliqué auparavant, car cela entraînerait des concentrations de testostérone faussement élevées). peut avoir).		
<i>Adolescents trans masculins : Début de la thérapie après la fin de la croissance</i>				
Testostérone en ampoules (250 mg)	intramusculaire	125 mg toutes les 4 semaines pendant 3 mois, puis 250 mg toutes les 3-4 semaines	Au stade 4-5 de Tanner, on ne commence généralement plus la suppression de la puberté. Un traitement préalable par des analogues de la GnRH ou des progestatifs peut être interrompu.	Une fois la croissance terminée, il est possible de commencer avec la dose adulte. Une augmentation progressive du dosage n'est pas nécessaire, mais elle est généralement bien accueillie. Dosage
Gel de testostérone (concentrations différentes selon le fabricant, indications de dosage). (voir le tableau ci-dessous)	transdermique	25 mg de gel de testostérone chaque jour pendant 3 mois ; si la concentration de testostérone ne se situe pas alors dans la plage adulte, passer à la concentration éventuellement supérieure. 50 mg par jour		



Testostéroneunde c anat	intramuscula ire	1000 mg toutes les 10-12 semaines en cas de croissance achevée	selon la concentration de testostérone à la fin de l'intervalle de pulvérisation
----------------------------	---------------------	---	--

Tableau 10 :

Recommandations actuelles de dosage pour le traitement hormonal de réassignation sexuelle par œstrogènes (adapté d'après Coleman et al., 2022)

Préparation hormonale utilisée	Application	Dosage	Continuation d'un blocage de la puberté	Commentaire
<b>Adolescentes trans-féminines : Début de la thérapie en cas de croissance inachevée</b>				
Valérate d'estradiol Sous forme de comprimés ou préparé en pharmacie sous forme de gouttes (solution à 0,4 %, 1 tr. = 0,1 mg de valérate d'estradiol)	oral	Début : 0,5 mg pendant 6 mois, puis augmenter à 1mg/jour pendant 3-6 mois supplémentaires. Ensuite, augmenter à 2 mg Dose adulte 2-4 mg/jour. L'estradiol doit se situer dans la norme adulte féminine.	Le blocage de la puberté ou le traitement anti-androgénique doit être poursuivi sans modification, même après avoir atteint la dose d'œstrogènes adultes.  Aucun traitement anti-androgène ou anti-pubertaire n'est nécessaire sous un traitement à l'éthinylestradiol qui freine la croissance.	Le traitement hormonal substitutif par œstrogènes ne supprime pas suffisamment l'axe gonadique. Arrêt en cas de gonadectomie ou de changement de traitement par des antiandrogènes.
Estradiol- Patch 25 µg, 50 µg, 75 µg, 100 µg	transdermique	Démarrage : ¼ d'un patch de 25 µg (= 6,2µg) ou 1/8 d'un patch de 50 µg pour 3-6 mois la nuit, puis doubler pendant 6 mois pour une durée de collage de 24 heures. Dose adulte 100 µg/jour		Pour réduire la longueur finale prévue, il est possible d'augmenter rapidement la dose d'œstrogènes ou de commencer par la dose adulte, comme dans le cas d'une hormonothérapie de limitation de la croissance. Alternativement, 100 µg/jour d'éthinylestradiol peuvent être administrés jusqu'à la fermeture des jonctions épiphysaires. être donné.
Gel d'estradiol, (0,62 mg pour 1 g de gel, Dose unique 2,5 g/jour)	transdermique	en raison de la difficulté de dosage, ne convient qu'après la fin de la puberté ou en cas de facteurs de risque particuliers de thrombose		
<b>Adolescentes trans-féminines : Début de la thérapie après la fin de la croissance</b>				
Estradiol ou Valérate d'estradiol en comprimés	oral	Début avec 1 mg/jour pendant 6 mois, puis dose adulte 2-4 mg/jour.	Le blocage de la puberté ou le traitement anti-androgénique doit être poursuivi sans modification, même après avoir atteint une concentration d'œstradiol dans la plage adulte.	Il n'existe pas de données indiquant que l'administration supplémentaire de progestérone améliore le développement des seins. Le début du traitement œstrogénique peut également se faire avec la dose adulte.
Patch à l'estradiol	transdermique	Début : 50 µg patch/jour. Dose adulte 100 µg/jour		
Gel d'estradiol (0,62 mg pour 1 g de gel, Dose unique 2,5 g/jour)	transdermique	1 dose de 2,5 g pendant 3-6 mois, puis augmenter à 2 doses. Dose adulte 2-4 mg/jour		

## **Chapitre IX**

### **Interaction professionnelle et approche sensible à la discrimination avec les enfants et les jeunes non conformes aux normes de genre**

- 1. Introduction et questions directrices**
- 2. Définition et opérationnalisation du concept de discrimination**
- 3. Études nationales et internationales**
- 4. Discrimination par les pairs, conséquences et facteurs de protection**
- 5. Expériences de discrimination dans le système de santé**
- 6. Littérature sur les recommandations pour une approche sensible à la discrimination des personnes trans**
- 7. Déclarations sur l'état des connaissances scientifiques**
- 8. Recommandations basées sur le consensus**

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

## 1. Introduction et questions directrices

Les jeunes trans représentent une minorité et peuvent donc être concernés par des expériences spécifiques de marginalisation sociale ou de discrimination. Il est donc important pour les professionnels de l'aide de se sensibiliser au contexte social dans lequel ces enfants et ces jeunes grandissent et de tenir compte, entre autres, des expériences de discrimination qui ont eu lieu ou qui menacent de se produire. Les enfants et les jeunes non conformistes en matière de genre font souvent état de l'exclusion, de la stigmatisation, voire de l'hostilité ouverte qu'ils ont subies dans leurs expériences quotidiennes. Ces expériences peuvent entraîner un stress psychique, avec des symptômes consécutifs qui peuvent apparaître avant même que le transgenre ne se révèle à l'extérieur (outing social).

Bien que la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant interdise la discrimination fondée sur le sexe ou l'identité sexuelle (p. ex. art. 2 : droit à la non-discrimination ; art. 19 : droit d'être protégé contre toute forme de violence, d'atteinte ou d'abus physiques ou mentaux ; art. 24 : droit à la protection de l'enfance), l'enfant doit pouvoir bénéficier d'une protection adéquate. Le droit de l'enfant de bénéficier du meilleur état de santé possible (*UNICEF, 2022*), plusieurs études nationales et internationales montrent que les personnes trans mineures et leurs familles sont souvent victimes d'exclusion et de dévalorisation non seulement dans le contexte social, mais aussi dans le système de santé (Edenfield et al., 2019 ; Fuchs et al., 2012 ; Mizock & Lewis, 2008).

Sur la base des résultats d'une étude à grande échelle sur l'expérience de la discrimination des personnes trans dans le secteur de la santé, menée dans plusieurs États membres de l'UE, l'Agence des droits fondamentaux de l'UE demande donc que les États membres de l'UE veillent à ce que le personnel de santé soit formé en conséquence et que les besoins des personnes ayant une identité de genre non conforme soient pris en compte dans l'élaboration des politiques de santé (European Union Agency for Fundamental Rights., 2014).

L'anticipation de la discrimination a un effet supplémentaire sur les risques pour la santé des personnes concernées (Hädicke & Wiesemann, 2021). Cela se manifeste par exemple lorsque des personnes trans évitent le système de santé en cas de maladie parce qu'elles craignent à juste titre d'être discriminées (Kcomt et al., 2020). Il est donc important pour les professionnels de l'aide d'être informés de ces expériences ainsi que de leurs conditions et conséquences, afin d'en déduire des recommandations pour une pratique sensible à la discrimination ainsi que pour des mesures structurelles anti-discriminatoires (p. ex. appel dans la salle d'attente).

Une approche informée et sensible des expériences de discrimination est donc une condition importante pour un accompagnement professionnel ciblé des jeunes personnes trans et de leurs proches.

Lorsque des enfants non conformes au genre, des jeunes trans et leurs parents ont vécu des expériences de discrimination, cela peut influencer l'établissement de la relation dans le cadre psychothérapeutique et médical. Ainsi, lors d'un premier contact, le silence et la méfiance peuvent marquer l'établissement du contact initial, avec pour conséquence que la jeune personne trans sera considérée par l'autre comme "difficile à contacter" ou "en colère".

est perçu comme "excessivement exigeant". C'est pourquoi il est recommandé de demander et, le cas échéant, de valider de telles expériences antérieures lors de l'entretien anamnestique, afin de faciliter l'établissement de la relation.

### Questions directrices sur la ligne directrice :

- Quel rôle jouent les expériences de discrimination des personnes en quête de traitement<sup>1</sup> dans le processus de conseil et de traitement lors de l'utilisation de prestations de santé ?
- À quoi les professionnels de l'aide peuvent-ils et doivent-ils être attentifs à cet égard dans le processus de conseil et de traitement ?

## 2. Définition et opérationnalisation du concept de discrimination

Il existe actuellement une multitude de définitions et d'interprétations du concept de discrimination (Beigang et al., 2017 ; Ruhrmann, 2017). Les études sur lesquelles se fonde ce chapitre ont en commun le fait que la discrimination est comprise comme une expérience d'exclusion et de dévalorisation suite à la non-conformité aux normes et aux représentations sociales (le plus souvent en ce qui concerne le sexe).

Les différences entre les études apparaissent clairement dans la définition et la saisie des expériences d'exclusion et de dévalorisation. Alors que certaines études se concentrent sur les expériences de discrimination *directe*, dans lesquelles la discrimination ciblée est fondée sur le sexe, d'autres études considèrent également la discrimination *indirecte*, qui ne repose pas nécessairement sur une intention négative de la part de l'auteur de la discrimination, mais souvent sur un manque d'information et d'attention, ainsi que la discrimination *structurelle*, dans laquelle la discrimination est pratiquée par des institutions telles que

---

<sup>1</sup> Dans le texte de la ligne directrice, le terme "patient/patiente" est utilisé au sens du droit social pour désigner les jeunes personnes qui ont recours à un service de santé. En revanche, le terme "demandeur de soins"

englobe également les personnes de référence titulaires de l'autorité parentale qui sont impliquées dans cette demande de soins.

les pratiques établies dans le système médical (Council of Europe & Commissioner for Human Rights, 2011 ; Günther et al., 2021). Outre les différentes formes de discrimination, les études se concentrent également sur différents contextes/systèmes dans lesquels la discrimination peut avoir lieu : par exemple la famille, l'école ou le système de santé. La section suivante présente donc d'abord des études qui se réfèrent à plusieurs contextes. Elle est suivie d'une section présentant d'autres études pertinentes pour le contexte "école et relations entre pairs" et d'une section présentant des résultats sur "l'expérience de la discrimination dans et par le système de santé".

Dans ce chapitre, la définition suivante de Hädicke et Wiesemann (2021) sert de base à la notion de discrimination :

Par discrimination, on entend un traitement inégal des membres d'un certain groupe social "ayant un statut inférieur dans la structure des rapports de force sociaux", qui leur porte "préjudice, restreint leurs droits à la liberté, les rabaisse ou affecte leur égalité des chances" (Hädicke & Wiesemann, 2021, p. 382-383). L'intention n'est pas une condition nécessaire (ibid.).

### 3. Études nationales et internationales

Comme il n'existe jusqu'à présent que très peu d'études qui illustrent la situation en matière d'égalité de traitement et de discrimination des personnes trans mineures et de leurs proches dans l'espace germanophone, il faut également recourir à des études sur la situation des jeunes trans dans d'autres pays et sur la situation des personnes trans plus âgées. Les études qui traitent explicitement de la situation des enfants prépubères non conformes aux normes de genre font particulièrement défaut. Cela met en évidence un grand besoin de recherche et rend difficile une estimation de l'ampleur de la discrimination dans l'espace germanophone.

Une étude germanophone avec un design de recherche qualitatif s'est consacrée aux expériences des détenteurs de l'autorité parentale d'un enfant/adolescent trans dans le système de santé allemand et a identifié des barrières parfois considérables des familles dans les soins de santé (Mucha et al., 2022). En particulier dans le domaine des soins pédiatriques, il est fait état d'expériences d'insécurité, de manque de connaissances spécialisées, voire d'incrédulité et de pathologisation de la transidentité. En conséquence, certains traitements ont été interrompus (ibid.).

Les résultats d'une étude transversale menée par Strauss et al. (2020) permettent de se faire une idée détaillée de la situation des jeunes trans en Australie. Au moyen d'une enquête en ligne anonyme, 859 jeunes (sexe féminin à la naissance attribué à 74,4%) âgés de 14 à 25 ans ( $M= 19.37$   $SD=3.15$ ), qui s'identifiaient comme trans, ainsi que 194 parents ou soignants ont été interrogés. Les questions portaient entre autres sur la santé mentale et les expériences potentiellement stressantes dans le système de santé. Les résultats indiquent une prévalence nettement plus élevée de maladies psychiques chez les personnes interrogées par rapport aux jeunes australiens non trans : 74,6% des participants ont par exemple indiqué avoir déjà reçu un diagnostic de dépression. Un diagnostic de troubles anxieux a été rapporté par 72,2% des participants. En outre, 79,8% des participants ont déclaré s'être automutilés par le passé, 82,4% ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires par le passé et 48,1% ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide. Les expériences potentiellement génératrices de stress qui pourraient être liées à la discrimination sont le rejet par les pairs (89%), les problèmes à l'école/université (78,9%), le harcèlement (74%), la discrimination (68,9%), le manque de soutien familial (65,8%), l'isolement des services (60,1%), la maltraitance psychologique au sein de la famille (57,9%), les problèmes d'emploi (41,9%), la maltraitance physique au sein de la famille (24,8%), le sans-abrisme/les problèmes de logement (22%) et la maltraitance physique en dehors de la famille (16,2%). En outre, 19,6% des personnes interrogées ont déclaré ne pas être satisfaites de leur traitement par un médecin généraliste et 31,7% de leur traitement psychiatrique. Les raisons invoquées étaient notamment le refus des soignants d'utiliser le prénom choisi et le pronom correspondant dans leur discours, le fait de déclarer la transidentité comme une "phase de développement", ainsi que le fait que les personnes concernées se sentaient pathologisées ou qu'on leur refusait le traitement souhaité. En conséquence, de nombreuses personnes concernées ont déclaré qu'elles avaient dû consulter plusieurs médecins ou que les visites médicales avaient été évitées.

Une étude de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (2014) ainsi que les résultats d'une étude qualitative par interview de Sauer et Meyer (2016) fournissent des indications sur la possibilité de transposer les résultats australiens de Strauss et al. (2020) aux jeunes trans en Allemagne.

Les données de l'étude européenne mentionnée ci-dessus illustrent différents aspects de l'égalité de traitement et de la discrimination des personnes trans adultes au sein de l'UE (European Union Agency for Fundamental Rights., 2014). Au total, 93.079 personnes âgées de plus de 18 ans ( $M = 34$  ans) ont été interrogées par le biais d'une enquête en ligne anonyme. Parmi elles, 6.771 personnes se sont identifiées comme trans (dont 1.329 Allemands). Dans toute l'UE



54% des personnes trans interrogées ont déclaré s'être senties harcelées ou discriminées au cours des 12 derniers mois parce qu'elles étaient perçues comme trans. Les jeunes, les chômeurs et les personnes trans ayant un faible revenu sont plus nombreux à déclarer s'être sentis discriminés au cours de l'année écoulée. Dans le contexte de l'emploi, 37% des personnes trans interrogées ont déclaré s'être senties discriminées lors de la recherche d'un emploi et 27% sur le lieu de travail. Dans le contexte de l'éducation, environ un quart des personnes trans ayant elles-mêmes fréquenté une école/université ou ayant des enfants à l'école/université ont déclaré s'être senties personnellement discriminées par des collaborateurs. Environ un cinquième des personnes trans interrogées ont déclaré s'être senties discriminées par des employés du secteur de la santé ou par les services sociaux compétents au cours de l'année écoulée. Seules quelques personnes ont signalé le dernier cas de discrimination aux autorités. 60% n'ont pas signalé l'incident en question, convaincus que cela "ne servirait à rien ou ne changerait rien". En outre, 47% ont déclaré qu'il ne valait pas la peine de signaler les incidents, car cela se produit tout le temps. 30% ne savaient pas comment/où l'incident en question aurait pu être signalé. Outre les expériences de discrimination verbale, les questions portaient également sur les menaces et les expériences de violence physique et de harcèlement.

Une personne trans sur deux rapporte un incident de violence ou de harcèlement au cours de l'année écoulée. 44% des personnes ayant fait état d'une expérience de violence au cours de l'année écoulée ont déclaré que cela s'était produit trois fois ou plus. 8% des personnes trans ont été agressées physiquement ou sexuellement ou menacées de violence (en raison de leur perception en tant que trans). Parmi les personnes trans interrogées qui ont fait état d'expériences de violence, 21% ont déclaré avoir signalé à la police le cas le plus récent de violence motivée par la haine. Les conséquences de l'expérience de la discrimination sont, entre autres, l'anxiété et les restrictions dans la vie quotidienne. Par exemple, 32% des personnes trans interrogées évitent de vivre leur rôle de genre en public (par peur d'être attaquées, menacées ou harcelées). La moitié d'entre elles évitent les lieux ou les endroits en raison de leurs craintes. Une personne sur cinq a indiqué qu'elle évitait de parler ouvertement de son identité trans, même à la maison (European Union Agency for Fundamental Rights., 2014).

Dans le cadre de l'étude qualitative de Sauer et Meyer (2016), 15 personnes trans vivant en Allemagne (dont 14 attribuées au sexe féminin à la naissance), âgées de 14 à 26 ans, ont été interrogées sur leur perception d'elles-mêmes, leur situation de vie et le besoin de soutien de la société et des institutions qu'elles perçoivent. En ce qui concerne la discrimination, environ la moitié des personnes interrogées font état d'un stress psychique concret, qui a été particulièrement souvent provoqué par des conflits familiaux. En outre, les personnes interrogées ont fait état de l'exclusion par les pairs (souvent des camarades de

classe) et de la peur d'être discriminées en raison de leur orientation homosexuelle ou hétérosexuelle.

d'éviter de se rendre dans certains lieux publics en raison du comportement transphobe d'autres personnes. Les expériences de discrimination rapportées consistent surtout en un manque d'acceptation de la part des parents, des pairs, des enseignants, des médecins, etc. Les comportements discriminatoires vont par exemple du refus d'utiliser le nom choisi jusqu'à la violence concrète. Les expériences positives rapportées par les personnes concernées sont celles où elles sont accueillies avec un intérêt sincère, une bonne information et une attitude positive et bienveillante, ce qui est alors décrit comme une source de soutien et d'appui (Sauer & Meyer, 2016).

#### **4. Discrimination par les pairs, conséquences et facteurs de protection**

La revue systématique de Collier et al. (2013) donne un aperçu des conséquences de la victimisation par les pairs à l'adolescence en raison de l'orientation sexuelle et de l'expression de sa propre transidentité. Celle-ci se base sur un total de 39 études<sup>2</sup>, dans lesquelles il n'a souvent pas été fait de distinction entre l'orientation sexuelle et la transidentité. Les résultats de l'étude montrent que la victimisation par les pairs est corrélée à différents résultats négatifs sur le plan psychosocial et de la santé. La victimisation par les pairs comprend : *la victimisation verbale*, *la victimisation physique*, *la victimisation sexuelle* (p. ex. abus sexuel), *le harcèlement sexuel* (p. ex. commentaires, gestes, attouchements sexuels), *la victimisation relationnelle* (être délibérément exclu des activités par les pairs), *la victimisation indirecte* (rumeurs négatives/nuisibles) et *le cyberharcèlement*. Les paramètres de résultats les plus souvent examinés dans les études sont le sentiment d'appartenance à l'école, la dépression et les tendances suicidaires.

Les résultats indiquent clairement que les élèves victimes de victimisation ont un sentiment d'appartenance à l'école plus faible et présentent des symptômes dépressifs plus importants. En ce qui concerne le lien entre la victimisation et les pensées suicidaires ou les tentatives de suicide, les résultats sont variables : Dans les grands échantillons scolaires, la victimisation par les pairs modère le lien entre l'orientation sexuelle (y compris la transidentité) et les tendances suicidaires. En revanche, dans les études purement LGBT (à l'exception de la transidentité), aucun lien indépendant n'a été établi entre la victimisation par les pairs et les tentatives de suicide. Les résultats concernant la victimisation par les pairs suggèrent que chez les jeunes trans qui ont des difficultés d'apprentissage ou d'autres difficultés à l'école, il est important pour les soignants de poser des questions ciblées sur les éventuelles victimisations par les pairs subies. Si une telle victimisation est connue, il convient d'attirer l'attention sur le risque de

---

<sup>2</sup> Dont 12 études sur des personnes trans

La présence d'une dépression ou d'idées suicidaires doit être prise en compte de manière ciblée (voir ci-dessous la recommandation basée sur le consensus).

Le lien entre les pensées suicidaires et les expériences de harcèlement chez les jeunes trans par rapport aux jeunes non trans aux Etats-Unis a été examiné dans l'étude de Ybarra et al. (2015). Au moyen d'une enquête en ligne, un total de 5.542 jeunes âgés de 13 à 18 ans ont été interrogés ; dans l'échantillon, 188 se sont déclarés transgenres, 199 non conformes au genre et 50 d'un "autre sexe". Parmi eux, 48% des jeunes trans, 44% des jeunes non conformes et 55% des jeunes dits "d'un autre sexe" ont déclaré avoir été victimes d'exclusion sociale ou de harcèlement au cours des 12 derniers mois. Parmi les jeunes cisgenres, ce chiffre était de 21% et de 25% parmi les jeunes filles. Lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient eu des pensées suicidaires au cours de la semaine précédente, les jeunes non conformistes en matière de genre ont répondu par l'affirmative (41-53%) bien plus souvent que les jeunes cisgenres (13-21%).

Une étude de Wilson et al. (2016) montre que les jeunes trans peuvent également être victimes de discriminations multiples. 216 jeunes filles trans âgées de 16 à 24 ans ont été interrogées. L'étude s'est penchée sur la relation entre les différences de santé mentale en fonction de l'ampleur de l'expérience de la discrimination et des facteurs de protection. 37% des personnes interrogées ont déclaré avoir été exposées à un faible niveau de discrimination. 45,9% ont signalé une forte discrimination liée au transgenre et 26,2% des jeunes ont déclaré être exposés à une forte discrimination raciale. 15,9% ont déclaré avoir subi les deux formes de discrimination en même temps et dans une large mesure. Le stress lié aux pensées suicidaires était plus élevé dans toutes les conditions de discrimination. Dans cet échantillon, la discrimination vécue en raison de la transidentité était associée à un risque 2,6 fois plus élevé de symptômes de PTSD, à un risque 2,6 fois plus élevé de dépressivité et à un risque 7,7 fois plus élevé de pensées suicidaires. En outre, des résultats spécifiques ont été observés selon le type de discrimination, ce qui indique la nécessité d'approches spécifiques pour la discrimination transgenre, raciale et mixte. Outre les facteurs de résilience non spécifiques, l'acceptation et le soutien de la transidentité par l'environnement familial ont été considérés comme un facteur de protection important pour la santé mentale.

Avec 81.885 lycéens\* (niveaux 9 et 11), dont 2.168 se sont identifiés comme TGNC (Transgender/ NonConforming), les tailles de l'échantillon et du groupe de contrôle de l'étude transversale d'Eisenberg et ses collègues (2017) sont très importantes. Les questions centrales de cette étude étaient la prévalence de l'identité TGNC chez les jeunes, les différences entre les facteurs de risque et de protection chez les jeunes TGNC par rapport aux jeunes cisgenres ainsi que les différences entre les facteurs de risque et de protection des jeunes TGNC.

TGNC entre les sexes assignés à la naissance. En résumé, les jeunes TGNC sont plus touchés que le groupe de comparaison cis-gendre pour tous les facteurs de risque examinés. Les différences entre TGNC et cis-gendre sont particulièrement importantes en ce qui concerne le bien-être émotionnel : plus de 60% des jeunes TGNC indiquent avoir déjà eu des pensées suicidaires, contre 20% des jeunes cis-gendres ; parmi les jeunes TGNC, environ un\*e sur trois indique avoir déjà fait une tentative de suicide. En outre, les jeunes TGNC ont fait état d'une fréquence significativement plus élevée d'expériences de harcèlement et de discrimination. En ce qui concerne les agressions physiques : TGNC 25,1% (cis-gendre 12,7%), cyberharcèlement : TGNC 27,6% (cis-gendre 12,3%). Discrimination fondée sur le genre : TGNC 35,3% (cis-gendre 4,7%). Dans le groupe des jeunes TGNC, cette étude a montré que les jeunes de sexe féminin à la naissance (garçons trans) étaient significativement plus nombreux que les jeunes de sexe masculin à la naissance (filles trans) à faire état de stress émotionnel et de discrimination par les pairs, et qu'ils présentaient moins de facteurs de protection tels que l'attachement familial ou une relation positive avec les enseignants/élèves (ibid.).

L'influence des facteurs de risque et de protection sur la santé mentale des jeunes ressort également d'une étude de Veale et al. Au moyen d'une enquête en ligne, 923 jeunes canadiens âgés de 14 à 25 ans ont été interrogés. Dans le groupe des 14-18 ans (N=323), 64% ont déclaré avoir été socialement exclus au cours de l'année précédente. Parmi eux, 52% ont déclaré avoir subi (également) des brimades à l'école. Un indice de stigmatisation calculé à partir des expériences cumulatives rapportées prédisait systématiquement une augmentation des problèmes de santé mentale, en particulier en ce qui concerne le comportement d'automutilation non suicidaire, la probabilité d'adopter ce comportement augmentait de 25% avec chaque point supplémentaire de l'indice de stigmatisation. En revanche, tous les facteurs de protection étaient négativement corrélés aux problèmes de santé mentale, mais tous ne remplissaient pas le critère d'un odds ratio < 0,5. *Les liens familiaux* étaient le facteur de protection le plus fort. *Les liens avec l'école* étaient un facteur de protection significatif en ce qui concerne le stress extrême et le désespoir extrême. La perception que les amis se soucient de vous a permis de prédire un taux plus faible de tentatives de suicide.

Une revue systématique de Johns et al. (2018), qui a examiné les résultats de 21 études sur les facteurs de protection, permet d'avoir une vue d'ensemble de l'importance et de l'efficacité de différents facteurs de protection. La tranche d'âge des participants à l'étude s'étendait de 11 à 26 ans. Dans les 21 articles, 27 facteurs au total ont été évalués en termes d'effets positifs sur la santé et le bien-être.

de jeunes trans ou non conformes aux normes de genre ont été étudiés. Les suivantes se sont révélées protectrices :

- Au niveau de l'individu, il s'agissait de l'estime de soi des jeunes.
- Au niveau des relations, le soutien des parents/de la famille et des pairs s'est avéré essentiel pour le bien-être des jeunes. Les adultes en dehors de la famille représentent également une ressource importante. En particulier dans les cas où la famille ou les pairs n'apportent pas de soutien. Ces adultes pourraient par exemple aider les familles et les pairs à mieux comprendre la non-conformité en matière de genre.
- Au niveau de la communauté (scolaire), les "Gay-Straight-Alliances" se sont avérées protectrices pour les jeunes LGB. Il s'agit d'organisations dirigées par des élèves et encadrées par un enseignant responsable, qui s'efforcent de créer un environnement sûr et favorable aux personnes LGBTQ dans les écoles, principalement aux États-Unis et au Canada (ibid.).

Les résultats de l'étude de Barbir et ses collègues (2017) peuvent constituer un point de départ pour réduire la discrimination par les pairs. Ceux-ci ont étudié le lien entre le contact social d'étudiants universitaires cis-genre-hétérosexuels avec des personnes trans et les attitudes et intentions comportementales positives et négatives autodéclarées envers les personnes trans. Les résultats de cette étude montrent que le contact social, comme l'amitié avec des personnes trans, peut influencer les attitudes autodéclarées envers les personnes trans. De même, le contact social peut influencer les intentions comportementales autodéclarées : Ceux qui ont eu au moins une amitié avec une personne transgenre dans cette étude ont rapporté moins d'attitudes et d'intentions comportementales négatives envers les personnes trans, plus d'intentions comportementales et d'opinions positives et plus d'intentions publiques de soutien. Les avantages potentiels de l'amitié avec des personnes cis-genres pour les personnes trans sont également un accès à la "société générale", une plus grande variété de perspectives et d'interactions, des opportunités d'accroître les connaissances et la sensibilisation aux expériences des personnes trans et, le cas échéant, une aide pour se présenter dans le rôle du genre choisi. Les obstacles typiques rapportés pour les amitiés avec des personnes cisgenres/hétérosexuelles incluent des connaissances insuffisantes sur les questions de genre, un usage insensible de la langue et des expériences moins partagées (ibid.).

## 5. Expériences de discrimination dans le système de santé

Comme nous l'avons décrit, les personnes trans sont également exposées à la discrimination dans le contexte des soins de santé. Cette discrimination peut être le fait de professionnels de la santé consultés pour des questions spécifiques aux trans, mais aussi de tous les autres, comme les cabinets dentaires, les médecins du travail, les consultations de vaccination, etc. (European Union Agency for Fundamental Rights., 2014 ; Sauer & Meyer, 2016 ; Strauss et al., 2017). En ce qui concerne les taux rapportés d'expériences discriminatoires, il convient de différencier si et comment la notion d'expériences discriminatoires est opérationnalisée dans les études respectives.

Plusieurs enquêtes en ligne ont recensé les expériences de discrimination des personnes trans adultes dans le secteur de la santé aux États-Unis. Bradford, Reisner, Honnold et Xavier (2013) rapportent que 41% des 387 personnes trans interrogées ont déclaré avoir subi un comportement discriminatoire. Shires et Jaffee (2015) décrivent que 41% des 1.711 personnes trans interrogées (FTM) ont déclaré que le traitement leur avait été refusé, qu'elles avaient été agressées physiquement ou harcelées verbalement ou qu'elles avaient été traitées verbalement de manière irrespectueuse en raison de leur transidentité. Kattari, Bakko, Hecht et Kinney (2020) rapportent que 8% des 27.715 répondants transidentitaires et non-binaires ont déclaré un refus de traitement de la part de personnes du secteur de la santé qu'ils ont consultées en raison de leur transidentité. Moins de 3% ont indiqué un refus de traitement dans des contacts dans le secteur de la santé lorsque le contact avait une autre raison que la transidentité.

Bradford et ses collègues (2013) rapportent en outre qu'un statut socio-économique bas, l'appartenance à une minorité ethnique, un âge plus jeune à l'annonce de la transidentité et un soutien familial moindre sont des facteurs associés à une probabilité accrue de discrimination dans le domaine de la santé.

Dans une étude de groupe de discussion menée par Sperber et ses collègues (2005) auprès de 34 participants trans, les personnes interrogées ont décrit l'ignorance, le manque de sensibilité et la discrimination comme étant fréquents lors des contacts avec le système de santé. De plus, il a été exprimé que les soignants abordaient souvent la thématique trans lorsque cela n'était pas pertinent pour le traitement (par ex. en cas de fractures ou de maladies infectieuses).

Les résultats d'une vaste enquête transversale menée par le ministère fédéral de la famille, des personnes âgées, des femmes et de la jeunesse (2016) permettent d'évaluer la situation actuelle et les expériences des personnes trans en Allemagne : Les données de 1.049 personnes trans ont été collectées par le biais d'une enquête en ligne. Parmi celles-ci figuraient les données de 117 enfants et adolescents trans (âge exact inconnu), sachant que dans 70% de ces cas, le questionnaire a été rempli par des adultes (généralement un



parent) à leur place. En ce qui concerne les réponses des enfants et de leurs proches, environ 75% ont indiqué qu'ils étaient trans.

des personnes interrogées ont déclaré avoir trouvé les psychothérapeutes empathiques, soutenant et compétents lors des entretiens. En même temps, environ 33 % des personnes interrogées ont trouvé que ces entretiens étaient pathologisants. Les médecins ont été perçus par environ 60 % des enfants et adolescents interrogés ainsi que par leurs proches comme étant empathiques, soutenant et compétents. 28 % des participants se sont sentis plutôt pathologisés. A la question "De quel groupe de personnes/institution auriez-vous, vous ou vos proches, souhaité recevoir plus de soutien ?", 52,14% ont répondu l'école et le jardin d'enfants, 39,32% les médecins, 34,19% la famille, les amis, les connaissances et 25,64% les psychothérapeutes.

Les conséquences de l'expérience de la discrimination comprennent la peur de la discrimination dans les contacts avec les établissements de santé (Grossman et al., 2016), le fait de taire sa propre transidentité en raison d'une relation soignant/patient incohérente ou la crainte de conséquences négatives (Rossman et al., 2017) et le fait de reporter ou d'éviter un traitement médical en raison de l'expérience de la discrimination. Dans une étude de Cruz et ses collègues (2014), environ la moitié des 4049 personnes trans interrogées ont indiqué avoir déjà reporté un traitement curatif en raison de leur propre identité trans, la moitié d'entre elles ayant à nouveau donné comme raison des expériences de discrimination déjà vécues. Dans une enquête en ligne menée par Bauer et ses collègues (2014), 21% des 433 personnes trans ont déclaré avoir déjà évité de se rendre dans un service médical d'urgence.

Des études canadiennes et américaines font état d'incertitudes de la part des soignants dans le traitement des personnes trans. Dans une étude canadienne de (Snelgrove et al., 2012), 13 médecins de différentes spécialités ont été interrogés sur les obstacles rencontrés par les personnes trans dans le système de santé. En se référant à leurs propres expériences et évaluations, les personnes interrogées ont indiqué qu'elles présentaient des déficits en termes de connaissances médicales spécialisées et qu'elles considéraient la réflexion éthique sur le traitement lié à la transition comme un défi de taille. Les médecins ont souvent été dépassés par le fait qu'ils ne savaient pas à qui s'adresser.

Dans une autre étude sur la stigmatisation des personnes trans dans le secteur de la santé (Poteat et al., 2013), 12 médecins/infirmiers/infirmières ont été interrogés en plus de 55 personnes trans. L'un des thèmes fréquemment abordés par les soignants était l'incertitude dans le traitement concret des personnes trans ainsi que dans la classification fondamentale du phénomène "trans" (y compris la question de la nécessité d'un traitement). Les membres du personnel infirmier interrogés sur leurs propres incertitudes face aux personnes trans ont fait état d'une situation de dilemme subjective (Beagan et al., 2012). Les personnes interrogées ont indiqué qu'elles s'efforçaient de ne pas faire de différence entre les personnes trans et les autres patients.

Les différences entre les deux groupes de patients ne sont pas seulement des différences de traitement, mais aussi des différences de traitement existantes.

Dans le cadre d'une étude de Kitts (2010), 184 médecins d'un hôpital universitaire américain ont été interrogés sur les obstacles à une prise en charge optimale des jeunes LGBT. La majorité d'entre eux ont indiqué qu'ils ne se sentaient pas suffisamment compétents pour aborder l'orientation sexuelle/l'identité de genre avec les jeunes LGBT. En conséquence, le souhait d'une formation continue a été formulé.

Les résultats de différentes études montrent que même de courts ateliers peuvent améliorer les connaissances sur la discrimination et la vulnérabilité des personnes trans dans le système de santé et leur accès à ce dernier, ainsi que les compétences en matière de relations avec les enfants et les adolescents trans : Par exemple, dans une étude menée par Kelley et ses collègues (2008), les participants à l'atelier ont suivi une formation sur la santé sexuelle et reproductive.

75 étudiants en médecine ont suivi une unité d'enseignement de deux heures sur le thème de la santé LGBT\*. L'impact sur les connaissances et les attitudes des étudiants concernant le traitement des personnes LGBT\* a été analysé. Lors de l'enquête de suivi, beaucoup plus d'étudiants ont indiqué que l'accès au système de santé était plus difficile pour les personnes LGBT\* que pour la population moyenne. Moins de répondants qu'auparavant étaient convaincus que les personnes LGBT\* vivaient rarement dans des partenariats stables. Moins d'étudiants qu'avant l'atelier ont indiqué qu'ils étaient réticents à traiter les personnes sur des questions d'identité de genre.

Une étude de Safer et Pearce (2013) a montré des résultats similaires. 74 étudiants en médecine ont participé à un cours dans le cadre de l'enseignement de l'endocrinologie. Il s'agissait d'examiner les effets qui pourraient être constatés sur l'attitude envers le traitement des personnes trans. Après le cours, le nombre d'étudiants pour lesquels le traitement de personnes trans serait désagréable a diminué de 60%. Lors de l'enquête de suivi, plus aucun étudiant ne pensait que les questions trans n'étaient pas un sujet médical. En outre, le nombre d'étudiants qui refuseraient un tel traitement a nettement diminué. McGravey (2015) a démontré que des ateliers de formation continue sensibles à la discrimination pouvaient également être utiles dans le contexte psychothérapeutique. L'efficacité d'un atelier visant à élargir les connaissances et les compétences dans le traitement des jeunes LGBTQ a été étudiée sur 68 psychologues scolaires travaillant dans le domaine de la psychothérapie. En général, les mesures des connaissances et des compétences pour les deux groupes se sont améliorées.

Les résultats se sont améliorés de manière significative au cours des périodes de suivi.

## 6. Littérature sur les recommandations pour une approche sensible à la discrimination des personnes trans

Les lignes directrices TGNC de l'American Psychological Association (2015), ainsi que les Multicultural Guidelines de l'American Psychological Association (2017), offrent aux professionnels une orientation complète pour un travail sensible à la discrimination dans le secteur de la santé. Des modèles sensibles au contexte, comme par exemple le modèle minority-stress (Meyer, 2003), sont présentés en détail dans une adaptation spécifique aux personnes trans pour la saisie et le traitement des expériences de discrimination et de leurs conséquences sur la santé chez Rood et al. (2016). Wanner & Landsteiner (2019) proposent une présentation complète des attitudes et des procédures particulièrement critiques pour les personnes trans en matière de discrimination, qui partent des conceptualisations psychopathologiques désormais dépassées de ce que la CIM-10 appelle encore le "transsexualisme", et qui ont pourtant été déterminantes pendant des décennies dans la prise en charge sanitaire des personnes trans.

## 7. Déclarations sur l'état des connaissances scientifiques

**IX. E1.** Il existe des preuves issues d'études d'enquête selon lesquelles les personnes trans mineures et leurs tuteurs font souvent état de multiples expériences de discrimination dans différents domaines de la vie, y compris dans le secteur de la santé.

Forte évidence

Nombre d'études : 25

(Bauer et al. 2014 ; Bradford et al. 2013 ; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017 ; Collier et al. 2013 ; Cruz 2014 ; Cruz et al., 2016 ; ; Mucha et al., 2022 ; Rossman et al. 2017 ; Sauer et Meyer, 2016 ; Shires et Jaffee, 2015 ; Sperber et al. 2005 ; Strauss et al. 2017 ; Strauss et al. 2020 ; Veale et al. 2017 ; Wilson et al. 2016 ; Ybarra et al. 2015)

---

Consensus : fort consensus (> 95%)

---

**IX. E2.** Il est prouvé que les expériences de discrimination des personnes trans mineures et de leurs tuteurs ne se produisent pas seulement dans l'interaction individuelle avec les soignants, mais aussi au niveau structurel et institutionnel.

Niveau de preuve

moyen Nombre

d'études : 10

(Bauer et al. 2014 ; Bradford et al. 2013 ; Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, 2011 ; Cruz 2014 ; Cruz et al., 2016 ; Günther et al. 2021 ; Hädicke & Wiesemann, 2021 ; Kcomt et al., 2020 ; Mucha et al., 2022 ; Rossman et al., 2017)

---

Consensus : fort consensus (> 95%)

---

**IX. E3.** En ce qui concerne les expériences de discrimination rapportées de personnes trans mineures et de leurs tuteurs dans le domaine de la santé, il existe en outre des indices montrant que celles-ci ne sont souvent pas dues à des attitudes conscientes ou intentionnelles de la part des soignants, mais peuvent résulter de connaissances techniques insuffisantes et/ou d'une incertitude professionnelle.

Faible niveau de preuve

Nombre d'études : 8

(Beagan et al. 2012 ; Kelly et al. 2008 ; Kitts, 2010 ; McGravey, 2015 ; Mucha et al., 2022 ; Poteat et al. 2013 ; Safer & Pearce, 2013 ; Snelgrove et al. 2012)

---

Consensus : fort consensus (> 95%)

---

## 8. Recommandations basées sur le consensus

**IX. K1.** Traitant (proches de aidant Groupes su  
tous les professionnels r  
Les professionnels de la santé) devraient être informés des risques et des formes le  
de discrimination auxquels les personnes trans mineures et leurs tuteurs peuvent sit  
être confrontés. Ils devraient améliorer leur propre attitude professionnelle en ce e  
qui concerne

de réfléchir de manière critique aux aspects potentiellement discriminatoires.

---

Consensus : fort consensus (> 95%)

---

**IX. K2.** Traitant (proches de aidant Groupes sur  
Les professionnels de la santé) devraient tous professionnels r  
dans la mesure du possible, contribuer, le  
dans le cadre de leurs activités, à la prévention de la discrimination, notamment asit  
niveau structurel ou institutionnel. e  
de l'entreprise.

---

Consensus : fort consensus (> 95%)

---

**IX. K3.** Traitant (proches de aidant Groupes sur  
Les professionnels de la santé) devraient tous professionnels r  
être informés des conséquences le  
psychiques et sanitaires des expériences de discrimination et utiliser ces sit  
connaissances dans leur travail. e  
prendre en compte.

---

Consensus : fort consensus (> 95%)

---

**IX. K4.** Dans le cadre du diagnostic psychologique et psychothérapeutique, du conseil et de l'accompagnement judiciaire des enfants et des adolescents qui consultent pour IG/DG, les expériences de discrimination devraient être interrogées et considérées comme des facteurs favorisant la maladie.

---

Consensus : fort consensus (> 95%)

---

En plus de demander de manière ciblée de telles expériences dans le passé, il convient également de demander des expériences actuelles. Dans l'optique d'une approche axée sur les ressources, il est également recommandé de poser des questions ciblées sur les expériences positives dans le contexte social et dans le système de santé.

**IX. K5.** Pour l'accompagnement des personnes trans mineures dans leurs démarches, des offres d'éducation et d'information devraient être mises à la disposition de l'environnement social (par ex. écoles, instituts de formation, clubs sportifs, institutions de jeunesse, paroisses, etc.) qui renvoie également aux offres d'information et de conseil proposées par les organisations d'autoreprésentation des personnes trans et de leurs proches.

Consensus : fort consensus (> 95%)

---

Explication : une telle offre de soutien professionnel aux personnes en quête de traitement dans leur environnement social quotidien présuppose un accord transparent.

Les termes d'"entraide" et de "conseil", utilisés dans d'autres contextes médicaux pour désigner les services de conseil organisés par les patients et les organisations qui défendent leurs intérêts, ne sont pas adaptés à la situation actuelle.

"organisation d'entraide" ne sont pas (plus) d'usage dans ce domaine.

**IX. K6.** Lorsqu'ils s'adressent à des enfants et à des adolescents non conformes au genre, les soignants devraient demander les pronoms et les prénoms souhaités et les utiliser selon les possibilités de la situation. Il convient de procéder de la même manière, en accord avec les personnes en quête de traitement, dans la communication professionnelle avec d'autres spécialistes et institutions impliqués.

---

Consensus : fort consensus (> 95%)

---

Il est important de communiquer l'importance de la reconnaissance de l'identité de genre pour l'établissement de la confiance et de la relation nécessaires au traitement aux parents et autres personnes de référence importantes qui émettent des réserves quant au souhait d'une personne trans mineure d'être abordée selon son identité de genre. Il convient de souligner qu'une utilisation appropriée des prénoms et pronoms souhaités n'implique aucune détermination en vue des futures étapes sociales, juridiques ou médicales d'une transition.



## **Chapitre X :**

### **Droit et éthique - Bases légales et critères éthiques pour le traitement des mineurs présentant une incongruité de genre**

- 1. Introduction**
- 2. Fonction protectrice de l'ordre juridique**
- 3. Droit à l'autodétermination et noyau dur de la personnalité**
  - 3.1. Autodétermination en cas de capacité à consentir des mineurs
  - 3.2. Autodétermination des mineurs incapables de donner leur consentement

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

## 1. Introduction

Les controverses au sein du monde médical concernant les interventions somatomédicales auprès des adolescents diagnostiqués comme souffrant d'incongruité sexuelle (IG) ou de dysphorie de genre (DG) sont souvent menées de manière superficielle à l'aide d'arguments sur les preuves incertaines pour ce groupe d'âge, mais touchent au cœur des questions éthiques et juridiques :

- Comment faire face au dilemme éthique particulier aux décisions de traitement à l'adolescence, qui réside dans le fait que tant un traitement que son report ou son absence peuvent avoir des conséquences irréversibles sur la santé psychique ultérieure à long terme (Deutscher Ethikrat, 2020) ?
- Comment le droit à l'autodétermination et le principe éthique sous-jacent de promotion de l'autonomie doivent-ils être pondérés par rapport à la protection des mineurs contre des décisions de traitement portant loin dans leur avenir et pouvant avoir des conséquences fatales (Hädicke et al., 2023) ?
- Dans quelles conditions les mineurs peuvent-ils donner un consentement éclairé à un traitement médical de suppression de la puberté ou de réassignation sexuelle (Giordano et al., 2021) ?
- Le cas échéant, comment la capacité de consentement (D)/la capacité de décision (A)/la capacité de discernement (CH) nécessaire doit-elle être examinée et établie pour les mineurs ?<sup>1</sup>
- Quelle est l'importance de l'implication et du consentement des détenteurs de l'autorité parentale dans les décisions de traitement ?

Dans ce chapitre, les bases juridiques pertinentes sont présentées en se référant en priorité à la situation juridique allemande et les principaux critères éthiques issus du discours international sur l'éthique médicale sont discutés. Cela doit servir d'information, d'orientation et, le cas échéant, de garantie pour les soignants lors de l'application de la ligne directrice. Le cadre juridique étant de toute façon contraignant et les principes éthiques devant être pesés de manière réfléchie lors de décisions de traitement responsables, ce chapitre ne contient pas de recommandations consensuelles.

## 2. Fonction protectrice de l'ordre juridique

"L'ordre juridique allemand établit un double espace de protection pour le traitement somatomédical des mineurs souffrant de dysphorie de genre - d'abord et avant tout pour le droit de chaque être humain, garanti par la Loi fondamentale, de choisir son sexe.

---

<sup>1</sup> Pour des raisons de lisibilité, le texte courant suivant du chapitre utilise la notion de capacité de consentement pertinente pour la situation juridique allemande, les notions analogues des systèmes juridiques autrichien et suisse (Entscheidungsfähigkeit ou Urteilsfähigkeit) ne sont pas répétées.

Le processus de décision se déroule au sein du triangle formé par la personne transgenre, les personnes qui en ont la garde et les soignants. Cet espace de protection, qui comprend également des exigences élevées en ce qui concerne le respect des normes médicales fondées sur les preuves, la qualité du processus de traitement, la détermination de la capacité à consentir ainsi que l'explication et l'information des personnes concernées, sert à protéger ces processus de décision et de traitement individuels contre les tiers et les instrumentalisation de toutes sortes". (Gutmann, 2023, p. 4). Le droit met ainsi en œuvre le défi éthique central qui consiste à "soutenir les mineurs sur le chemin de leur propre identité sexuelle tout en les préservant de dommages - en partie irréversibles" (Deutscher Ethikrat, 2020, p. 2).

L'évaluation diagnostique et professionnelle de la situation de la personne transgenre, telle que recommandée par les lignes directrices médicales internationales fondées sur un consensus d'experts (Coleman et al., 2022 ; Hembree et al, 2017) ainsi que par la présente ligne directrice, une évaluation diagnostique biopsychosociale complète de la situation de vie d'une personne trans mineure (entre autres de ses antécédents de développement, de son environnement social et familial, de l'évaluation diagnostique d'autres problèmes de santé mentale associés, etc.) par les praticiens comme condition indispensable à la pose d'une indication pour des mesures de modification corporelle est exigée en droit allemand par le § 630a al. 2 BGB (respect des normes professionnelles requises en matière de diagnostic et de traitement), par le § 630c BGB (obligations d'information) et par le § 630e BGB (obligations d'information individualisées) (Gutmann, 2023).

### **3. Droit à l'autodétermination et noyau dur de la personnalité**

Le droit à l'autodétermination concernant son propre corps fait partie des droits fondamentaux de la personnalité. Il s'applique à toutes les interventions médicales et psychologiques-psychothérapeutiques, qu'elles soient de nature diagnostique, thérapeutique ou préventive. Celles-ci sont soumises à l'exigence du consentement. En pédiatrie et médecine de l'adolescence, le consentement est donné soit par la personne mineure capable de consentir elle-même, soit - en cas d'incapacité à consentir - par les représentants légaux, en général les parents (Rixen, 2020 ; Rothärmel, 2004 ; Wapler, 2015).

Certains domaines sont de nature hautement personnelle et ne peuvent pas faire l'objet de décisions prises par des tiers. L'identité sexuelle en fait partie. L'identité sexuelle fait partie du noyau intangible de l'organisation de la vie privée. En principe, seule la personne concernée est habilitée à prendre des décisions à ce sujet (Deutscher Ethikrat, 2020 ; Siedenbiedel, 2016). Les mesures médico-psychothérapeutiques doivent par conséquent viser à garantir autant que possible l'autodétermination de la personne concernée quant à son identité sexuelle. La limitation du pouvoir de décision chez les mineurs n'est admissible

que dans le but de permettre une décision pleinement autodéterminée.

c'est-à-dire au maximum jusqu'à ce que la personne concernée soit en mesure de donner son consentement (Siedenbiedel, 2016). L'obtention de la capacité de consentement représente donc un seuil important pour les patients\* mineurs pour les interventions de traitement en cas d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre.

### **3.1. Autodétermination en cas de capacité à consentir des mineurs**

"Dans le cas des mineurs, la capacité de consentir [...] n'est pas présumée de manière générale comme pour les adultes, mais nécessite une constatation positive. La capacité de consentir n'est pas liée à un âge déterminé et ne peut pas l'être pour des raisons constitutionnelles". (Gutmann, 2023, p. 4). Si la personne mineure est capable de donner son consentement, elle est seule habilitée à décider des mesures médico-psychothérapeutiques (Rixen, 2020). Une décision autodéterminée présuppose une information complète et compréhensible sur tous les aspects de la décision ou de la non-décision. Elle n'est possible que si la personne est libre de toute contrainte extérieure (par des menaces de tiers ou autres) ou intérieure (par une intoxication, des hallucinations ou autres) dans la situation de la décision.

#### **3.1.1. Définition de la capacité à consentir**

La capacité à consentir est une caractéristique complexe qui englobe à la fois les aspects cognitifs et émotionnels de la personnalité. Elle s'acquiert progressivement au cours du développement de la personnalité. Elle n'est pas synonyme d'intelligence.

Par capacité à consentir, on entend la capacité d'une personne à comprendre la nature, la signification et la portée d'un acte et à déterminer sa volonté en conséquence. Elle comprend la capacité de compréhension, de jugement et de contrôle (Laufs et al., 2015). Dans le détail, une personne est donc capable de consentir lorsqu'elle est en mesure de

- "a) comprendre le but, la nécessité et l'urgence, le déroulement probable, les conséquences possibles, les risques potentiels et les avantages potentiels de l'intervention et de sa non-intervention,
- b) de saisir quelle valeur les biens juridiques concernés ont pour [elle] et parmi quelles alternatives [elle] peut choisir,
- c) de peser le pour et le contre et de prendre une décision,
- d) d'exprimer cette décision et
- e) d'agir conformément à la décision". (Genske, 2020, p. 347)

Dans le cas des décisions prises pendant l'enfance et l'adolescence, l'évaluation des risques et des chances futurs d'une intervention ou de sa non-intervention représente un défi particulier. En effet, pour évaluer la valeur des biens juridiques concernés, il faut au moins

une certaine expérience de la vie, que les enfants et les adolescents ne possèdent pas.

Les jeunes ne l'acquièrent que progressivement, au fur et à mesure du développement de leur personnalité. Une autre difficulté spécifique résulte du fait que, chez les patients\* adolescents, les décisions de commencer ou de ne pas commencer un traitement - avec des conséquences irréversibles à prendre en compte - doivent être prises à un moment où le développement de l'identité et de la personnalité est encore soumis, sous de nombreux aspects, à des processus de développement psychosocial propres à l'adolescence (Deutscher Ethikrat, 2020 ; Seiffge-Krenke, 2021).

Néanmoins, selon une expertise juridique de Gutmann (2023), des objections généralisées à l'encontre de la capacité des mineurs à consentir à des interventions médicales complexes ne peuvent pas être justifiées par la situation juridique. "Lorsqu'il s'agit d'interventions somatomédicales visant à traiter une dysphorie de genre, l'évaluation de la capacité d'une personne mineure à consentir doit notamment tenir compte de son niveau de développement concernant la perception et la réflexion sur sa propre identité sexuelle (sa "maturité en matière d'identité sexuelle"). Les mineurs cognitivement matures présentant une incongruité ou une dysphorie sexuelle persistante peuvent aussi régulièrement avoir la capacité de discernement nécessaire pour être considérés comme aptes à consentir à des mesures de traitement somatomédical". (Gutmann, 2023, p. 5).

Néanmoins, les exigences relatives à la *minutie de la détermination* de la capacité de consentement (ainsi qu'à la qualité de l'information et au processus de prise de décision commune) sont plus élevées lorsqu'il s'agit de mesures somatomédicales partiellement ou même totalement irréversibles (Gutmann, 2023). La procédure requise est donc soumise à des normes exigeantes dans le droit allemand. La condition impérative pour remplir le devoir de diligence médicale et psychothérapeutique lors de la réalisation de mesures somatomédicales pour le traitement d'une incongruité sexuelle ou d'une dysphorie de genre diagnostiquée est entre autres "des entretiens précis et complets, des demandes, des évaluations, des étapes diagnostiques et des expertises, afin de pouvoir décider de la présence des conditions d'indication, de la procédure correcte et professionnelle lors du traitement ainsi que de la capacité de consentement du patient ou de la patiente et de pouvoir l'informer et l'éduquer de manière adéquate. Ces procédures d'anamnèse, de diagnostic et d'évaluation servent à garantir l'intégrité du processus décisionnel et donc en premier lieu à préserver les intérêts et les droits des patient(e)s eux-mêmes" (Gutmann, 2023, p. 5).

### **3.1.2. Seuil de la capacité à consentir**

La capacité à consentir est une notion seuil, elle existe ou n'existe pas. Elle n'est acquise qu'au cours du développement de la personnalité individuelle et dépend de la complexité de la décision à prendre (Lippert, 2016). Limites d'âge

sont parfois mentionnés comme seuils dans la littérature. On peut lire par exemple que Capacité de consentement à partir de l'âge de 13 ans révolus dans des cas individuels, à partir de l'âge de 18 ans révolus dans des cas individuels.

15 ans peut généralement être donnée. Mais ces valeurs ne doivent être considérées que comme des repères (Alderson, 2007, 2008 ; Duttge, 2013 ; Rixen, 2020). La capacité de consentement ne doit pas non plus être assimilée à la capacité juridique, pour laquelle des limites d'âge rigides s'appliquent (Genske, 2020). En outre, selon l'opinion dominante, le seuil ne doit pas être déterminé uniquement sur la base de facteurs objectifs caractérisant l'intervention. En d'autres termes, les interventions graves, urgentes ou comportant des complications ne sont pas nécessairement soumises à des limites d'âge propres, mais elles peuvent accroître les exigences en matière de capacité de consentement (Lippert, 2016).

La capacité à consentir doit être examinée dans chaque cas individuellement et en fonction de la situation, du cas et de l'intervention (Laufs et al., 2015). Sont déterminants la maturité individuelle de la personne, en cas d'incongruité sexuelle ou de dysphorie de genre, en particulier la stabilité/persistence de l'identité sexuelle à supposer selon l'évaluation diagnostique, ainsi que la capacité de compréhension, de jugement et de contrôle concrète, individuelle et liée au cas et à l'intervention.

### **3.1.3. Examen de la capacité à consentir**

L'obligation légale de vérifier l'existence de la capacité de consentement incombe aux soignants et constitue donc une tâche médicale et psychothérapeutique (Gutmann, 2023). Les conditions pour que la capacité de consentement des mineurs puisse être établie de manière juridiquement sûre s'appliquent notamment dans les settings de traitement dans lesquels une relation médecin\*patient\*durée et accompagnée de manière continue se développe et existe (comme le recommandent les directives internationales, (Coleman et al., 2022)) et qui sont conçus pour une prise de décision progressive et décentralisée dans le temps (Siedenbiedel, 2016). L'examen de la capacité des mineurs à consentir à des interventions médicales complexes doit être effectué par la personne traitante, éventuellement assistée par des spécialistes ayant des connaissances spécifiques en psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent. Pour le domaine d'application de la présente ligne directrice, cela est précisé dans les recommandations du chapitre VII → "*Pose d'indication pour des interventions médicales de modification corporelle*" est assurée par la procédure à deux niveaux qui y est décrite, selon laquelle une telle pose d'indication doit être effectuée de manière interdisciplinaire avec la participation d'un spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie et d'un spécialiste en médecine somatique.

L'examen de la capacité à consentir doit en outre avoir lieu dans le cadre d'entretiens personnels ou, en cas d'interventions complexes ou lourdes de conséquences, d'entretiens répétés, soutenus par du matériel d'information et d'explication écrit. La personne chargée



sont parfois mentionnés comme seuils dans la littérature. On peut lire par exemple que de l'information doit alors s'assurer que les informations ont été comprises (Laufs et al., 2015). L'examen de la capacité à consentir doit être documenté par écrit.

**Aspects à examiner lors de la détermination de la capacité à consentir :**

Outre une évaluation du niveau de développement mental et cognitif ainsi que de la stabilité/persistence supposée d'une incongruité sexuelle diagnostiquée, il convient, selon Gutmann (2023), de vérifier, après une information donnée et lors d'entretiens séparés, si le jeune patient ou la jeune patiente est en mesure de transposer les informations reçues sur les options médicales à sa propre perspective de vie, c'est-à-dire de les expliquer de manière suffisamment plausible,

- "quels sont les aspects (positifs et négatifs) de sa situation a) actuelle et b) future et c) des possibilités d'action discutées lors de l'entretien d'information qui sont particulièrement significatifs pour lui/elle (à la lumière de sa propre perspective de vie) ;
- ce que la mesure de traitement discutée signifie pour lui/elle et comment elle va influencer sa vie, son quotidien et sa relation avec sa famille, ses amis et d'autres personnes ;
- quels sont ses objectifs et ce qui est le plus important pour lui/elle ;
- ce qu'il/elle est prêt(e) à sacrifier pour cela ;
- quelles sont ses principales craintes pour son avenir personnel ;
- ce qui est compris comme le plus grand danger si l'action est réalisée ou non ;
- pourquoi il/elle pèse donc le "pour et le contre" de la mesure d'une manière plutôt qu'une autre et a pris sa décision de cette manière ;
- comment il/elle évalue en particulier l'importance à long terme des mesures irréversibles de réassignation sexuelle pour sa propre vie, notamment en ce qui concerne les conséquences d'une réassignation sexuelle sur la vie sexuelle future et le fait que, le cas échéant, le renoncement à une parentalité biologique ultérieure en raison de l'infertilité sera peut-être perçu comme une perte à l'avenir ;
- et comment il/elle évalue la possibilité que son expérience de l'identité sexuelle, ses attitudes envers ses besoins en matière de genre puissent changer à l'avenir". (Gutmann, 2023, p. 43)

Pour déterminer la stabilité des réflexions mentionnées, celles-ci devraient être espacées dans le temps et approfondies dans le cadre d'au moins deux entretiens (Gutmann, 2023.). En outre, en vue d'assurer la stabilité de la décision de traitement, il convient de vérifier si le jeune "est en mesure de se

- à prendre une décision claire, cette
- comme étant leur propre décision, c'est-à-dire qu'ils doivent aussi en assumer la responsabilité,
- de les communiquer clairement et de les
- également à la lumière de questions critiques de la part des soignants ou des (Gutmann, 2023, p. 44).

La ligne directrice internationale *Standards of Care (version 8)* de la WPATH<sup>2</sup> souligne l'importance, pour déterminer la capacité d'un adolescent à donner son consentement en connaissance de cause, que les jeunes patients\* réfléchissent eux-mêmes à la manière de gérer les séquelles irréversibles d'un traitement en cas de transition ultérieure. Les questions suivantes sont recommandées pour orienter les soignants :

- "Le jeune est-il capable de se projeter dans l'avenir et d'envisager les conséquences d'une mesure partiellement ou totalement irréversible ?
- Le jeune a-t-il une capacité d'autoréflexion suffisante pour envisager la possibilité que les besoins et les priorités liés au genre puissent évoluer au fil du temps et que les priorités liées au genre puissent également changer à un moment donné ? -
- Le jeune a-t-il réfléchi à ce qu'il pourrait faire, le cas échéant, si ses priorités en matière de genre changeaient à l'avenir ?" (Coleman et al., 2022, p. 66)<sup>3</sup>.

### **3.2. Autodétermination des mineurs incapables de donner leur consentement**

#### **3.2.1. Participation**

Les mineurs qui ne sont pas en mesure de donner leur consentement ont le droit de participer. Cela signifie que leur opinion doit être entendue sur toutes les questions les concernant et prise en compte en fonction de leur âge et de leur maturité. Le droit à la participation présuppose une information appropriée et compréhensible pour l'âge (Mengel et al., 2019 ; Nations unies, 1989). Par conséquent, toutes les circonstances essentielles pour le consentement doivent être expliquées à un enfant qui n'est pas encore en mesure de donner son consentement (conformément à l'article 630e, paragraphe 5, phrase 1 du BGB), conformément à sa compréhension, dans la mesure où il est en mesure de comprendre les explications en raison de son niveau de développement et de ses capacités cognitives de compréhension (Gutmann, 2023).

<sup>2</sup> WPATH - Association professionnelle mondiale pour la santé des transgenres

<sup>3</sup> propre traduction spécialisée pour ce chapitre

La participation s'impose également, d'une part, parce qu'elle aide le mineur à de former progressivement les capacités de compréhension, de jugement et de contrôle (Wapler, 2015). D'autre part, elle permet au personnel médico-psychothérapeutique de s'assurer, au fil du traitement, des capacités et de l'évolution de la personnalité de la personne à traiter, et donc d'appréhender avec plus de certitude la capacité de consentement qui se développe (Wiesemann, 2020b). Il en découle un principe éthique important pour les soignants : Dans les cas où un patient mineur souhaitant être traité n'est pas (encore) en mesure de donner son consentement, il convient de soutenir la jeune personne dans le processus d'accompagnement professionnel ultérieur afin qu'elle puisse acquérir cette capacité de consentement (Deutscher Ethikrat, 2020).

Cette participation s'impose donc également au regard du droit de la personnalité de la personne mineure, car elle l'aide à développer sa capacité de compréhension, de jugement et de contrôle, et donc à établir progressivement sa propre capacité à consentir.

### **3.2.2. Consentement par procuration et intérêt supérieur de l'enfant**

Le consentement à des mesures médico-psychothérapeutiques chez des mineurs incapables de donner leur consentement est donné à titre représentatif par les personnes ayant l'autorité parentale et pleinement informées, en règle générale les parents. Leur décision doit s'orienter sur le bien-être de l'enfant (Dettenborn, 2017 ; Dörries, 2003). Le bien-être actuel et futur est déterminant pour le bien-être de l'enfant. Les valeurs objectives telles que la santé ou l'intégrité physique et les valeurs subjectives telles que la qualité de vie ou la souffrance doivent être prises en compte de la même manière et, le cas échéant, être mises en balance (Oommen-Halbach & Fangerau, 2019).

La volonté et l'évaluation subjective de l'enfant doivent toujours être prises en compte (Wiesemann, 2020a). Les décisions relatives à des mesures électives ayant des conséquences irréversibles pour un choix de vie ultérieur autodéterminé dans sa propre identité de genre doivent être reportées à un âge ultérieur de l'enfant, lorsque celui-ci aura acquis sa propre capacité à consentir. Cela concerne en général la décision d'un traitement hormonal de réassignation sexuelle en raison de la déviation irréversible de la formation des caractères sexuels secondaires qu'il vise. En revanche, dans le cas d'un blocage temporaire de la puberté, en raison de sa réversibilité, le consentement par substitution peut être donné par les titulaires de l'autorité parentale s'il peut être justifié que cela correspond au bien-être et à la volonté de l'enfant.

### **3.2.3. Co-consensus entre le patient\* mineur et les personnes ayant l'autorité parentale**

Plus la décision à prendre est grave et plus il est difficile de déterminer la capacité de consentement de la personne concernée, plus il est judicieux d'obtenir un co-consensus entre la personne mineure et les titulaires de l'autorité parentale. En règle générale, un co-consensus doit également être recherché par principe, car le soutien attentionné des personnes de référence représente pour la personne mineure concernée une aide essentielle pour faire face aux questions existentielles qui se posent (Schickhardt, 2016).

En cas de conflit, il convient tout d'abord d'explorer les possibilités d'une décision commune consensuelle, car les implications psychosociales à long terme d'un conflit persistant entre les parents et l'enfant sur la question du soutien d'un parcours de vie autodéterminé de l'enfant en tant que personne trans sont considérables pour les deux parties et ne semblent donc pas pouvoir être résolues par la seule voie du droit de garde (voir à ce sujet les explications et recommandations du chapitre VI → "*Prise en compte de l'environnement relationnel familial et de la dynamique familiale*" et du chapitre VII "*Pose d'indication pour des interventions médicales de modification corporelle*"). Toutefois, si un conflit s'avère durablement insoluble malgré tous les efforts professionnels, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être considéré comme un bien juridique prioritaire (Siedenbiedel, 2016). Il incombe à l'office de la jeunesse de vérifier cela en cas de suspicion de mise en danger du bien-être de l'enfant et, le cas échéant, d'engager des démarches appropriées de clarification dans l'intérêt du bien-être de l'enfant.

Vorläufige Leitlinie zur Transidentifizierung

## Bibliographie

- Abbruzzese, E., Levine, S. B., & Mason, J. W. (2023). The Myth of "Reliable Research" in Pediatric Gender Medicine : A critical evaluation of the Dutch Studies-and research that has followed. *Journal of Sex & Marital Thérapie de la sexualité*, 49(6), 673–699. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346>
- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and Related Forms for Assessing Behavioral/Emotional Problems and Competencies. *Pediatrics In Review*, 21(8), 265-271. <https://doi.org/10.1542/pir.21.8.265>
- Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A., & Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths : Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2020(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13633-020-00078-2>
- Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A., & Thom, K. C. (2017). Guidance and Ethical Considerations for Undertaking Transgender Health Research and Institutional Review Boards Adjudicating this Research. *Transgender Health*, 2(1), 165-175. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0012>
- Adelson, S. L. (2012). Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(9), 957-974. <https://doi.org/10/ggjk78>
- Agana, M. G., Greydanus, D. E., Indyk, J. A., Calles, J. L., Jr, Kushner, J., Leibowitz, S., Chelvakumar, G., & Cabral, M. D. (2019). Prendre soin de l'adolescent et du jeune adulte transgenre : concepts actuels d'un processus en évolution au 21e siècle. *Disease-a-month : DM*, 65(9), 303-356. [cmedm. https://doi.org/10/ggsjw2](https://doi.org/10/ggsjw2)
- Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C., & Kosidou, K. (2018). Proportion d'adultes dans la population générale du comté de Stockholm qui souhaitent un traitement médical affirmant le genre. *PLOS ONE*, 13(10), e0204606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606>
- 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). Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756-763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>

Aitken, M., VanderLaan, D. P., Wasserman, L., Stojanovski, S., & Zucker, K. J. (2016). Self-Harm and Suicidality in Children Referred for Gender Dysphoria. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 55(6), 513-520. cmedm. <https://doi.org/10/f8qvd9>

Alderson, P. (2007). Des enfants compétents ? Le consentement des mineurs aux traitements et à la recherche en matière de santé.

[Review] [65 refs]. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2272-2283. <https://doi.org/10/dknqwx>

Alderson, P. (2008). *Les droits des jeunes enfants : Exploring beliefs, principles and practice* (2nd ed).

Éditions Jessica Kingsley.

Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M., & Moser, C. N. (2019). Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 302-311. <https://doi.org/10.1037/cpp0000288>

Association américaine de psychiatrie. (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition, révision du texte (DSM-IV-TR)* (4e édition, vol. 1). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349>

Association américaine de psychologie. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender non-conforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>

APA Council of Representatives, Clauss-Ehlers, C. S., Chririboga, D. A., Hunter, S. J., Roysicar-Sodowsky, G., & Tummala-Narra, P. (2017). *Task Force on Re-envisioning the Multicultural Guidelines for the 21st Century*. <http://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf>

Aramburu Alegría, C. (2018). Soutenir les familles d'enfants/jeunes transgenres : les parents parlent de leurs expériences, de leur identité et de leurs points de vue. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 132-143. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1450798>

Groupe de travail des sociétés médicales scientifiques. (2018). *Ligne directrice S3 : Incongruence de genre, dysphorie de genre et trans-santé : diagnostic, conseil, traitement*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001>

Groupe de travail des sociétés médicales scientifiques. (2021). *S1- Ligne directrice Puberté tarda et Hypogonadisme*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/174-022>

Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence Studies in Transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807-815. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>

Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E., & Bouman, W. P. (2016). Facteurs de risque pour l'auto-injonction non suicidaire chez les jeunes trans. *The Journal Of Sexual Medicine*,

13(3), 402-412. cmedm. <https://doi.org/10/f854th>



- Arnoldussen, M., Hooijman, E. C., Kreukels, B. P., & De Vries, A. L. (2022). Association entre le QI pré-traitement et les résultats scolaires après un traitement d'affirmation de genre incluant la suppression de la puberté chez des adolescents transgenres. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(4), 1069-1076. <https://doi.org/10.1177/13591045221091652>
- Aronson, J. K. (2020). Defining Aspects of Mechanisms : Evidence-Based Mechanism (Evidence for a Mechanism), Mechanism-Based Evidence (Evidence from a Mechanism), and Mechanistic Reasoning. Dans A. LaCaze & B. Osimani (éd.), *Uncertainty in Pharmacology* (vol. 338, p. 3-38). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-29179-2\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-29179-2_1)
- Ashley, F. (2019a). Les changements dans les ratios sexuels attribués dans les cliniques d'identité de genre reflètent probablement des changements dans les Referral Patterns (modèles). *Le site Journal of Sexual Médecine de la santé*, 16(6), 948-949. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.407>
- Ashley, F. (2019b). Penser une éthique de l'exploration du genre : contre le report de la transition pour les jeunes transgenres et créatifs en matière de genre. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 223-236. <https://doi.org/10/ggpcjs>
- Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G. K., Beckmann, M. W., & Hildebrandt, T. (2018). Désir d'avoir des enfants parmi les personnes transgenres en Allemagne : une étude multi-centres cross-sectionnelle. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 757-767. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>
- Austin, A., Craig, S. L., & D'Souza, S. A. (2018). Une intervention cognitivo-comportementale AFFIRMative pour les jeunes transgenres : Efficacité préliminaire. *Professional Psychology : Research and Practice*, 49(1), 1-8. <https://doi.org/10/gcz5mr>
- AWMF. (pas encore publié). *Sk2-Leitlinie Geschlechtsanleichende chirurgische Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie*.
- AWMF, L. en ligne. (2018). *Incongruence de genre, dysphorie de genre et santé trans : diagnostic, consultation, traitement*. Numéro d'enregistrement 138-001. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001>
- Bakwin, H. (1968). COMPORTEMENT DÉVIANT GENDER-ROLE CHEZ LES ENFANTS : RELATION AVEC HOMOSEXUALITÉ. *Pediatrics*, 41(3), 620-629. <https://doi.org/10.1542/peds.41.3.620>
- Barbir, L. A., Vandevender, A. W., & Cohn, T. J. (2017). Amitié, attitudes et comportement. intentions des hétérosexuels cisgenres envers les individus transgenres. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 21(2), 154-170. [psych. https://doi.org/10/ggjmpv](https://doi.org/10/ggjmpv)
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported Emergency Department Avoidance, Use, and Experiences of Transgender Persons in Ontario, Canada : Results From a Respondent-Driven Sampling Survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6),

713-720.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027>

- Beagan, B. L., Fredericks, E., & Goldberg, L. (2012). Le travail des infirmières avec les patients LGBTQ : "ils sont comme tout le monde, alors quelle est la différence" ? *Journal of Nursing Research*, 44(3), 44- 63.
- 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). Santé mentale des jeunes transgenres et non-conformistes par rapport à leurs pairs. *Pediatrics*, 141(5). <https://doi.org/10/gdjg97>
- Bechard, M., VanderLaan, D. P., Wood, H., Wasserman, L., & Zucker, K. J. (2017). Vulnérabilité psychosociale et psychologique chez les adolescents souffrant de dysphorie de genre : A "Proof of Principle" Study. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 43(7), 678-688. cmedm. <https://doi.org/10/ggjmxj>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (2011). *Beck Depression Inventory-II* [dataset]. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T., & Richter-Appelt, H. (2018). A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2335-2347. APA PsycInfo. <https://doi.org/10/gfprz6>
- Becker, I., Gjergji-Lama, V., Romer, G., & Möller, B. (2014). Caractéristiques des enfants et adolescents souffrant de dysphorie de genre à la consultation spécialisée de Hambourg = Characteristics of children and adolescents with gender dysphoria referred to the Hamburg Gender Identity Clinic. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(6), 486-509. psych. <https://doi.org/10/ggjmsz>
- Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Champion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Barkmann, C. (2021). Santé psychosociale chez les adolescents et les jeunes adultes souffrant de dysphorie de genre avant et après les interventions médicales d'affirmation de genre : une étude descriptive du service d'identité de genre de Hambourg. *Psychiatrie européenne de l'enfant et de l'adolescent*, 30(11), 1755- 1767. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01640-2>
- Beigang, S., Fetz, K., Kalkum, D., & Otto, M. (2017). *Expériences de discrimination en Allemagne. Résultats d'une enquête représentative et d'une enquête auprès des personnes concernées. Éd. V. Antidiskriminierungsstelle des Bundes.*
- Bentz, E.-K., Hefler, L. A., Kaufmann, U., Huber, J. C., Kolbus, A., & Tempfer, C. B. (2008). Un polymorphisme du gène CYP17 lié au métabolisme des stéroïdes sexuels est associé au transsexualisme de femme à homme mais pas de homme à femme. *Fertility and Sterility*,

90(1), 56-59. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.05.056>

- Blanchard, R., Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Hume, C. S. (1995). Birth order and sibling sex ratio in homosexual male adolescents and probably prehomosexual feminine boys. *Developmental Psychology*, 31(1), 22-30. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.1.22>
- Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C., & Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents : A systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(8), 582-588. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00098-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00098-5)
- Blos, P. (2001). *Adolescence : Une interprétation psychanalytique* (G. Kallner, trad. ; 7e édition). Klett-Cotta.
- Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, PhD, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I., & Bossarte, R. M. (2013). Prévalence des troubles de l'identité de genre et risque de suicide chez les vétérans transgenres utilisant les soins de l'administration de la santé des vétérans. *American Journal of Public Health*, 103(10), e27-e32. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507>
- Bockting, W. O. (2016). Vulnérabilité et résilience chez les enfants et adolescents non conformistes en matière de genre : les professionnels de la santé mentale ont un rôle clé à jouer. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(6), 441-443. <https://doi.org/10.1093/aacap/55.6.441>
- Boguszewski, K. E., Woods, S., Ducar, D. M., & Taylor, J. F. (2022). Choix de fertilité des transgenres et de la diversité des genres : Soutenir le processus de prise de décision pour les adolescents et les jeunes adultes. *Le site Journal of Pédiatrie*, 240, 256-264.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.10.013>
- Boogers, L. S., Wiepjes, C. M., Klink, D. T., Hellinga, I., van Trotsenburg, A. S. P., den Heijer, M., & Hannema, S. E. (2022). Les filles transgenres grandissent en taille : la taille adulte n'est pas affectée par l'analogue de la GnRH et le traitement à l'estradiol. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(9), e3805-e3815. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac349>
- Bouman, M.-B., Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., & Meijerink, W. J. H. J. (2016). Vaginoplastie sigmoïdienne totale par voie laparoscopique. *Fertility and Sterility*, 106(7), e22-e23. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.08.049>
- Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety : A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 16-26. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352>
- Bowman, S. J., Casey, L. J., McAloon, J., & Wootton, B. M. (2022). Évaluation de la dysphorie de genre : A systematic review of patient-reported outcome measures. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9(4), 398-409. <https://doi.org/10.1037/sgd0000486>

- Boyd, I., Hackett, T., & Bewley, S. (2022). Soins aux patients transgenres : une approche d'amélioration de la qualité de la pratique générale. *Healthcare*, 10(1), 121. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010121>
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Expériences de discrimination transgenre et implications pour la santé : Résultats de l'étude Virginia Transgender Health Initiative. *Journal of Public Health*, 103(10), 1820-1829. <https://doi.org/10/f5r68g>
- Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (1990). Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(6), 477-486. <https://doi.org/10.1177/070674379003500603>
- Brik, T., Vrouenraets, L. J. J., de Vries, M. C., & Hannema, S. E. (2020). Trajectoires d'adolescents traités avec des analogues de l'hormone de libération de la gonadotrophine pour la dysphorie de genre. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2611-2618. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., de Vries, M., Witte, B. I., Bouman, M.-B., & Mullender, M. G. (2017). Vaginoplastie d'inversion pénienne avec ou sans greffe de peau supplémentaire de pleine épaisseur : à greffer ou pas à greffer ? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 649e-656e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003108>
- Ministère fédéral de la famille, des personnes âgées, des femmes et de la jeunesse. (2016). *Situation des personnes trans et intersexuées personnes handicapées dans le Focus sur les informations factuelles du BMFSFJ.* <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/situation-von-trans-und-intersexuellen-personnen-en-focus-sachstandsinformationen-des-bmfsfj-112094>
- Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Ciudad, P., Kim, E. A., Langstein, H. N., & Manrique, O. J. (2021). Regret après chirurgie d'affirmation du genre : une revue systématique et une méta-analyse de la prévalence. *Chirurgie plastique et reconstructive - Global Open*, 9(3), e3477. <https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000003477>
- Butler, C., & Hutchinson, A. (2020). Debate : The pressing need for research and services for gender desisters/detransitioners. *Santé mentale des enfants et des adolescents*, 25(1), 45-47. <https://doi.org/10.1111/camh.12361>
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., Tompkins, D. A., & Disorder, A. P. A. T. F. on T. of G. I. (2012). Rapport de l'American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 759-796. <https://doi.org/10/f35b42>
- Cass, H. (éd.). (2022). *Independent review of gender identity services for children and young people : Interim report.* The Cass Review. <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/>

- Cass, H. (2022). *Examen indépendant des services d'identité de genre pour les enfants et les jeunes : rapport intérimaire*. <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/>
- Catalpa, J. M., & McGuire, J. K. (2018). Ambiguity Family Boundary Among Transgender Youth. *Family Relations*, 67(1), 88-103. <https://doi.org/10.1111/fare.12304>
- Chan, K. J., Jolly, D., Liang, J. J., Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2018). Les niveaux d'œstrogènes n'augmentent pas avec le traitement à la testostérone pour les hommes transgenres. *Endocrine Practice*, 24(4), 329-333. <https://doi.org/10.4158/EP-2017-0203>
- Chen, D., Berona, J., Chan, Y.-M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M. A., Rosenthal, S. M., Tishelman, A. C., & Olson-Kennedy, J. (2023). Fonctionnement psychosocial chez les jeunes transgenres après 2 ans d'hormones. *New England Journal of Medicine*, 388(3), 240-250. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206297>
- Chen, D., Hidalgo, M. A., & Garofalo, R. (2017). Perceptions parentales des difficultés émotionnelles et comportementales chez les enfants prépubères non conformistes en matière de genre. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 5(4), 342-352. <https://doi.org/10/ggjmx8>
- Chen, M., Fuqua, J., & Eugster, E. A. (2016). Characteristics of Referrals for Gender Dysphoria Over a 13-Year Period. *The Journal Of Adolescent Health : Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 58(3), 369-371. [cmedm. https://doi.org/10/f8bkjn](https://doi.org/10/f8bkjn)
- Chodzen, G., Hidalgo, M. A., Chen, D., & Garofalo, R. (2018). Les facteurs de stress minoritaires associés à la dépression et à l'anxiété chez les jeunes transgenres et les jeunes non conformistes en matière de genre. *Journal of Adolescent Health*. <https://doi.org/10/ggjm8q>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014a). La santé et le bien-être des lycéens transgenres : Résultats de l'Enquête sur la santé des adolescents de Nouvelle-Zélande (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F. G., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M., & Rossen, F. V. (2014b). La santé et le bien-être des lycéens transgenres : Résultats de l'enquête sur la santé des adolescents de Nouvelle-Zélande (Youth'12). *The Journal Of Adolescent Health : Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 55(1), 93-99. [cmedm. https://doi.org/10/f58zbj](https://doi.org/10/f58zbj)
- Cohen-Kettenis, P. T. (1994). Le traitement des enfants et des adolescents souffrant de troubles de l'identité sexuelle à l'université d'Utrecht. *Revue de recherche sur la sexualité*, 7, 231-239.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). *Le trouble de l'identité de genre dans le DSM ?* [Psychological Disorders [3210]]. *Journal de l'Académie américaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*.

- Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Gooren, L. J. G. (2008). Le traitement des transsexuels adolescents : l'évolution des idées. *Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 1892-1897. psych. <https://doi.org/10/bctgds>
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2003). Caractéristiques démographiques, compétences sociales et problèmes de comportement chez les enfants présentant des troubles de l'identité de genre : une analyse comparative cross-national, cross-clinic. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41-53. cmedm. <https://doi.org/10/dj5r8m>
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Réassignation sexuelle des transsexuels adolescents : une étude de suivi. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263-271. <https://doi.org/10/dzmdj6>
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. M. (1998). Le retard pubertaire comme aide au diagnostic et au traitement d'un adolescent transsexuel. *Psychiatrie européenne de l'enfant et de l'adolescent*, 7(4), 246-254. <https://doi.org/10/fjrw49>
- Cohn, J. (2023). Le taux de détransition est inconnu. *Archives of Sexual Behavior*, 52(5), 1937-1952. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02623-5>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022a). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(Suppl 1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022b). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1- S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022c). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1- S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>



- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022d). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1- S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Collier, K. L., van Beusekom, G., Bos, H. M. W., & Sandfort, T. G. M. (2013). Sexual orientation and gender identity/expression related peer victimization in adolescence : A systematic review of associated psychosocial and health outcomes. [Review]. *Journal of Sex Research*, 50(3- 4), 299-317. <https://doi.org/10/gd8cc4>
- Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2016). Prevalence of Transgender Depends on the "Case" Definition : A Systematic Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 613-626. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>
- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., & Landers, S. J. (2012). La santé des transgenres dans le Massachusetts : Résultats d'un échantillon de probabilité de ménages d'adultes. *American Journal of Public Health*, 102(1), 118-122. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315>
- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Soutien psychologique, suppression de la puberté et fonctionnement psychosocial chez les adolescents souffrant de dysphorie de genre. *The Journal Of Sexual Medicine*, 12(11), 2206-2214. cmedm. <https://doi.org/10/f746nv>
- Conseil de l'Europe, & Commissaire aux droits de l'homme (éd.). (2011). *Discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre en Europe* (2e éd.). Council of Europe Publ.
- Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F., & Dalton, V. K. (2017). Transgender Demographics : A Household Probability Sample of US Adults, 2014. *American Journal of Public Health*, 107(2), 213-215. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571>
- Cruz, T. M. (2014a). Assessing access to care for transgender and gender non-conforming people : A consideration of diversity in combating discrimination. *Social Science & Medicine*, 110, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.032>
- Cruz, T. M. (2014b). Assessing access to care for transgender and gender non-conforming people : A consideration of diversity in combating discrimination. *Social Science & Medicine*, 110, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.032>
- Davenport, C. W. (1986). A follow-up study of 10 feminine boys. *Archives of Sexual Behavior*, 15(6), 511-517.
- Davidson, S., Morrison, A., Skagerberg, E., Russell, I., & Hames, A. (2019). Un groupe

thérapeutique pour les jeunes ayant des identifications de genre diverses. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, 24(2), 241-257. <https://doi.org/10.1177/135910451880016>

- de Blok, C. J. M., Klaver, M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G., & den Heijer, M. (2018). Développement mammaire chez les femmes trans après 1 an de traitement hormonal croisé : résultats d'une étude prospective multicentrique. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *103*(2), 532-538. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01927>
- De Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria : Data From the Gender Identity Development Service in London (2000-2017). *The Journal of Sexual Medicine*, *15*(10), 1381-1383. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002>
- de Graaf, N. M., Cohen-Kettenis, P. T., Carmichael, P., de Vries, A. L. C., Dhondt, K., Laridaen, J., Pauli, D., Ball, J., & Steensma, T. D. (2018). Fonctionnement psychologique chez les adolescents référés aux cliniques spécialisées dans l'identité de genre à travers l'Europe : une étude de comparaison clinique entre quatre cliniques. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(7), 909-919. cmedm. <https://doi.org/10/gds3r8>
- De Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex Ratio chez les enfants et adolescents référés au service de développement de l'identité de genre au Royaume-Uni (2009-2016). *Archives of Sexual Behavior*, *47*(5), 1301-1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>
- De Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G., & De Sutter, P. (2016). Options de fertilité chez les personnes transgenres. *International Review of Psychiatrie*, *28*(1), 112-119. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275>
- de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Delemarre-van de Waal, H. (2006). Gestion clinique de la dysphorie de genre chez les adolescents. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3-4), 83-94. [https://doi.org/10.1300/J485v09n03\\_04](https://doi.org/10.1300/J485v09n03_04)
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Résultats psychologiques de jeunes adultes après suppression de la puberté et réassignation de genre. *Pediatrics*, *134*(4), 696-704. psych. <https://doi.org/10/gddthh>
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A., & Doreleijers, T. A. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, *40*(8), 930-936. cmedm. <https://doi.org/10/b9kh4k>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2016). Les mauvaises relations avec les pairs prédisent les problèmes comportementaux et émotionnels des adolescents souffrant de dysphorie de genre, qu'ils soient rapportés par les parents ou par eux-mêmes : A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European*

*Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 579-588. cmedm. <https://doi.org/10/gf73x7>

- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011a).  
Suppression de la puberté chez les adolescents souffrant de troubles de l'identité sexuelle :  
une étude prospective de suivi. *The Journal Of Sexual Medicine*, 8(8), 2276-2283.  
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011b).  
Suppression de la puberté chez les adolescents présentant un trouble de l'identité sexuelle :  
une étude prospective de suivi. *Journal of Sexual Medicine*. <https://doi.org/10/c3z3ff>
- Définition Qu'est-ce que la discrimination ?* (2022, novembre 1). Amnesty International.  
<https://www.amnesty.ch/de/themen/diskriminierung/zahlen-fakten-und-hintergruende/was-ist-discrimination>
- Dettenborn, H. (2017). *Bien de l'enfant et volonté de l'enfant : aspects psychologiques et juridiques* (5e édition actualisée). Ernst Reinhardt Verlag.
- Conseil allemand d'éthique. (2020a). *La trans-identité chez les enfants et les adolescents : Controverses thérapeutiques. - éthique Orientations de la recherche : Recommandation ad hoc.*  
<https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-recommandation-trans-identitaet.pdf>
- Conseil allemand d'éthique. (2020b). *La trans-identité chez les enfants et les adolescents : Controverses thérapeutiques-orientations éthiques. Recommandation ad hoc.* Berlin : Deutscher Ethikrat. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-trans-identitaet.pdf>.
- Di Ceglie, D., Freedman, D., McPherson, S., & Richardson, P. (2002). Enfants et adolescents adressés à un service spécialisé dans le développement de l'identité de genre : caractéristiques cliniques et démographiques. *International Journal of Transgenderism*, 6(1). psych.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2002-14060-001&lang=fr&site=ehost-live>
- Di Ceglie, D., & Thümmel, E. C. (2006). Une expérience de travail en groupe avec des parents d'enfants et d'adolescents souffrant de troubles de l'identité sexuelle. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 387-396. <https://doi.org/10.1177/1359104506064983>
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-5* (5th ed). (2013). Association américaine de psychiatrie.
- Diamond, L. M., & Butterworth, M. (2008). Questionnement sur le genre et l'identité sexuelle : liens dynamiques dans le temps. *Sex Roles*, 59(5-6), 365-376.  
<https://doi.org/10.1007/s11199-008-9425-3>
- Diamond, M. (2013). *Transsexuality Among Twins : Identity Concordance, Transition, Rearing,*

and Orientation. *International Journal of Transgenderism*, 14(1), 24-38.  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2013.750222>

- Dierckx, M., Motmans, J., Mortelmans, D., & T'sjoen, G. (2016). Familles en transition : une revue de la littérature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 36-43. psych. <https://doi.org/10/ggjmjx>
- Dietrich, H. (2021). *Dysphorie de genre et transidentité. L'accompagnement thérapeutique des jeunes trans\**. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre en Europe*. (2011). Council of Europe Publishing.
- Dörries, A. (2003). Le best-interest standard en pédiatrie - conception théorique et application clinique. Dans C. Wiesemann, A. Dörries, G. Wolfslast, & A. Simon (éd.), *Das Kind Als Patient*. Campus.
- Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E., & Laffan, A. M. (2017). Bénéficiaires transgenres de Medicare et conditions chroniques : Exploration des données de réclamations à l'acte. *LGBT Health*, 4(6), 404-411. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208>
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34-45. cmedm. <https://doi.org/10/bgfvn6>
- Durwood, L., McLaughlin, K. A., & Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116-123. psych. <https://doi.org/10/f9p76p>
- Duttge, G. (2013). Autonomie du patient et capacité à consentir. Dans C. Wiesemann & A. Simon (éd.), *Autonomie des patients* (S. 77-90). Brill | mentis. [https://doi.org/10.30965/9783897859661\\_007](https://doi.org/10.30965/9783897859661_007)
- Edenfield, A. C., Colton, J. S., & Holmes, S. (2019). Toujours déjà géopolitique : Trans Health Care et communication technique tactique globale. *Journal of Technical Writing and Communication*, 49(4), 433-457. <https://doi.org/10.1177/0047281619871211>
- Ehrensaft, D. (2016). *The Gender Creative Child : Pathways for Nurturing and Supporting Children Who Live Outside Gender Boxes*. L'expérience.
- Ehrensaft, D. (2017). Genre des jeunes non-conformistes : perspectives actuelles. *Adolescent Health, Medicine And Therapeutics*, 8, 57-67. <https://doi.org/10/gf8p79>
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017a). Facteurs de risque et de protection dans la vie des adolescents transgenres/genres non-conformistes. *Journal of Adolescents Santé des adolescents*, 61(4), 521-526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014>
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017b). Risk and Protective Factors in the Lives of Transgender/Gender Nonconforming Adolescents. *The Journal Of Adolescent Health : Official Publication Of The Society For*

*Adolescent Medicine*, 61(4), 521-526. cmedm. <https://doi.org/10/gcmk8z>



- Entwistle, K. (2021). Debate : Reality check - Detransitioners' testimonies require us to rethink gender dysphoria. *Santé mentale des enfants et des adolescents*, 26(1), 15-16. <https://doi.org/10.1111/camh.12380>
- Ettner, R. (2020). Étiologie de la dysphorie de genre. Dans L. S. Schechter (éd.), *Gender Confirmation Surgery* (p. 21-28). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-29093-1\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-29093-1_2)
- Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. (2014). *Être trans dans l'Union européenne : analyse comparative des données d'enquêtes LGBT de l'UE*. Bureau des publications. <https://data.europa.eu/doi/10.2811/92683>
- Ewald, E. R., Guerino, P., Dragon, C., Laffan, A. M., Goldstein, Z., & Streed, C. (2019). Identifier les bénéficiaires de Medicare ayant accès aux soins liés au transgenre à l'ère de la CIM-10. *LGBT Health*, 6(4), 166-173. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0175>
- Expósito-Campos, P. (2021). Une typologie de la transition de genre et ses implications pour les prestataires de soins de santé. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126>
- Fernández, R., Esteva, I., Gómez-Gil, E., Rumbo, T., Almaraz, M. C., Roda, E., Haro-Mora, J., Guillamón, A., & Pávaro, E. (2014). Le polymorphisme (CA)<sub>n</sub> du gène ER $\beta$  est associé au transsexualisme FtM. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(3), 720-728. <https://doi.org/10.1111/jsm.12398>
- Fernández, R., Esteva, I., Gómez-Gil, E., Rumbo, T., Almaraz, M. C., Roda, E., Haro-Mora, J.-J., Guillamón, A., & Pávaro, E. (2014). Étude d'association des gènes ER $\beta$ , AR, et CYP19A1 et du transsexualisme MtF. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2986-2994. <https://doi.org/10.1111/jsm.12673>
- Fernández, R., Guillamón, A., Cortés-Cortés, J., Gómez-Gil, E., Jácome, A., Esteva, I., Almaraz, M., Mora, M., Aranda, G., & Pávaro, E. (2018). Base moléculaire de la dysphorie de genre : Interaction des récepteurs d'androgènes et d'estrogènes. *Psychoneuroendocrinology*, 98, 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.07.032>
- Fisher, A. D., Ristori, J., Castellini, G., Sensi, C., Cassioli, E., Prunas, A., Mosconi, M., Vitelli, R., Dèttore, D., Ricca, V., & Maggi, M. (2017). Caractéristiques psychologiques des adolescents italiens dysphoriques de genre : une étude cas-témoins. *Journal Of Endocrinological Investigation*, 40(9), 953-965. <https://doi.org/10.1007/s12020-017-0120-0>
- Flint, C., Förster, K., Koser, S. A., Konrad, C., Zwitserlood, P., Berger, K., Hermesdorf, M., Kircher, T., Nenadic, I., Krug, A., Baune, B. T., Dohm, K., Redlich, R., Opel, N., Arolt, V., Hahn, T., Jiang, X., Dannlowski, U., & Grotegerd, D. (2020). Biological sex classification with structural MRI data shows increased misclassification in transgender women. *Neuropsychopharmacologie*, 45(10), 1758-1765. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0666-3>

- Fuchs, W., Ghattas, D. C., Reinert, D., & Widman, C. (2012). *Étude sur les conditions de vie des transsexuels en NRW*.  
[https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie\\_NRW.pdf](https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf)
- Garcia-Falgueras, A., & Swaab, D. F. (2008). Une différence sexuelle dans le noyau uncinate hypothalamique : relation avec l'identité de genre. *Brain*, 131(12), 3132-3146.  
<https://doi.org/10.1093/brain/awn276>
- Gartner, R. E., & Sterzing, P. R. (2018). Social ecological correlates of family-level interpersonal and environmental microaggressions towards sexual and gender minority adolescents. *Journal of Family Violence*, 33(1), 1-16. psych. <https://doi.org/10/ggjmsk>
- Genske, A. (2020). *Santé et autodétermination : conditions et conséquences de l'(in)capacité de consentement des patients* (vol. 23). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61140-1>
- Loi sur la protection contre les traitements de conversion.
- Gieles, N. C., van de Griff, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M., & Kreukels, B. P. C. (2023). Pleasure please ! Le plaisir sexuel et les facteurs qui l'influencent chez les personnes transgenres : Une étude de suivi ENIGI. *International Journal of Transgender Health*, 24(2), 212-224.  
<https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2028693>
- Giordano, S., Garland, F., & Holm, S. (2021). La dysphorie de genre chez les adolescents : les adolescents ou les parents peuvent-ils donner un consentement valable aux bloqueurs de puberté ? *Journal of Medical Ethics*, medethics-2020-106999.  
<https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106999>
- Gómez-Gil, E., Esteva, I., Almaraz, M. C., Pasaro, E., Segovia, S., & Guillamon, A. (2010). Familialité du trouble de l'identité de genre chez les non-jumeaux. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 546-552. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9524-4>
- Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J., & Coleman, E. (2019). Taille et répartition des populations transgenres et non conformes aux normes de genre. *Endocrinologie et Métabolisme. Cliniques de Nord Amérique du Nord*, 48(2), 303-321. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001>
- Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A. A., Giltay, E. J., & van Diest, P. J. (2013). Développement du cancer du sein chez les sujets transsexuels recevant un traitement hormonal croisé. *Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3129-3134. <https://doi.org/10/ggj285>
- Gower, A. L., Rider, G. N., Coleman, E., Brown, C., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Perception de la présentation des sexes chez les jeunes transgenres et les jeunes issus de la diversité des sexes : approches pour l'analyse et associations avec la victimisation de l'intimidation et la détresse émotionnelle. *LGBT Health*, 5(5), 312-319.

<https://doi.org/10/gdv73h>

- Gray, S. A. O., Sweeney, K. K., Randazzo, R., & Levitt, H. M. (2016). "Am I Doing the Right Thing ?" (Suis-je en train de faire le bon choix ?): Pathways to Parenting a Gender Variant Child. *Family Process*, 55(1), 123-138. <https://doi.org/10.1111/famp.12128>
- Green, R. (1979). Childhood cross-gender behavior and subsequent sexual preference. *Journal of Psychiatry*, 136(1), 106-108.
- Green, R. (1987). *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. Yale University Press.
- Green, R. (2000). Family cooccurrence of "gender dysphoria" : Ten sibling or parent-child pairs. *Archives of Sexual Behavior*, 29(5), 499-507. <https://doi.org/10.1023/A:1001947920872>
- Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R., McCarty, C., Ahrens, K., & Breland, D. J. (2016). Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 254-261. [psych. https://doi.org/10/ggjk86](https://doi.org/10/ggjk86)
- Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527-537. [cmedm. https://doi.org/10/cf8mv6](https://doi.org/10/cf8mv6)
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J., & Hubbard, S. (2005). Réactions des parents à l'expression et à l'identité de genre non conformes des jeunes transgenres. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3-16. [https://doi.org/10.1300/J041v18n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J041v18n01_02)
- Grossman, A. H., Park, J. Y., & Russell, S. T. (2016). Les jeunes transgenres et les comportements suicidaires : Appliquer la théorie psychologique interpersonnelle du suicide. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 20(4), 329-349. <https://doi.org/10/gdgc9z>
- Güldenring, A. (2015). A critical view of transgender health care in Germany : Psychopathologizing gender identity - Symptom of 'disordered' psychiatric/psychological diagnosis ? *International Review of Psychiatry*, 27(5), 427-434. <https://doi.org/10/gf97xz>
- Günther, M., Teren, K., & Wolf, G. (2021). *Travail psychothérapeutique avec des personnes trans\**. *Manuel pour les soins de santé*. (2e édition). Éditions Ernst Reinhardt.
- Günther, M., Teren, K., Wolf, G., & Langs, G. (2021). *Travail psychothérapeutique avec les personnes trans\* : Manuel pour les soins de santé* (2e édition actualisée). Ernst Reinhardt Verlag.
- Guss, C. E., Williams, D. N., Reisner, S. L., Austin, S. B., & Katz-Wise, S. L. (2017). Comportements de gestion du poids perturbés, utilisation de stéroïdes non prescrits et perception du poids chez les jeunes transgenres. *Journal of Adolescent Health*, 60(1), 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.027>

- Gutmann, T. (2023). *Expertise juridique sur les exigences d'un consentement juridiquement valable à un traitement somatomédical de suppression de la puberté ou d'adaptation au sexe de mineurs souffrant de dysphorie de genre. (non publié).* rédigé pour l'hôpital universitaire de Münster.
- Hädicke, M., Föcker, M., Romer, G., & Wiesemann, C. (2023). Conflits des professionnels de la santé lors du traitement des jeunes transgenres : est-il nécessaire de donner la priorité à la protection plutôt qu'au respect ? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 32(2), 193-201. <https://doi.org/10.1017/S0963180122000251>
- Hädicke, M., & Wiesemann, C. (2021). Que peut apporter le concept de discrimination à l'éthique médicale ? - Une analyse de la question. *Éthique en médecine*, 33(3), 369-386. <https://doi.org/10.1007/s00481-021-00631-4>
- Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (2021). Accès aux soins et fréquence de la déviance parmi une cohorte de personnes admises dans une clinique nationale britannique pour l'identité de genre des adultes : examen rétrospectif de cas-notes. *BJPsych Open*, 7(6), e184. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>
- Hare, L., Bernard, P., Sánchez, F. J., Baird, P. N., Vilain, E., Kennedy, T., & Harley, V. R. (2009). Polymorphisme de la longueur des répétitions du récepteur des androgènes associé au transsexualisme masculin-féminin. *Biological Psychiatry, Allemagne*, 65(1), 93-96. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.08.033>
- Harney, A., Huster, S., & Kohlenbach, F. (2023). Traitements hormonaux chez les adolescentes incongrues ou dysphoriques de genre à la charge de la GKV. *Droit médical*, 41(2), 127-139. <https://doi.org/10.1007/s00350-023-6418-8>
- Hembree, 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., & T'Sjoen, G. G. (2017a). Traitement endocrinien des personnes dysphoriques/incongrues en matière de genre : An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal Of Clinical Endocrinology And Metabolism*, 102(11), 3869-3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Hembree, 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., & T'Sjoen, G. G. (2017b). Traitement endocrinien des personnes dysphoriques/incongrues en matière de genre : An Endocrine Society\* Clinical Practice Guideline. *The Journal Of Clinical Endocrinology And Metabolism*. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Hembree, 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., & T'Sjoen, G. G. (2017c). Traitement endocrinien des personnes dysphoriques/incongrues en matière de genre : An Endocrine

Society\* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869-3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>

- Henningsson, S., Westberg, L., Nilsson, S., Lundström, B., Ekselius, L., Bodlund, O., Lindström, E., Hellstrand, M., Rosmond, R., Eriksson, E., & Landén, M. (2005). Gènes liés aux stéroïdes sexuels et transsexualisme masculin-féminin. *Psychoneuroendocrinology*, 30(7), 657-664. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.02.006>
- Herman, J. (2016). *LGB within the T : Sexual Orientation in the National Transgender Discrimination Survey and Implications for Public Policy*. <https://escholarship.org/uc/item/4n7727j7>
- Herrmann, L., Bindt, C., Fahrenkrug, S., Schweitzer, J., Schulte-Markwort, M., Barkmann, C., & Becker-Hebly, I. (2021). Troubles du spectre autistique dans une consultation spécialisée pour dysphorie de genre : quelle est la fréquence d'un double diagnostic et que signifie la prévalence commune pour un traitement ? *Revue de psychiatrie et de psychothérapie pour enfants et adolescents*, 49(4), 259-271. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000805>
- Herrmann, L., Bindt, C., Schweizer, K., Micheel, J., Nieder, T. O., Haaß, J., Schöttle, D., & Becker-Hebly, I. (2020). Troubles du spectre autistique et dysphorie de genre chez les enfants et les adolescents : revue systématique de la prévalence commune. *Psychiatrische Praxis*, 47(6), 300-307. <https://doi.org/10.1055/a-1148-4873>
- Hewitt, J. K., Paul, C., Kasiannan, P., Grover, S. R., Newman, L. K., & Warne, G. L. (2012). Traitement hormonal du trouble de l'identité sexuelle dans une cohorte d'enfants et d'adolescents. *Journal of Australia*, 196(9), 578-581. <https://doi.org/10/f32d58>
- Heylens, G., De Cuyper, G., Zucker, K. J., Schelfaut, C., Elaut, E., Vanden Bossche, H., De Baere, E., & T'Sjoen, G. (2012). Le trouble de l'identité de genre chez les jumeaux : une revue de la littérature des rapports de cas. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 751-757. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02567.x>
- Holt, V., Skagerberg, E., & Dunsford, M. (2016). Jeunes présentant des caractéristiques de dysphorie de genre : Démographie et difficultés associées. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, 21(1), 108-118. [cmedm. https://doi.org/10/f75xck](https://doi.org/10/f75xck)
- Howick, J., Glasziou, P., & Aronson, J. K. (2009). The evolution of evidence hierarchies : What can Bradford Hill's 'guidelines for causation' contribute ? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102(5), 186-194. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2009.090020>
- Jarin, J., Pine-Twaddell, E., Trotman, G., Stevens, J., Conard, L. A., Tefera, E., & Gomez-Lobo, V. (2017). Hormones sexuelles croisées et paramètres métaboliques chez les adolescents souffrant de dysphorie de genre. *Pediatrics*, 139(5), e20163173. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3173>

- Jasuja, G. K., De Groot, A., Quinn, E. K., Ameli, O., Hughto, J. M. W., Dunbar, M., Deutsch, M., Streed, C. G., Paasche-Orlow, M. K., Wolfe, H. L., & Rose, A. J. (2020). Au-delà des codes de diagnostic des troubles de l'identité de genre : An Examination of Additional Methods to Identify Transgender Individuals in Administrative Databases. *Medical Care*, 58(10), 903-911. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001362>
- Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E., & Barrios, L. C. (2018). Facteurs de protection chez les jeunes transgenres et les jeunes qui changent de sexe : une revue systématique au niveau socio-écologique. *The Journal of Primary Prevention*. psych. <https://doi.org/10/gdphq>
- Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Identité transgenre et expériences de violence Victimization, consommation de substances, risque de suicide et comportements sexuels à risque parmi les lycéens-19 États et grands districts scolaires urbains, 2017. *MMWR. Rapport hebdomadaire sur la morbidité et la mortalité*, 68(3), 67-71. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3>
- Joseph, T., Ting, J., & Butler, G. (2019a). L'effet du traitement par analogue de la GnRH sur la densité minérale osseuse chez de jeunes adolescents souffrant de dysphorie de genre : Findings from a large national cohort. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 32(10), 1077-1081. <https://doi.org/10.1515/jpem-2019-0046>
- Joseph, T., Ting, J., & Butler, G. (2019b). L'effet du traitement par analogue de la GnRH sur la densité minérale osseuse chez de jeunes adolescents souffrant de dysphorie de genre : Findings from a large national cohort. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism : JPEM*, 32(10), 1077-1081. <https://doi.org/10.1515/jpem-2019-0046>
- Kaltiala, R., Heino, E., Työläjäarvi, M., & Suomalainen, L. (2020a). Développement de l'adolescent et fonctionnement psychosocial après le début des hormones sexuelles croisées pour la dysphorie de genre. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 213-219. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260>
- Kaltiala, R., Heino, E., Työläjäarvi, M., & Suomalainen, L. (2020b). Développement de l'adolescent et fonctionnement psychosocial après le début des hormones sexuelles croisées pour la dysphorie de genre. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 213-219. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260>
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläjäarvi, M., & Frisen, L. (2018). La dysphorie de genre à l'adolescence : perspectives actuelles. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, Volume 9*, 31-41. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjäarvi, M., & Lindberg, N. (2015). Deux ans de service d'identité de genre pour les mineurs : Surreprésentation des filles natales ayant de graves problèmes



de développement à l'adolescence. *Psychiatrie et santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*, 9. psych. <https://doi.org/10/f8bs95>

- Kattari, S. K., Bakko, M., Hecht, H. K., & Kinney, M. K. (2020). Intersecting Experiences of Healthcare Denials Among Transgender and Nonbinary Patients. *American Journal of Preventive Medicine*, 58(4), 506-513. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.11.014>
- Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A., & Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), 243-263. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304312>
- Katz-Wise, S. L., Ehrensaft, D., Vettters, R., Forcier, M., & Austin, S. B. (2018a). Fonctionnement familial et santé mentale des jeunes transgenres et des jeunes non conformistes dans le cadre du projet "Adolescents trans et récits de famille". *Journal of Sex Research*, 55(4-5), 582-590. <https://doi.org/10/ggjmz2>
- Katz-Wise, S. L., Ehrensaft, D., Vettters, R., Forcier, M., & Austin, S. B. (2018b). Fonctionnement familial et santé mentale des jeunes transgenres et des jeunes non conformistes en matière de genre chez les adolescents trans et les familles. Narratives  
Projet de recherche. *Le site Journal de Sex Recherche sur le sexe*, 55(4-5), 582-590. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1415291>
- Katz-Wise, S. L., Reisner, S. L., Hughto, J. W., & Keo-Meier, C. L. (2016). Differences in sexual orientation diversity and sexual fluidity in attractions among gender minority adults in Massachusetts. *Journal of Sex Research*, 53(1), 74-84. <https://doi.org/10/ggjmjz>
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C., Lindsay, J., Blosnich, J. R., Brown, G. R., & Jones, K. T. (2014). Accès aux soins pour les vétérans transgenres dans l'administration de la santé des vétérans : 2006-2013. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S532-S534. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302086>
- Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people : A call to create trans-affirmative environments. *SSM - Population Santé*, 11, 100608. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>
- Kelley, L., Chou, C. L., Dibble, S. L., & Robertson, P. A. (2008). A Critical Intervention in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health : Knowledge and Attitude Outcomes Among Second-Year Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine*, 20(3), 248-253. <https://doi.org/10.1080/10401330802199567>
- Khan, J., Schmidt, R. L., Spittal, M. J., Goldstein, Z., Smock, K. J., & Greene, D. N. (2019). Risque thrombotique veineux chez les femmes transgenres suivant un traitement œstrogénique : A Systematic Review and A... méta-analyse. *Clinical Chemistry*, 65(1), 57-66.

<https://doi.org/10.1373/clinchem.2018.288316>

- Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014a). Prise en charge clinique des jeunes souffrant de dysphorie de genre à Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, 164(4), 906-911. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068>
- Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014b). Gestion clinique des jeunes souffrant de dysphorie de genre à Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, 164(4), 906-911. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068>
- Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014c). Prise en charge clinique des jeunes souffrant de dysphorie de genre à Vancouver. *The Journal Of Pediatrics*, 164(4), 906-911. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068>
- Kimland, E., & Odlind, V. (2012). Utilisation de médicaments hors étiquette chez les patients pédiatriques. *Pharmacologie clinique & Therapeutics*, 91(5), 796-801. <https://doi.org/10.1038/clpt.2012.26>
- Kitts, R. L. (2010). Barriers to optimal care between physicians and lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning adolescent patients. *Journal of Homosexuality*, 57(6), 730-747. <https://doi.org/10.1080/00918373.2010.500000>
- Klaver, M., de Mutsert, R., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., Rotteveel, J., & Klink, D. T. (2018). Le traitement hormonal précoce affecte la composition corporelle et la forme du corps chez les jeunes adolescents transgenres. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(2), 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.12.009>
- Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015a). Masse osseuse chez les jeunes adultes après un traitement analogue à l'hormone de libération de la gonadotrophine et un traitement hormonal croisé chez des adolescents souffrant de dysphorie de genre. *Journal of Clinical Endocrinology*, 100(2). <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>
- Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M., & Rotteveel, J. (2015b). Masse osseuse chez les jeunes adultes après un traitement analogue à l'hormone de libération de la gonadotrophine et un traitement hormonal croisé chez des adolescents souffrant de dysphorie de genre. *The Journal Of Clinical Endocrinology And Metabolism*, 100(2), E270-E275. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>
- Kolbuck, V. D., Muldoon, A. L., Rychlik, K., Hidalgo, M. A., & Chen, D. (2019a). Fonctionnement psychologique, stress parental et soutien parental chez des enfants prépubères expansifs de genre référencés en clinique. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 254-266. <https://doi.org/10.1007/s11287-019-0933-3>
- Kolbuck, V. D., Muldoon, A. L., Rychlik, K., Hidalgo, M. A., & Chen, D. (2019b). Fonctionnement psychologique, stress parental et soutien parental chez des enfants prépubères expansifs de genre référencés en clinique. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 254-266. <https://doi.org/10.1007/s11287-019-0933-3>

Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2019). Étiologie de l'identité de genre. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 48(2), 323-329.  
<https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.002>

- Korte, A., Beier, K. M., & Bosinski, H. A. G. (2016). Traitement des troubles de l'identité sexuelle (dysphorie de genre) chez l'enfant et l'adolescent : accompagnement psychothérapeutique ouvert ou détermination et orientation précoces par la mise en place d'un traitement hormonal ? *Sexuologie : Revue de médecine sexuelle, de thérapie sexuelle et de sexologie*, 23(3-4), 117-132.
- Kosky, R. J. (1987). Enfants présentant des troubles du genre : le traitement en milieu hospitalier peut-il aider ? *Medical Journal of Australia*, 146(11), 565-569. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1987.tb120415.x>
- Kruijver, F. P., Zhou, J. N., Pool, C. W., Hofman, M. A., Gooren, L. J., & Swaab, D. F. (2000). Les transsexuels masculins-féminins ont des nombres de neurones féminins dans un noyau limbique. *Journal of Clinical Endocrinology*, 85(5), 2034-2041.
- Kuper, L. E., Adams, N., & Mustanski, B. S. (2018). Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender non-conforming youth and young adults. *LGBT Health*, 5(7), 391-400. <https://doi.org/10/gfg294>
- Kuper, L. E., Lindley, L., & Lopez, X. (2019). Explorer les histoires de développement du genre des enfants et des adolescents se présentant pour des soins médicaux d'affirmation de genre. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 217-228. APA PsycInfo. <https://doi.org/10/ggj3f8>
- Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020a). Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics*, 145(4). <https://doi.org/10/ggs6x3>
- Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020b). Dissatisfaction corporelle et résultats sur la santé mentale des jeunes sous thérapie hormonale de confirmation de genre. *Pediatrics*, 145(4), e20193006. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3006>
- Kuvalanka, K. A., Weiner, J. L., & Mahan, D. (2014a). Child, Family, and Community Transformations : Findings from Interviews with Mothers of Transgender Girls. *Journal of GLBT Family Studies*, 10(4), 354-379. <https://doi.org/10.1080/1550428X.2013.834529>
- Kuvalanka, K. A., Weiner, J. L., & Mahan, D. (2014b). Child, family, and community transformations : Findings from interviews with mothers of transgender girls. *Journal of GLBT Family Studies*, 10(4), 354-379. psych. <https://doi.org/10/ggjmg6>
- Kuvalanka, K. A., Weiner, J. L., Munroe, C., Goldberg, A. E., & Gardner, M. (2017). Trans and Gender-Nonconforming Children and Their Caregivers : Gender Presentations, Peer Relations, and Well-Being at Baseline. *Journal Of Family Psychology : JFP : Journal Of The Division Of Family Psychology Of The American Psychological Association (Division 43)*. cmedm. <https://doi.org/10/ggjmd4>
- Kuyper, L., & Wijsen, C. (2014). Identités de genre et dysphorie de genre aux Pays-Bas.



- Lahlou, N., Carel, J. C., Chaussain, J. L., & Roger, M. (2000). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of GnRH agonists : Clinical implications in pediatrics. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism : JPEM*, 13(Suppl. 1), 723-737. <https://doi.org/10.1515/jpem.2000.13.s1.723>
- Lai, T. C., McDougall, R., Feldman, D., Elder, C. V., & Pang, K. C. (2020). Fertility Counseling for Transgender Adolescents : A Review. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 658-665. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.01.007>
- Laufs, A., Katzenmeier, C., & Lipp, V. (éd.). (2015). *Droit médical (7e éd. entièrement refondue)*. Beck.
- Lebovitz, P. S. (1972). Comportement féminin chez les garçons : aspects de ses résultats. *American Journal of Psychiatry*, 128(10), 1283-1289. <https://doi.org/10.1176/ajp.128.10.1283>
- Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y.-M., Glidden, D. V., & Rosenthal, S. M. (2020). Low Bone Mineral Density in Early Pubertal Transgender/Gender Diverse Youth : Findings From the Trans Youth Care Study. *Journal of the Endocrine Society*, 4(9), bvaa065. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065>
- Leibowitz, S. F., & Telingator, C. (2012). Assessing gender identity concerns in children and adolescents : Evaluation, treatments, and outcomes. *Current Psychiatry Reports*, 14(2), 111-120. <https://doi.org/10/ggjk8n>
- Levitan, N., Barkmann, C., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Becker-Hebly, I. (2019a). Facteurs de risque pour le fonctionnement psychologique chez les adolescents allemands souffrant de dysphorie de genre : relations avec les pairs pauvres et fonctionnement familial général. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(11), 1487-1498. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01308-6>
- Levitan, N., Barkmann, C., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Becker-Hebly, I. (2019b). Facteurs de risque pour le fonctionnement psychologique chez les adolescents allemands souffrant de dysphorie de genre : relations avec les pairs pauvres et fonctionnement familial général. *European child & adolescent psychiatry*, 28(11), 1487-1498. MEDLINE. <https://doi.org/10/ggsjw5>
- Levitan, N., Barkmann, C., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., & Becker-Hebly, I. (2019c). Facteurs de risque pour le fonctionnement psychologique chez les adolescents allemands souffrant de dysphorie de genre : relations avec les pairs pauvres et fonctionnement familial général. *European child & adolescent psychiatry*, 28(11), 1487-1498. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01308-6>
- Lippert, L. (2016). *Problèmes liés à la capacité des mineurs à consentir à un traitement médical*. Éditions Tectum.
- Littman, L. (2021). Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical



Transition Who Subsequently Detransitioned : A Survey of 100 Detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353-3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>

- López De Lara, D., Pérez Rodríguez, O., Cuellar Flores, I., Pedreira Masa, J. L., Campos-Muñoz, L., Cuesta Hernández, M., & Ramos Amador, J. T. (2020). Évaluation psychosociale chez les adolescents transgenres. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 93(1), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.01.004>
- MacMullin, L. N., Aitken, M., Nabbijohn, A. N., & VanderLaan, D. P. (2020). Self-harm and suicidality in gender-nonconforming children : A Canadian community-based parent-report s t u d y . *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(1), 76-90. <https://doi.org/10/ggjsgt>
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A., & Zepf, F. D. (2019). Gender- affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(6), 484-498. <https://doi.org/10/ggtvm7>
- Marinkovic, M., & Newfield, R. S. (2017). Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth : Experience from one pediatric center. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 376-381. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1349706>
- Martin, C. L., Ruble, D. N., & Szkrybalo, J. (2002). Cognitive theories of early gender development. *Psychological Bulletin*, 128(6), 903-933. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.6.903>
- May, T., Pang, K., & Williams, K. J. (2017). Variation du genre chez les enfants et les adolescents atteints de troubles du spectre autistique à partir de la base de données nationale pour la recherche sur l'autisme. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 7-15. <https://doi.org/10/ggjmxz>
- McConnell, E. A., Birkett, M., & Mustanski, B. (2016). Families Matter : Social Support and Mental Health Trajectories Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(6), 674-680. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.07.026>
- McGravey, K. A. (2015). *Mesurer l'efficacité d'un atelier de développement professionnel sur la sensibilisation, les connaissances et les compétences des professionnels de la santé mentale travaillant avec des jeunes lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et en questionnement (lgbtq)* (2015-99071-117). ProQuest Information & Learning.
- McGuire, J. K., Doty, J. L., Catalpa, J. M., & Ola, C. (2016). L'image corporelle chez les jeunes transgenres : conclusions d'une étude qualitative basée sur la communauté. *Body Image*, 18, 96-107. <https://doi.org/10/f8455d>
- Service médical de l'Association fédérale des caisses d'assurance maladie (éd.). (2020). *Guide d'expertise Directive du GKV-Spitzenverband selon §282 SGB V Mesures de réassignation sexuelle en cas de transsexualisme (CIM-10, F64.0)*. [https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen\\_GKV/BGA\\_Transsexualismus\\_201113.pdf](https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf)
- Mehring, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A., & Dowshen, N. L.

(2021). Expérience de la dysphorie thoracique et de la chirurgie thoracique masculinisante chez les jeunes transmasculins. *Pediatrics*, 147(3), e2020013300. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-013300>

- Meier, S. C., & Labuski, C. M. (2013). La démographie de la population transgenre. In A. K. Baumle (éd.), *International Handbook on the Demography of Sexuality* (vol. 5, pp. 289-327). Springer Netherlands. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-5512-3\\_16](https://doi.org/10.1007/978-94-007-5512-3_16)
- Meng, M., Zhou, Q., Lei, W., Tian, M., Wang, P., Liu, Y., Sun, Y., Chen, Y., & Li, Q. (2022). Recommandations sur l'utilisation de médicaments hors étiquette dans les directives pédiatriques. *Frontiers in Pharmacology*, 13. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2022.892574>
- Mengel, R., Wedemeyer, F., & Wiesemann, C. (2019). Participation des enfants et des adolescents à l'hôpital. *petite enfance*, 22, 20-28.
- Menvielle, E. (2012). Un programme complet pour les enfants présentant des comportements de variation de genre et des troubles de l'identité de genre. *Journal Of Homosexuality*, 59(3), 357-368. <https://doi.org/10/ggjk7t>
- Menvielle, E., & Gomez-Lobo, V. (2011). Prise en charge des enfants et des adolescents présentant des troubles du genre. la dysphorie. *Journal of Pediatric*, 24(4), 183-188. <https://doi.org/10/cvw6dd>
- Meyenburg, B. (n.d.). *La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent*. Kohlhammer.
- Meyenburg, B. (2020a). *Dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent*. Éditions W. Kohlhammer.
- Meyenburg, B. (2020b). *Dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent*. Éditions W. Kohlhammer.
- Meyenburg, B., Renter-Schmidt, K., & Schmidt, G. (2021). La transidentité chez les jeunes et les adolescents : à propos de l'évolution du sexratio et de la prévalence au cours de la dernière décennie et demie : Une évaluation de 1434 expertises selon la loi sur les transsexuels (TSG). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(2), 93-100. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000763>
- Meyer, I. H. (1995). Stress lié à la minorité et santé mentale chez les hommes gays. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Meyer, I. H. (2003a). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations : Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (2003b). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations : Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209-213. <https://doi.org/10/gg3qp6>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism : Dilemmas in

conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives Of Sexual Behavior*, 39(2), 461-476. cmedm. <https://doi.org/10/d7xcjx>

- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., & New, M. I. (2008a). Orientation sexuelle chez les femmes atteintes d'hyperplasie surrénale congénitale classique ou non classique en fonction du degré d'excès d'androgènes prénatal. *Archives of Sexual Behavior*, 37(1), 85-99. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9265-1>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., & New, M. I. (2008b). Orientation sexuelle chez les femmes atteintes d'hyperplasie surrénale congénitale classique ou non classique en fonction du degré d'excès d'androgènes prénatal. *Archives of Sexual Behavior*, 37(1), 85-99. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9265-1>
- Mizock, L., & Lewis, T. (2008). Trauma in Transgender Populations : Risk, Resilience, and Clinical Care. *Journal of Emotional Abuse de violence*, 8(3), 335–354. <https://doi.org/10.1080/10926790802262523>
- Möller, B., Nieder, T. O., Preuss, W. F., Becker, I., Fahrenkrug, S., Wüsthof, A., Briken, P., Romer, G., & Richter-Appelt, H. (2014). Soins aux enfants et adolescents souffrant de dysphorie de genre dans le cadre d'un service de consultation spécialisé interdisciplinaire = Care of children and adolescents with gender dysphoria in the context of an interdisciplinary special consultation service. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(6), 465-485. <https://doi.org/10/ggjk8v>
- Money, J., & Russo, A. J. (1979). Résultat homosexuel de l'identité/du rôle de genre discordant dans l'enfance : suivi longitudinal. *Journal of Pediatric Psychology*, 4(1), 29-41. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/4.1.29>
- Mucha, S. R., Brokmeier, T., Romer, G., & Föcker, M. (2022). Expériences dans le domaine de la santé des personnes ayant la garde d'un enfant ou d'un adolescent présentant une incongruité de genre ou une dysphorie de genre : une étude qualitative. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 71(7), 620-639. <https://doi.org/10.13109/prkk.2022.71.7.620>
- Mueller, S. C., Guillamon, A., Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gomez-Gil, E., Uribe, C., Khorashad, B. S., Khazai, B., Talaei, A., Habel, U., Votinov, M., Derntl, B., Lanzenberger, R., Seiger, R., Kranz, G. S., Kreukels, B. P. C., Kettenis, P. T. C., Burke, S. M., Lambalk, N. B., ... Luders, E. (2021). La neuroanatomie de l'identité transgenre : Mega-Analytic Findings From the ENIGMA Transgender Persons Working Group. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(6), 1122-1129. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.03.079>
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment : A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214-231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>

- Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C., & Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and Under-Reported : Fertility Issues in Transgender Youth-A Narrative Review. *The Journal of Pediatrics*, 205, 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.009>
- Nahata, L., Quinn, G. P., Caltabellotta, N. M., & Tishelman, A. C. (2017). Préoccupations en matière de santé mentale et refus d'assurance chez les adolescents transgenres. *LGBT Health*, 4(3), 188-193. cmedm. <https://doi.org/10/gbhvn8>
- Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M., & Quinn, G. P. (2017). Low Fertility Preservation Utilization among Transgender Youth. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 61(1), 40-44. <https://doi.org/10/gbpbkq9>
- Institut national pour l'excellence de la santé et des soins (NICE). (2020b). *Examen des données probantes : Hormones d'affirmation de genre pour les enfants et les adolescents souffrant de dysphorie de genre*. <http://evidence.nhs.uk> National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020a). *Examen des données probantes : Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria*. [https://www.nice.org.uk/guidance/ng150/resources/evidence review : Libération des gonadotrophines analogues hormonaux pour les enfants et adolescents souffrant de dysphorie de genre-pdf-20210323](https://www.nice.org.uk/guidance/ng150/resources/evidence%20review%20-%20Lib%C3%A9ration%20des%20gonadotrophines%20analogues%20hormonaux%20pour%20les%20enfants%20et%20adolescents%20souffrant%20de%20dysphorie%20de%20genre-pdf-20210323)
- Neyman, A., Fuqua, J. S., & Eugster, E. A. (2019). Le bicalutamide en tant que bloqueur d'androgènes avec Secondary Effect of Promoting Feminization in Male-to-Female Transgender Adolescents. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 64(4), 544-546. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.296>
- Nonhoff, T. (2018). *Persistance et désistance de la dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent - une revue systématique (travail de bachelor)*. Institut de psychologie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- Nordenström, A., Ahmed, S. F., van den Akker, E., Blair, J., Bonomi, M., Brachet, C., Broersen, L. H. A., Glaahsen-van der Grinten, H. L., Dessens, A. B., Gawlik, A., Gravholt, C. H., Juul, A., Krausz, C., Raivio, T., Smyth, A., Touraine, P., Vitali, D., & Dekkers, O. M. (2022). Induction pubertaire et transition vers le remplacement des hormones sexuelles adultes chez les patients présentant une déficience congénitale en hormones reproductrices pituitaires ou gonadiques : An Endo-ERN clinical practice guideline. *European Journal of Endocrinology*, 186(6), G9-G49. <https://doi.org/10.1530/EJE-22-0073>
- O'Connell, M. A., Nguyen, T. P., Ahler, A., Skinner, S. R., & Pang, K. C. (2022). Approach to the Patient : Pharmacological Management of Trans and Gender-Diverse Adolescents. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 107(1), 241-257.

<https://doi.org/10.1210/clinem/dgab634>

Olson, J., Forbes, C., & Belzer, M. (2011). Prise en charge de l'adolescent transgenre. *Archives Of Pediatrics & Adolescents Médecine de l'enfant*, 165(2), 171–176. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.275>



- Olson, K. R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., & Durwood, L. (2019). Discussions familiales sur les transitions sociales de la petite enfance. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 229-240. <https://doi.org/10/ggj3f7>
- Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M., & McLaughlin, K. A. (2016). La santé mentale des enfants transgenres qui sont soutenus dans leurs identités. *PEDIATRICS*, 137(3), e20153223- e20153223. <https://doi.org/10/gftvth>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022a). Identité de genre 5 ans après la transition sociale. *Pediatrics*, 150(2), e2021056082. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022b). Identité de genre 5 ans après la transition sociale. *Pediatrics*, 150(2), e2021056082. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Olson, K. R., & Enright, E. A. (2017). Les enfants transgenres ont-ils moins de stéréotypes (de genre) que leurs pairs et leurs frères et sœurs ? *Science du développement*. cmedm. <https://doi.org/10/ggjmdz>
- Olson, K. R., Key, A. C., & Eaton, N. R. (2015). La cognition de genre chez les enfants transgenres. *Psychological Science*, 26(4), 467-474. <https://doi.org/10/f69rjt>
- Olson-Kennedy, J., Okonta, V., Clark, L. F., & Belzer, M. (2018). Réponse physiologique aux hormones d'affirmation de genre chez les jeunes transgenres. *Journal of Adolescent Health*, 62(4), 397-401. <https://doi.org/10/gc9k8p>
- Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M., & Clark, L. F. (2018). Reconstruction thoracique et dysphorie thoracique chez les mineurs et les jeunes adultes transmasculins : comparaisons de cohortes non chirurgicales et post-chirurgicales. *JAMA pediatrics*, 172(5), 431-436. cmedm. <https://doi.org/10/ggsjzd>
- Olyslager, F., & Conway, L. (2008). *Transseksualiteit komt vaker voor dan u denken. Een nieuwe kijk op de prevalentie van transseksualiteit in Nederland en België*. 2(11).
- Oommen-Halbach, A., & Fangerau, H. (2019). L'autodétermination des enfants en médecine. In J. Drerup & G. Schweiger (éd.), *Handbuch Philosophie der Kindheit* (p. 274-281). J.B. Metzler. [https://doi.org/10.1007/978-3-476-04745-8\\_35](https://doi.org/10.1007/978-3-476-04745-8_35)
- Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. (2011). *The Oxford Levels of Evidence 2*.
- Pang, K. C., De Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., & Steensma, T. D. (2020). Association of Media Coverage of Transgender and Gender Diverse Issues With Rates of Referral of Transgender Children and Adolescents to Specialist Gender Clinics in the UK and the Australia. *Australie. JAMA Réseau Open*, 3(7), e2011161. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>

- Pang, K. C., Hoq, M., & Steensma, T. D. (2022). La couverture médiatique négative comme barrière à l'accès aux soins pour les enfants et adolescents transgenres. *JAMA Network Open*, 5(2), e2138623. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.38623>
- Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L., & Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and transgender youth psychosocial functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 267-277. <https://doi.org/10.1037/cpp0000291>
- Pauli, D., Günthard, M., Schenker, T., Flütsch, N., Ball, J., Häberling, I., & Berger, G. (2020). Consultation zurichoise pour adolescents souffrant de dysphorie de genre - premiers résultats de l'évolution. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(6), 570-589. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.6.570>
- Perez-Brumer, A., Day, J. K., Russell, S. T., & Hatzenbuehler, M. L. (2017). Prévalence et corrélats des idées suicidaires chez les jeunes transgenres en Californie : résultats d'un échantillon représentatif et basé sur la population d'élèves du secondaire. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 56(9), 739-746. cmedm. <https://doi.org/10/gbv7s8>
- Peterson, C. M., Matthews, A., Copps-Smith, E., & Conard, L. A. (2017). Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 47(4), 475-482. cmedm. <https://doi.org/10/ggjmw8>
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty : A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 22-29.
- Preuss, W. F. (2021). *Geschlechtsdysphorie, Transidentität und Transsexualität im Kindes- und Jugendalter* (3e édition révisée). Éditions Reinhardt.
- Quindeau, I. (2014a). Le développement de l'identité de genre au-delà de la bisexualité rigide. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(6), 437-448. <https://doi.org/10.13109/prkk.2014.63.6.437>
- Quindeau, I. (2014b). *La sexualité*. Psychosozial-Verlag.
- Quindeau, I. (2019). La bisexualité de Freud à la lumière de l'identité sexuelle fluide : *Kinderanalyse*, 27(01), 21-38. <https://doi.org/10.21706/ka-27-1-21>
- Quinn, G. P., Tishelman, A. C., Chen, D., & Nahata, L. (2021). Risques pour la santé reproductive et pratiques cliniques avec des adolescents et des jeunes adultes de sexe différent. *Andrologie*, 9(6), 1689- 1697. <https://doi.org/10.1111/andr.13026>

- Quinn, V. P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Lash, T. L., Millman, A., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Tolsma, D., Valentine, C., Ward, K., Winter, S., & Goodman, M. (2017). Profil de cohorte : Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of transgender people. *BMJ Open*, 7(12), e018121. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018121>
- Rafferty, J., comité sur les aspects psychosociaux de la santé des enfants et des familles, comité sur l'adolescence, section sur la santé et le bien-être des lesbiennes, des gays, des bisexuels et des transgenres, Yogman, M, Baum, R., Gambon, T. B., Lavin, A., Mattson, G., Wissow, L. S., Breuner, C., Alderman, E. M., Grubb, L. K., Powers, M. E., Upadhyia, K., Wallace, S. B., Hunt, L., Gearhart, A. T., Harris, C., ... Sherer, I. M. (2018). Assurer des soins et un soutien complets pour les enfants et les adolescents transgenres et non mixtes. *Pediatrics*, 142(4), e20182162. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>
- Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Segovia, S., Gomez, Á., & Guillamon, A. (2011). Microstructure de la matière blanche chez les transsexuels féminins et masculins avant le traitement hormonal croisé. Une étude de diffusion tensor imaging. *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 199-204. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.05.006>
- Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Zubiarrre-Elorza, L., Segovia, S., Gomez, Á., & Guillamon, A. (2011). La microstructure de la matière blanche chez les transsexuels masculins et féminins avant un traitement hormonal croisé. Une étude DTI. *Journal of Psychiatric Research*, 45(7), 949-954. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.007>
- RANZCP, R. A. et N. Z. C. of P. (2021). *Reconnaître et répondre aux besoins en santé mentale des personnes expérimentant Genre Dysphorie / Genre Incongruence*. <https://www.ranzcp.org/clinical-guidelines-publications/clinical-guidelines-publications-library/recognising-and-addressing-the-mental-health-needs-of-people-experiencing-gender-dysphoria>
- Rauchfleisch, U. (2021). *Orientations sexuelles et développement du genre chez l'enfant et l'adolescent*. Éditions Kohlhammer.
- Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Santé mentale des jeunes transgenres pris en charge dans un centre de santé communautaire urbain pour adolescents : A matched retrospective cohort study. *The Journal Of Adolescent Health : Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 56(3), 274-279. cmedm. <https://doi.org/10/gdcg8c>
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). La dysphorie de genre dans l'enfance. *International Review Of Psychiatry (Abingdon, Angleterre)*, 28(1), 13-20. cmedm. <https://doi.org/10/gf75d7>

- Rixen, S. (2020). Chapitre 10 : Droit de la santé Stephan Rixen. Dans I. Richter, L. Krappmann, & F. Wapler (éd.), *Droits de l'enfant* (p. 331-344). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783845296005-331>
- Roberts, C. M., Klein, D. A., Adirim, T. A., Schvey, N. A., & Hisle-Gorman, E. (2022). Continuation of Gender-affirming Hormones Among Transgender Adolescents and Adults. *Le Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(9), e3937–e3943. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac251>
- Röder, M., Barkmann, C., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M., Ravens-Sieberer, U., & Becker, I. (2018). Health-related quality of life in transgender adolescents : Associations with body image and emotional and behavioral problems. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 78-91. <https://doi.org/10/gf8g8z>
- Rölver, A., Föcker, M., & Romer, G. (2022). Desisting from gender dysphoria after 1,5 years of puberty suppression : A case report. *Psychiatry Research Case Reports*, 1(2), 100049. <https://doi.org/10.1016/j.psycr.2022.100049>
- Romer, G., & Möller, B. (2020a). Incongruence de genre et dysphorie de genre à l'adolescence. *Psychothérapie médicale*, 15(2), 87-94. <https://doi.org/10/ggtvm8>
- Romer, G., & Möller, B. (2020b). Incongruence de genre et dysphorie de genre à l'adolescence : changements de paradigme actuels et défis pour la pratique psychothérapeutique. *Psychothérapie médicale*, 15(2), 87-94. <https://doi.org/10.21706/aep-15-2-87>
- Rossman, K., Salamanca, P., & Macapagal, K. (2017). A Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers. *Journal of Homosexuality*, 64(10), 1390-1410. <https://doi.org/10/gf97zb>
- Ross-Reed, D. E., Reno, J., Peñaloza, L., Green, D., & FitzGerald, C. (2019). La famille, l'école et le soutien des pairs sont associés aux taux de victimisation de la violence et d'auto-harcèlement chez les jeunes de la minorité de genre et du cisgenre. *Journal of Adolescent Health*, 65(6), 776-783. <https://doi.org/10/gg3t7h>
- Rothärmel, S. (2004). *Consentement, veto, codécision : la validité des droits des patients pour les mineurs* (1ère éd.). Nomos-Verl.-Ges.
- Ruhrmann, G. (2017). La discrimination dans les médias. In A. Scherr, A. El-Mafaalani, & G. Yüksel (éd.), *Handbuch Diskriminierung* (p. 367-385). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-10976-9\\_20](https://doi.org/10.1007/978-3-658-10976-9_20)
- Russell, S. T. (2003). Les jeunes de la minorité sexuelle et le risque de suicide. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1241-1257. <https://doi.org/10/fskh4d>

- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). L'acceptation familiale à l'adolescence et la santé des jeunes adultes LGBT. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>
- Safer, J. D., & Pearce, E. N. (2013). A Simple Curriculum Content Change Increased Medical Student Comfort with Transgender Medicine. *Endocrine Practice*, 19(4), 633-637. <https://doi.org/10.4158/EP13014.OR>
- Saleem, F., & Rizvi, S. W. (2017). Associations transgenres et étiologie possible : une revue de la littérature. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.1984>
- Sauer, A. T., & Meyer, E. (2016). *Comme un mouton vert dans un troupeau blanc : situations de vie et besoins des jeunes personnes trans\* en Allemagne : rapport de recherche sur "TRANS\* - JA UND ?!" en tant que projet de jeunesse commun de l'association fédérale Trans\* (BVT\*) e.V.i.G. et du réseau de jeunes Lambda e.V. Bundesverband Trans\**.
- Savic, I., & Arver, S. (2011). Le dimorphisme sexuel du cerveau chez les transsexuels masculins-féminins. *Cerebral Cortex*, 21(11), 2525-2533. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhr032>
- Schaaf, S. (2019). *"Es werden immer mehr ... !" - Zur Situation transidentischer/transsexueller Menschen in Deutschland : Dokumentation Ergänzungsausweis und Bestandsanalyse über den Zeitraum 1999-2016.* dgti e.V. [https://dgti.org/wp-content/uploads/2023/06/Es\\_werden\\_immer\\_mehr\\_dgti\\_EA\\_22\\_10\\_2019\\_V4.pdf](https://dgti.org/wp-content/uploads/2023/06/Es_werden_immer_mehr_dgti_EA_22_10_2019_V4.pdf)
- Schagen, S. E. E., Cohen-Kettenis, P. T., Delemarre-van de Waal, H. A., & Hannema, S. E. (2016). Efficacité et sécurité du traitement par agoniste de l'hormone de libération de la gonadotrophine pour supprimer la puberté chez les adolescents dysphoriques de genre. *Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1125-1132. <https://doi.org/10/f852c7>
- Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020a). Développement osseux chez des adolescents transgenres traités par des analogues de la GnRH et des hormones de confirmation de genre secondaires. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(12), e4252-e4263. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>
- Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J., & Hannema, S. E. (2020b). Développement osseux chez des adolescents transgenres traités par des analogues de la GnRH et des hormones de confirmation de genre secondaires. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(12), e4252-e4263. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>
- Schickhardt, C. (2016). *Éthique de l'enfant : le statut moral et les droits des enfants* (deuxième édition corrigée et complétée). mentis.

- Schneider, C., Cerwenka, S., Nieder, T. O., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R., Kreukels, B. P. C., & Richter-Appelt, H. (2016a). Mesurer la dysphorie de genre : A Multicenter Examination and Comparison of the Utrecht Gender Dysphoria Scale and the Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior, 45*(3), 551-558. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0702-x>
- Schneider, C., Cerwenka, S., Nieder, T. O., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Haraldsen, I. R., Kreukels, B. P. C., & Richter-Appelt, H. (2016b). Mesurer la dysphorie de genre : A Multicenter Examination and Comparison of the Utrecht Gender Dysphoria Scale and the Gender Identity/Gender Dysphoria Questionnaire for Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior, 45*(3), 551-558. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0702-x>
- Seal, L. J. (2007). La gestion pratique du traitement hormonal chez les adultes souffrant de dysphorie de genre. In *Transsexuel et autres troubles de l'identité de genre*. CRC Press.
- Seiffge-Krenke, I. (2021a). *Les jeunes et leur quête d'un nouveau moi : développement de l'identité à l'adolescence* (2e édition actualisée). Maison d'édition W. Kohlhammer.
- Seiffge-Krenke, I. (2021b). *Les jeunes et leur quête d'un nouveau moi. Le développement de l'identité à l'adolescence* (2e édition actualisée). Éditions Kohlhammer.
- Sharek, D., Huntley-Moore, S., & McCann, E. (2018). Besoins éducatifs des familles de jeunes transgenres : une revue narrative de la littérature internationale. *Issues in Mental Health Nursing, 39*(1), 59-72. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1395500>
- Sherer, I. (2013). *Review of The transgender child : A handbook for families and professionals*. [Développement psychosocial et de la personnalité [2840]]. Journal de l'Académie américaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H., & Bertolini, I. (2013). Estimation de la taille de la population et des caractéristiques démographiques des jeunes lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres dans les écoles secondaires. *Journal of Adolescent Health, 52*(2), 248-250. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>
- Shiffman, M., VanderLaan, D. P., Wood, H., Hughes, S. K., Owen-Anderson, A., Lumley, M. M., Lollis, S. P., & Zucker, K. J. (2016). Problèmes comportementaux et émotionnels en fonction des relations avec les pairs chez les adolescents souffrant de dysphorie de genre : A comparison with clinical and nonclinical controls. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 3*(1), 27-36. <https://doi.org/10/gf8vrx>
- Shires, D. A., & Jaffee, K. (2015). Factors associated with health care discrimination experiences among a national sample of female-to-male transgender individuals. *Health & Social Work, 40*(2), 134-141. <https://doi.org/10/f7csxv>

- Siedenbiedel, M. (2016). *Autodétermination de son propre sexe : aspects juridiques du souhait de traitement des mineurs transsexuels*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783845276922>
- Sievert, E. D., Schweizer, K., Barkmann, C., Fahrenkrug, S., & Becker-Hebly, I. (2021). Ce n'est pas le statut de transition sociale, mais les relations avec les pairs et le fonctionnement de la famille qui prédisent le fonctionnement psychologique dans un échantillon clinique allemand d'enfants souffrant de dysphorie de genre. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(1), 79-95. <https://doi.org/10.1177/1359104520964530>
- Simons, L., Schrager, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013a). Soutien parental et santé mentale chez les adolescents transgenres. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 791-793. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019>
- Simons, L., Schrager, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013b). Soutien parental et santé mentale chez les adolescents transgenres. *The Journal Of Adolescent Health : Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 53(6), 791-793. cmedm. <https://doi.org/10/f5h5ht>
- Singh, D. (2012). *Une étude de suivi des garçons souffrant de troubles de l'identité sexuelle*. (2014-99040-406) [ProQuest Information & Learning]. psych. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2014-99040-406&lang=fr&site=ehost-live>
- Skagerberg, E., Davidson, S., & Carmichael, P. (2013). Comportements d'internalisation et d'externalisation dans un groupe de jeunes souffrant de dysphorie de genre. *International Journal of Transgenderism*, 14(3), 105-112. psych. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.822340>
- Skagerberg, E., Di Ceglie, D., & Carmichael, P. (2015). Brief Report : Autistic Features in Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 45(8), 2628-2632. cmedm. <https://doi.org/10/f7ktnj>
- Skagerberg, E., Parkinson, R., & Carmichael, P. (2013). Self-harming thoughts and behaviors in a group of children and adolescents with gender dysphoria. *International Journal of Transgenderism*, 14(2), 86-92. psych. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2013.817321>
- Skordis, N., Kyriakou, A., Dror, S., Mushailov, A., & Nicolaidis, N. C. (2020). La dysphorie de genre chez les enfants et les adolescents : vue d'ensemble. *Hormones*, 19(3), 267-276. <https://doi.org/10.1007/s42000-020-00174-1>
- Smith, Y. L., van Goozen, S. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents souffrant de troubles de l'identité sexuelle qui ont été acceptés ou rejetés pour une opération de réassignation sexuelle : une étude prospective de suivi. *Journal Of The American Academy*

*Of Child And Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472-481. cmedm. <https://doi.org/10/fwxf6m>



- Snelgrove, J. W., Jasudavicius, A. M., Rowe, B. W., Head, E. M., & Bauer, G. R. (2012). "Completely out-at-sea" with "two-gender medicine" : A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10/gb35zp>
- Le Socialstyrelsen. (2022). *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Dans Bilaga Till Nationellt Kunskapsstöd. Med Rekommendationer Till Profession Och Beslutsfattare*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302-kunskapsunderlag-med-metodbeskrivning.pdf>
- Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z., & Reisman, T. (2018). Imagerie du sein des personnes transgenres : une revue. *Current Radiology Reports*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s40134-018-0260-1>
- Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M. J., Simons, L. K., Gangopadhyay, N., Corcoran, J. F., & Jordan, S. W. (2021). Association of Chest Dysphoria With Anxiety and Depression in Transmasculine and Nonbinary Adolescents Seeking Gender-Affirming Care. *Journal of Adolescents Santé des adolescents*, 68(6), 1135–1141. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.024>
- Spack, N. P. (2013). La gestion du transgenderisme. *JAMA*, 309(5), 478-484. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.165234>
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., & Vance, S. R. (2012). Enfants et adolescents présentant des troubles de l'identité sexuelle adressés à un centre médical pédiatrique. *Pediatrics*, 129(3), 418-425. <https://doi.org/10/gdchcm>
- Sperber, J., Landers, S., & Lawrence, S. (2005). Accès aux soins de santé pour les personnes transgenres : résultats d'une évaluation des besoins à Boston. *International Journal of Transgenderism*, 8(2-3), 75-91. <https://doi.org/10/b8gw9g>
- Spivey, L. A., & Edwards-Leeper, L. (2019). Future directions in affirmative psychological interventions with transgender children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 48(2), 343-356. <https://doi.org/10/gffn>
- Spizzirri, G., Eufásio, R., Lima, M. C. P., De Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P. C., Steensma, T. D., & Abdo, C. H. N. (2021). Proportion de personnes identifiées comme transgenres et non-binaires au Brésil. *Scientific Reports*, 11(1), 2240. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>
- Staphorsius, A. S., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., Burke, S. M., Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Delemarre-van de Waal, H. A., & Bakker, J. (2015). Suppression de

la puberté et fonctionnement exécutif : une étude par IRMf chez des adolescents souffrant de dysphorie de genre. *Psychoneuroendocrinology*, 56, 190-199. cmedm.  
<https://doi.org/10/f7b98q>

- Statistique Canada. (2022). *Recensement de la population Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm>
- Office fédéral de la statistique. (2023). *Opérations de changement de sexe en Allemagne en années 2012 à 2022*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/272600/umfrage/anzahl-von-operationen-fuer-changement-de-sexe-en-Allemagne/>
- Steensma, T. D., Biemond, R., De Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood : A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood : A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10/c88dv2>
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2018). A critical commentary on "A critical commentary on follow-up studies and "desistence" theories about transgender and gender non-conforming children". *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 225-230. <https://doi.org/10/ggvs9n>
- Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., & Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria : Data from the Center of Expertise on Gender Dysphoria in Amsterdam (1988-2016). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(7), 713-715. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580>
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P. C., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria : A quantitative follow-up study. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582-590. <https://doi.org/10/f2xkcz>
- Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P. C., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Problèmes comportementaux et émotionnels sur le formulaire de rapport de l'enseignant : A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(4), 635-647. <https://doi.org/10/f5xxd5>
- Stoller, R. J. (2020). *Sexe et genre : le développement de la masculinité et de la féminité* (1re éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429479915>
- Strang, J. F., Kenworthy, L., Dominska, A., Sokoloff, J., Kenealy, L. E., Berl, M., Walsh, K., Menvielle, E., Slesarsky-Poe, G., Kim, K.-E., Luong-Tran, C., Meagher, H., & Wallace, G. L. (2014). Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders. *Archives Of Sexual Behavior*, 43(8), 1525-1533. [cmedm. https://doi.org/10/f6mqpv](https://doi.org/10/f6mqpv)

- Strang, J. F., Klomp, S. E., Caplan, R., Griffin, A. D., Anthony, L. G., Harris, M. C., Graham, E. K., Knauss, M., & Van Der Miesen, A. I. R. (2019). Conception participative basée sur la communauté pour la recherche qui affecte la vie des personnes autistes transgenres et/ou genrées et/ou neurodiverses. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(4), 396-404. <https://doi.org/10.1037/cpp0000310>
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2017). *Trans Pathways : The mental health experiences and care pathways of trans young people. Résumé des résultats*. Telethon Kids Institute, Perth, Australie.
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D., & Lin, A. (2020). Associations entre les expériences de vie négatives et la santé mentale des jeunes trans et des jeunes issus de la diversité des genres en Australie : Findings from Trans Pathways. *Psychological Medicine*, 50(5), 808-817. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000643>
- Étude sur les conditions de vie*. (sans date).
- Surace, T., Fusar-Poli, L., Vozza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., Basile, L., Rodolico, A., Bisicchia, P., Caponnetto, P., Signorelli, M. S., & Aguglia, E. (2020). Prévalence à vie de l'idéation suicidaire et des comportements suicidaires chez les jeunes non conformistes en matière de genre : une méta-analyse. *Psychiatrie européenne de l'enfant et de l'adolescent*. <https://doi.org/10/gg3t7p>
- Tack, L. J. W., Craen, M., Dhondt, K., Vanden Bossche, H., Laridaen, J., & Cools, M. (2016). Traitement consécutif au lynestrenol et aux hormones sexuelles croisées chez des adolescentes biologiques souffrant de dysphorie de genre : Une analyse rétrospective. *Biology of Sex Differences*, 7, 14. <https://doi.org/10.1186/s13293-016-0067-9>
- Tack, L. J. W., Heyse, R., Craen, M., Dhondt, K., Bossche, H. V., Laridaen, J., & Cools, M. (2017). Traitement consécutif à l'acétate de cyprotérone et à l'estradiol chez des adolescentes transgenres de la fin de la puberté. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), 747-757. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.251>
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., & Eisenberg, M. E. (2018). Connections that moderate risk of non-suicidal self-injury among transgender and gender non-conforming youth. *Psychiatry Research*, 268, 65-67. <https://doi.org/10/gfdtgj>
- Tangpricha, V., & den Heijer, M. (2017). Traitement œstrogénique et anti-androgénique pour les femmes transgenres. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 291-300. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30319-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30319-9)
- Taziaux, M., Swaab, D. F., & Bakker, J. (2012). Différences sexuelles dans le système de neurokinine B dans le noyau infundibulaire humain. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(12), E2210-E2220. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-1554>

- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and "desistance" theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212-224. <https://doi.org/10/gfvks5>
- Thrower, E., Bretherton, I., Pang, K. C., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Prévalence du trouble du spectre de l'autisme et du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention parmi les individus souffrant de dysphorie de genre : A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(3), 695-706. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04298-1>
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A., & Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming lesbian, gay, bisexual, and transgender youth : School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580-1589. <https://doi.org/10/cckg4r>
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Résultats de santé mentale chez les jeunes transgenres et non-binaires recevant des soins d'affirmation de genre. *JAMA Réseau Open*, 5(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012a). *Impacts d'un soutien parental fort pour les jeunes trans*. Trans PULSE.
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L., & Papadimitriou, M. (2012b). *Impacts d'un soutien parental fort pour les jeunes trans : un rapport préparé pour la Société d'aide à l'enfance de Toronto et les Services à la jeunesse de Delisle*. Trans PULSE. <https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>
- T'Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M., & Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine Position Statement "Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, with Attention for Sexual Function and Satisfaction". *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 570-584. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012>
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Suppression de la puberté chez les jeunes transgenres et risque d'idéation suicidaire. *Pediatrics*, 145(2), e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>
- Turban, J. L., King, D., Kobe, J., Reisner, S. L., & Keuroghlian, A. S. (2022). L'accès aux hormones d'affirmation de genre pendant l'adolescence et les résultats en matière de santé mentale chez les adultes transgenres. *PLOS ONE*, 17(1), e0261039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039>

- Turban, J. L., King, D., Li, J. J., & Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of Social Transition for Transgender and Gender Diverse Youth, K-12 Harassment, and Adult Mental Health Outcomes. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 69(6), 991-998. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.001>
- L'UNICEF. (2022). La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant Ensemble de règles visant à protéger les enfants dans le monde entier. <https://www.unicef.de/informieren/ueber-uns/fuer-kinderrechte/un-kinderrechtskonvention>
- van Beijsterveldt, C. E. M., Hudziak, J. J., & Boomsma, D. I. (2006). Influences génétiques et environnementales sur le comportement intersexe et relation avec les problèmes de comportement : une étude de jumeaux néerlandais à l'âge de 7 et 10 ans. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 647-658. <https://doi.org/10/fngtpw>
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G., & T'Sjoen, G. (2015). Prévalence de la non-conformité de genre en Flandre, Belgique. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1281-1287. psych. <https://doi.org/10/f7gb7p>
- van der Loos, M. A. T. C., Hannema, S. E., Klink, D. T., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2022). Continuation des hormones d'affirmation de genre chez les personnes transgenres débutant la suppression de la puberté à l'adolescence : une étude de cohorte aux Pays-Bas. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 6(12), 869-875. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00254-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00254-1)
- van der Miesen, A. I. R., de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., & Hartman, C. A. (2018). Symptômes autistiques chez les enfants et les adolescents souffrant de dysphorie de genre. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1537-1548. psych. <https://doi.org/10/gdcw8v>
- Van Der Miesen, A. I. R., Hurley, H., & De Vries, A. L. C. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder : A narrative review. *International Review Of Psychiatry (Abingdon, Angleterre)*, 28(1), 70-80. cmedm. <https://doi.org/10/ggjmzt>
- Van Vlerken, R. H. T., Fuchs, C. E., & Van Der Miesen, A. I. R. (2020). Prendre en charge les jeunes transgenres et les jeunes issus de la diversité des genres avec co-occurrence de la neurodiversité. In M. Forcier, G. Van Schalkwyk, & J. L. Turban (éd.), *Pediatric Gender Identity* (p. 137-148). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-38909-3\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-030-38909-3_10)
- Vance, S. R., Jr, Ehrensaft, D., & Rosenthal, S. M. (2014). Soins psychologiques et médicaux des jeunes non-conformistes du point de vue du genre. *Pediatrics*, 134(6), 1184-1192. <https://doi.org/10/gftvsn>
- Vandenbussche, E. (2021). Besoins et soutien liés à la transition : une enquête en ligne intersectorielle. *Journal of Homosexuality*, 69(9), 1602-1620.

<https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>

Veale, J. F., Peter, T., Travers, R., & Saewyc, E. M. (2017a). Enacted Stigma, Mental Health, and Protective Factors among Transgender Youth in Canada. *Transgender Health*, 2(1), 207-216. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0031>

- Veale, J. F., Peter, T., Travers, R., & Saewyc, E. M. (2017b). Enacted Stigma, Mental Health, and Protective Factors among Transgender Youth in Canada. *Transgender Health*, 2(1), 207-216. cmedm. <https://doi.org/10/gcqv2>
- Veale, J. F., Watson, R. J., Peter, T., & Saewyc, E. M. (2017). Disparités de santé mentale chez les jeunes transgenres canadiens. *The Journal Of Adolescent Health : Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 60(1), 44-49. cmedm. <https://doi.org/10/f9vk22>
- Nations unies. (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. <https://www.kinderrechtskonvention.info/>
- Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J., & Heijboer, A. C. (2017). Effet de la suppression de la puberté et de la thérapie hormonale croisée sur les marqueurs de renouvellement osseux et la densité minérale osseuse apparente (BMAD) chez des adolescents transgenres. *Bone*, 95, 11-19. <https://doi.org/10/f9ncmb>
- Vrouenraets, L. J. J. J., Fredriks, A. M., Hannema, S. E., Cohen-Kettenis, P. T., & de Vries, M. C. (2016). Perceptions du sexe, du genre et suppression de la puberté : une analyse qualitative de jeunes transgenres. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1697-1703. psych. <https://doi.org/10/f8zbgw>
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Résultats psychosexuels des enfants dysphoriques de genre. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413-1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Wallien, M. S. C., Swaab, H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Comorbidité psychiatrique chez les enfants souffrant de troubles de l'identité de genre. *Journal of the American Academy of Child*, 46(10), 1307-1314. <https://doi.org/10/b8r2qf>
- Wanner, L., & Landsteiner, F. L. (2019). Barrières et quadrants : Discours et pratiques hégémoniques sur l'inter\* et la trans\* en psychothérapie. *Psychotherapie Forum*, 23(1-2), 67-74. <https://doi.org/10.1007/s00729-019-0122-1>
- Wapler, F. (2015). *Droits de l'enfant et bien-être de l'enfant*. Mohr Siebeck.
- Wattel, L. L., Walsh, R. J., & Krabbendam, L. (2022). Théories sur le lien entre les conditions spectrales de l'autisme et la modalité transgenre : une revue systématique. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s40489-022-00338-2>
- Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T., Duranteau, L., Bernat, A.-L., Yoldjian, I., Fontanel, S., Froelich, S., & Coste, J. (2021). Utilisation d'acétate de cyprotérone à haute dose et risque de méningiome intracrânien chez la femme : étude de cohorte. *BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n37>
- Wiesemann, C. (2020a). Champ de tensions éthiques - Bien de l'enfant - Volonté de l'enfant. In A. Riedel & S. Lehmeier (éd.), *Ethik im Gesundheitswesen* (p. 1-9). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3\\_55-1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_55-1)



- Wiesemann, C. (2020b). La trans-identité chez les enfants et les adolescents : Principes d'éthique médicale pour les décisions individuelles de traitement. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(6), 517-523. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.6.517>
- Wiesemann, C., Dörries, A., Wolfslast, G., Simon, A., & Akademie für Ethik in der Medizin (éd.). (2003). *L'enfant en tant que patient : Conflits éthiques entre le bien de l'enfant et la volonté de l'enfant : [... Congrès annuel de l'Académie d'éthique en médecine "L'enfant en tant que patient", qui s'est tenu en octobre 2002... qui s'est tenue à Tutzing]*. Éditions Campus.
- Wiesendanger, T. K. (2002). Bases de la psychothérapie et du conseil chez les hommes homosexuels et bisexuels. Egaux et pourtant différents. Psychothérapie et conseil aux lesbiennes, aux gays, aux bisexuels et à leurs proches. Dans U. Rauchfleisch, J. Frossard, G. Waser, K. Wiesendanger, & W. Roth (éd.), *Gleich und doch anders. Psychothérapie et conseil aux lesbiennes, aux gays, aux bisexuels et à leurs proches* (p. 104-120). Klett-Cotta.
- Willemsen, L. A., Boogers, L. S., Wiepjes, C. M., Klink, D. T., van Trotsenburg, A. S. P., den Heijer, M., & Hannema, S. E. (2023). Just as Tall on Testosterone ; a Neutral to Positive Effect on Adult Height of GnRHa and Testosterone in Trans Boys. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 108(2), 414-421. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac571>
- Wilson, E. C., Chen, Y.-H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016a). L'impact de la discrimination sur la santé mentale des jeunes trans\*femmes et l'effet protecteur du soutien parental. *AIDS and Behavior*, 20(10), 2203-2211. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7>
- Wilson, E. C., Chen, Y.-H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F., & McFarland, W. (2016b). L'impact de la discrimination sur la santé mentale des jeunes trans\*femmes et l'effet protecteur du soutien parental. *AIDS And Behavior*, 20(10), 2203-2211. cmedm. <https://doi.org/10/f849bp>
- Wong, W. I., van der Miesen, A. I. R., Li, T. G. F., MacMullin, L. N., & VanderLaan, D. P. (2019). Transition sociale de genre dans l'enfance et bien-être psychosocial : une comparaison avec des enfants cisgenres-variants de genre. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 241-253. <https://doi.org/10/ggj3f6>
- Organisation mondiale de la santé. (2019). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes 10e révision*.
- Organisation mondiale de la santé. (2022). *La norme mondiale pour l'information diagnostique en matière de santé. CIM-11 : Classification internationale des maladies, 11e révision*. <https://icd.who.int/en>

- Ybarra, M. L., Mitchell, K. J., & Kosciw, J. (2015). The relation between suicidal ideation and bullying victimization in a national sample of transgender and non-transgender adolescents. Dans P. Goldblum, D. L. Espelage, J. Chu, & B. Bongar (éd.), *Youth suicide and bullying : Challenges and strategies for prevention and intervention*. (2014-22830-012 ; S. 134-145). Oxford University Press ; psych. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2014-22830-012&lang=fr&site=ehost-live>
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R., & Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health : A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health, 21*(2), 125-137. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>
- Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulos, L., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Changes in Size and Demographic Composition of Transgender and Gender Non-Binary Population Receiving Care at Integrated Health Systems. *Endocrine Practice, 27*(5), 390-395. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016>
- Zhou, J.-N., Hofman, M. A., Gooren, L. J. G., & Swaab, D. F. (1995). Une différence sexuelle dans le cerveau humain et sa relation avec la transsexualité. *Nature, 378*(6552), 68-70. <https://doi.org/10.1038/378068a0>
- Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gomez-Gil, E., Segovia, S., Carrillo, B., Rametti, G., & Guillamon, A. (2013). Epaisseur corticale chez les transsexuels non traités. *Cerebral Cortex, 23*(12), 2855-2862. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhs267>
- Sucre, K. J. (2005). Mesure de la différenciation psychosexuelle. [Review] [97 refs]. *Archives of Sexual Behavior, 34*(4), 375-388.
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., Owen-Anderson, A., Kibblewhite, S. J., Wood, H., Singh, D., & Choi, K. (2012). Démographie, problèmes de comportement et caractéristiques psychosexuelles des adolescents souffrant de troubles de l'identité sexuelle ou de fétichisme travesti. *Journal Of Sex & Marital Therapy, 38*(2), 151-189. cmedm. <https://doi.org/10/gf8vrc>
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Sanikhani, M. (1997). Différences sexuelles dans les taux de référence des enfants présentant des troubles de l'identité sexuelle : quelques hypothèses. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*(3), 217-227. <https://doi.org/10/bbvgz4>
- Zucker, K. J., Owen, A., Bradley, S. J., & Ameeriar, L. (2002). Gender-dysphoric children and adolescents : A comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(3), 398-411. psych. <https://doi.org/10/c7c68b>

- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012a). Un modèle biopsychosocial et développemental pour le traitement des enfants souffrant de troubles de l'identité de genre. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 369-397. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>
- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012b). Un modèle biopsychosocial et développemental pour le traitement des enfants souffrant de troubles de l'identité de genre. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 369-397. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>
- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012c). Un modèle biopsychosocial développemental pour le traitement des enfants souffrant de troubles de l'identité de genre. *Journal Of Homosexuality*, 59(3), 369-397. <https://doi.org/10/gf536p>
- Zuger, B. (1978). Effeminate behavior present in boys from childhood : Ten additional years of follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 19(4), 363-369.
- Zuger, B. (1984). Comportement efféminé précoce chez les garçons. Outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous*, 172(2), 90-97

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

---

# ANNEXE :

## DIVERGENCES

### RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT DANS D'AUTRES PAYS POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS PRÉSENTANT UNE INCONGRUITÉ SEXUELLE

---

#### Table des matières

Aperçu .....	2
Australie & Nouvelle-Zélande : RANZCP .....	4
Angleterre (sans l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord) : NHS Angleterre .....	5
Finlande : Palveluvalikoima .....	9
France : Académie nationale de médecine .....	11
Norvège 1 : Helsedirektoratet .....	13
Norvège 2 : UKOM .....	15
Suède : SBU & Socialstyrelsen .....	18
États-Unis : American Academy of Pediatrics .....	21
Sources .....	22
Tableaux des évaluations DELBI .....	25

## Aperçu

Ces dernières années, on observe de plus en plus souvent dans les médias que les discours tenus dans d'autres pays font état d'une attitude nettement plus restrictive, amorcée ou annoncée pour l'avenir, en ce qui concerne les recommandations de traitement pour les adolescents. En particulier, le traitement par des inhibiteurs de la puberté fait l'objet de restrictions de plus en plus marquées. Les articles de presse donnent parfois l'impression que le traitement par des inhibiteurs de la puberté a été complètement arrêté ou "banni" dans d'autres pays européens. C'est le cas, au sein des pays industrialisés occidentaux, dans les Etats républicains des Etats-Unis, où de plus en plus d'*interdictions légales* de traitements hormonaux chez les adolescents ont été promulguées et sont annoncées pour l'avenir. En Allemagne, seule l'AFD réclame une telle *interdiction légale*.

En Finlande, en Suède ainsi que pour le National Health Service d'Angleterre (et non pour l'ensemble de la Grande-Bretagne), des modifications importantes et en partie contraignantes ont été apportées aux recommandations en la matière ou sont annoncées pour l'avenir ; elles exigent, en particulier pour l'utilisation d'inhibiteurs de la puberté, des conditions plus restrictives que celles des recommandations des sociétés médicales internationales actuelles et de notre ligne directrice. Le chapitre suivant présente de manière différenciée l'état actuel des recommandations de traitement dans plusieurs autres pays au moment de la finalisation de cette ligne directrice, qui s'écartent de manière significative des recommandations consensuelles de notre ligne directrice. Une distinction est faite en fonction de l'institution émettrice, du type et de l'importance du document en question et de la méthodologie utilisée (type et composition du comité, revue systématique de la littérature, élaboration structurée du consensus, etc.)

Recommandations nationales de traitement de la dysphorie de genre chez les enfants et les adolescents - Vue d'ensemble

Tab 1 :

Liste des recommandations de traitement divergentes dans d'autres pays

Pays d'origine	Institution éditrice	Type d'institution	Type de publication
Australie & Nouvelle-Zélande	Royal Australian and New Collège zélandais de psychiatrie trists (RANZCP)	professionnels de la santé Société suisse de psychiatrie et de la psychiatrie infantile	Avis <i>non contraignant</i>
Angleterre	NHS Angleterre	(mandat du) service de santé national	Revue indépendante & Prescription <i>obligatoire</i> pour les futurs traitements médicaux. centres de formation en Angleterre
Finlande	Palveluvalikoima (Council for Choices in Health Care in Finland)	organisme public	Recommandations d'action nationales <i>contraignantes</i>
France	Académie nationale de médecine	Société savante de médecins* de différentes disciplines ; pas d'organisation étatique ou semi-étatique	Communiqué de presse ( <i>non contraignant</i> )
Norvège (1)	Helsedirektoratet	Autorité nationale de santé	<i>Obligations</i> nationales Ligne directrice pour l'organisation de l'activité concernée sundhedsdienste
Norvège (2)	Statens undersøkelseskomisjon for helse-og om- Les services de soins (UKOM)	conseiller le gouvernement l'organisation semi-gouvernementale ganisation	Rapport contenant des informations <i>non contraignantes</i> Recommandations
Suède	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) & Socialstyrelsen	les deux organismes publics autonomes	Revue & "Base de connaissances" avec des recommandations <i>contraignantes</i>
ÉTATS-UNIS	Académie américaine de pédiatrie	la plus grande foire aux enfants et aux ju- Société de médecine générale des États-Unis	Déclaration de principe ("Policy Statement", <i>non contraignant</i> )

## Australie & Nouvelle-Zélande : RANZCP

### Document :

Reconnaître et répondre aux besoins de santé mentale des personnes souffrant de dysphorie de genre / d'incohérence entre les sexes

### Institution éditrice :

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP ; Australie & Nouvelle-Zélande ; société médicale spécialisée en psychiatrie et en psychiatrie infantile)

### Auteurs\* & année :

Pas d'auteur(s) mentionné(s) (2021)

### Type de publication :

Avis non contraignant

### Participation d'experts et de sociétés savantes

Comme aucune personne impliquée n'est nommée, l'expertise des auteurs ne peut pas être évaluée.

Aucune consultation ou participation d'experts en dysphorie de genre n'est identifiable chez KiJu.

L'éditeur lui-même est une société médicale et scientifique. Une consultation d'autres sociétés spécialisées (par ex. en endocrinologie ou en pédiatrie) n'est pas identifiable.

### Recommandations divergentes :

Aucune recommandation divergente n'a été identifiée pour le traitement des enfants et des adolescents.

Même si l'avis est parfois rapporté dans des sources secondaires comme étant particulièrement "prudent", par exemple dans le

British Medical Journal de Block (2023), aucune recommandation divergente ne peut être identifiée.

### Justification des recommandations :

Sans objet

### Force du consensus

Non spécifié

### Résumé de l'évaluation DELBI

Peut être omis, car aucune recommandation divergente n'a été formulée

### Évaluation critique de la méthode des recommandations divergentes

Peut être omis, car aucune recommandation divergente n'a été formulée

## Angleterre (sans l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord) : NHS Angleterre

### Document :

Examen indépendant des services d'identité de genre pour les enfants et les jeunes : rapport intérimaire. Février 2022 ("Cass Interim Report") & Interim service specification : Interim specialist service for children and young people with gender incongruence. Première spécification, juin 2023

### Institution éditrice :

NHS Angleterre

### Auteurs\* & année :

Cass, H. (2022) & pour l'Interim service specification non mentionné

### Type de publication :

Examen "externe" indépendant & cahier des charges pour un centre médical avec recommandations pour l'orientation organisationnelle professionnelle future des soins

### Participation d'experts et de sociétés savantes

La médecin Hillary Cass, chargée de l'examen indépendant, est considérée comme une pédiatre scientifiquement renommée, mais sans expertise clinique ou scientifique particulière dans le domaine de la dysphorie de genre chez les enfants et les adolescents. Selon le rapport, un comité interdisciplinaire dont les membres ne sont pas connus du public a collaboré à l'élaboration du rapport. Des experts du domaine des soins de santé pour les enfants dysphoriques de genre n'y sont pas représentés, ce qui correspond à la conception d'une revue indépendante et externe. Selon le rapport, des experts cliniques du domaine de la santé des enfants et des jeunes atteints de dysphorie de genre ont été consultés, de même que les personnes en quête de traitement et leurs proches ainsi que les organisations de parents. Il n'est pas clair qui a participé à ces consultations. Dans une lettre ouverte publiée sur Internet, des collaborateurs de la Tavistock Clinic se sont plaints de ne pas avoir été impliqués dans ce processus de consultation. Les recommandations actuelles ne sont donc pas basées sur un consensus structuré d'experts cliniques. Aucune consultation ou participation de sociétés spécialisées n'est visible. Il n'est pas non plus possible de savoir si les experts consultés ont été mandatés par des sociétés savantes.

### Approche méthodologique :

- **L'évaluation des preuves** se base sur des revues systématiques de la littérature indépendantes et de haute qualité méthodologique du National Institute for Health and Care Excellence ("NICE") selon les critères de la médecine fondée sur les preuves (NICE, 2020a, 2020b). Leur résultat : pour la suppression de la puberté et les traitements hormonaux de réassignation sexuelle, les preuves disponibles doivent être considérées comme faibles ou "très incertaines" ("very low certainty"), principalement en raison de limitations méthodologiques (uniquement des études de cohorte sans groupe de contrôle, effets de sélection possibles dus à un échantillonnage idéal, etc).
- Toutefois, l'évaluation des preuves s'est faite exclusivement sous l'angle méthodologique à l'aide de critères internationalement reconnus de la médecine fondée sur les preuves. Les recommandations cliniques qui en découlent n'ont jusqu'à présent pas tenu compte de l'expertise clinique avérée, bien que cette exigence soit explicitement formulée dans la Cass Review. Il y est expliqué que tant que l'évidence est incertaine, il faut viser un consensus aussi large que possible d'experts cliniques comme base pour des recommandations de traitement provisoires, dont la mise en œuvre devrait en outre être conçue comme un "système d'apprentissage". Ce dernier devrait être garanti par 1. un échange continu d'expériences cliniques entre les centres de



Recommandations nationales de traitement de la dysphorie de genre chez les KiJu - Angleterre (sauf Écosse, Pays de Galles et Irlande du Nord) : NHS Angleterre  
traitement en réseau, 2. une évaluation continue par des études de suivi clinique.

Recommandations divergentes :

1. Révision externe des décisions de traitement médical concernant le blocage de la puberté et les hormones ainsi que leur documentation au cas par cas avant le début du traitement par un comité de contrôle externe spécialisé, composé de manière interdisciplinaire de médecins et de juristes.<sup>1</sup>
2. Annonce que les traitements avec des bloqueurs de puberté ne seront à l'avenir réalisés que dans le cadre d'études cliniques pour lesquelles un design d'étude doit encore être développé.
3. Recommandation d'une collecte standardisée de données de suivi à long terme pour tous les traitements de la dysphorie de genre chez les enfants, y compris le suivi à l'âge adulte en cas de traitement hormonal, afin d'améliorer les données à long terme ("centres de traitement comme système d'apprentissage").
4. Traitement par hormones de réassignation sexuelle au plus tôt à partir de l'âge de 16 ans.
5. Traitement avec des hormones de réassignation sexuelle uniquement après un blocage de la puberté d'au moins 12 mois, même chez les adolescents plus âgés.

Justification des recommandations :

- ad1 Par le passé, la documentation relative à l'information et à la prise de décision était en partie lacunaire à la Tavistock Clinic. Mais comme c'est sur elle que repose l'indication en cas d'évidence incertaine, elle est essentielle. La documentation devrait s'orienter sur les normes internationales, comme par exemple les lignes directrices de l'Endocrine Society (Hembree et al., 2017).
- ad2 Les preuves concernant le traitement des enfants souffrant de dysphorie de genre ne sont pas encore suffisamment claires, c'est pourquoi il est nécessaire de mener des études scientifiques sur les traitements.
- ad3 Comme ad 2.
- ad4 Aucune raison explicite n'est donnée. On peut supposer que l'âge se réfère au *protocole néerlandais d'origine*, dans lequel les hormones de réassignation sexuelle étaient prescrites à partir de 16 ans.
- ad5 Aucune justification explicite n'est donnée. Ici aussi, on peut supposer que la condition se réfère au protocole néerlandais d'origine et qu'elle est considérée comme utile pour donner aux jeunes le temps de prendre la décision de suivre ou non un traitement de réassignation sexuelle.

---

<sup>1</sup> Ces revues externes ont été mises en place par le NHS England suite à la plainte juridique d'une jeune femme contre la Tavistock Clinic (affaire "Bell contre Tavistock") a été créée à titre préventif afin d'être mieux protégée contre de futures plaintes de ce type. L'ancienne patiente de la clinique, sur la base d'une dysphorie sexuelle diagnostiquée et d'un désir déclaré de vivre dans le sexe masculin, avait reçu pour la première fois des blocs de puberté à l'âge de 17 ans (!), suivis d'une thérapie à la testostérone commencée à l'âge de 18 ans. A l'âge de 20 ans, elle a subi une mastectomie. Plusieurs années plus tard, elle a effectué une transition et a regretté ses premières décisions de traitement. Elle a également reproché publiquement à ses anciens médecins de ne pas avoir tenu compte des autres problèmes psychiques qu'elle avait eus à l'adolescence. Juridiquement, la procédure ne portait pas sur le reproche d'un traitement médical erroné, mais uniquement sur la question de savoir si la patiente, alors âgée de 17 ans, pouvait être considérée comme ayant une capacité de consentement autonome juridiquement valable pour le traitement par des bloqueurs de puberté. La plaignante a obtenu gain de cause en première instance, ce qui a fait grand bruit dans la presse internationale. Le jugement de première instance a été contesté par la cour d'appel compétente (Court of Appeals) et entièrement révisé, ce qui a été confirmé en dernière instance par la Cour suprême. La presse internationale n'a guère rendu compte de la suite des événements. Aucun autre cas de plainte n'a été recensé jusqu'à présent, malgré la vague de plaintes qui, selon les médias, devrait se produire dans des cas similaires. Néanmoins, ce cas particulier a suscité une prise de conscience accrue dans le monde médical sur la question de savoir comment traiter de manière appropriée la possibilité d'une transition ultérieure lors de la préparation de décisions de traitement à l'adolescence.

## Force du consensus

Non spécifié, composition

## Évaluation synthétique DELBI (système d'évaluation des lignes directrices)

<i>Champ d'application &amp; but</i>	<i>Participation</i>	<i>Méthodes Exactitude</i>	<i>Clarté</i>	<i>Annexe générale réversibilité</i>	<i>Rédactionnel Indépendance</i>	<i>Applicabilité en Allemagne</i>
0,66	0,42	0,48	0,33	0,33	0,17	0,44

## Évaluation critique des recommandations divergentes

La principale restriction concernant les recommandations est qu'il s'agit d'un rapport *intérimaire* ou d'une spécification de service et qu'il s'abstient explicitement de toute évaluation finale sur la plupart des questions cliniques. Les recommandations formulées concernent presque exclusivement des questions organisationnelles. Le manque de données, mis en évidence par les Evidence Reviews du NICE (2020a, 2020b), qui sont d'une grande qualité méthodologique, est principalement évoqué. Une restriction qui pourrait éventuellement aussi être pertinente dans le rapport final est le manque de clarté concernant le mode de prise de décision. De nombreux entretiens ont été menés avec des soignants, des patients et des personnes de référence. Il n'est cependant pas clair comment des recommandations sont systématiquement déduites de ces entretiens et des revues des données probantes. Aucune procédure de consensus n'est indiquée et des groupes de spécialistes importants (p. ex. psychiatrie infantile) ne sont pas directement impliqués dans le processus de formulation des recommandations. Ni au niveau national, ni au niveau international, des experts reconnus ayant une expérience clinique dans le traitement des jeunes souffrant de dysphorie de genre n'ont été impliqués à titre consultatif. En outre, on pourrait s'attendre à ce que des explications soient fournies concernant le financement et les conflits d'intérêts des participants. G. Butler, un endocrinologue pédiatrique éminent du Royaume-Uni, a critiqué publiquement le fait que les deux centres de traitement nouvellement désignés en Angleterre, qui doivent à l'avenir prendre en charge les soins, sont tous deux institutionnellement liés à l'ancien employeur de Hillary Cass (citation, source Gary Butler).

- a. La recommandation d'un "examen externe" comme mesure d'assurance qualité pour améliorer la sécurité des patients semble inhabituelle et probablement influencée par la situation particulière en Angleterre. Dans ce pays, il n'existait depuis des décennies qu'un seul centre de traitement spécialisé, qui doit être fermé en avril 2024. Le monopole de traitement qui s'y est développé semble faire l'objet d'une grande méfiance. Dans d'autres lignes directrices, le sujet est généralement abordé avec des recommandations sur les exigences de qualification pour les professionnels impliqués. Dans d'autres contextes médicaux, les procédures praticables sont par exemple le principe du double contrôle ou la demande d'un deuxième avis professionnel indépendant pour confirmer une indication.
- b. La collecte prévue de données sur le suivi à long terme semble judicieuse pour améliorer la base de données probantes, pour autant que les droits des patients soient respectés et que les aspects de la recherche et de l'éthique médicale soient pris en compte.
- c. La limite d'âge "à partir de 16 ans environ" se reflète en partie dans les protocoles de traitement des études qui ont été repris dans la revue NICE (en particulier dans le *protocole néerlandais*). Elle est néanmoins considérée comme obsolète et n'est plus recommandée dans les nouvelles directives internationales des sociétés médicales spécialisées (voir chapitre sur les indications).
- d. De même, l'adoption de la recommandation d'effectuer obligatoirement un blocage pubertaire pendant au moins 12 mois, même chez les adolescents plus âgés dont le développement de la

Recommandations nationales de traitement de la dysphorie de genre chez les KiJu - Angleterre (sauf Écosse, Pays de Galles et Irlande du Nord) : NHS Angleterre  
maturité est très avancé, avant de pouvoir recommander un traitement hormonal de rééquilibrage sexuel à l'adolescence, est considérée comme dépassée et ne figure plus dans les directives récentes des sociétés médicales spécialisées.

(voir le chapitre sur les indications). Cette procédure augmente considérablement le risque d'effets secondaires liés à la ménopause chez les adolescentes plus âgées. L'évaluation du rapport bénéfice/risque du blocage de la puberté est donc nettement plus négative (Pang et al., 2022)<sup>2</sup>, ce qui a sans doute contribué à ce que le traitement par des inhibiteurs de la puberté soit particulièrement critiqué en Angleterre, où cette pratique est encore obligatoire aujourd'hui.

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

---

1. <sup>2</sup>Pang, K. C., Wiggins, J., & Telfer, M. M. (2022). Gender identity services for children and young people in England. *bmj*, 377. <https://doi.org/10.1136/bmj.o825>

## Finlande : Palveluvalikoima

### Document :

Alaikäisten sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät  
(Traitement médical des dysphories liées aux variations de l'identité sexuelle chez les mineurs)

### Institution éditrice :

Palveluvalikoima (Council for Choices in Health Care in Finland ; Finlande ; autorité publique.

### Auteurs\* & année :

Lohiniva-Kerkelä, M. et al. (2020)

### Type de publication :

Recommandations de traitement nationales contraignantes

### Participation d'experts et de sociétés savantes

Les auteurs ne sont pas eux-mêmes des experts en matière de traitement des enfants dysphoriques de genre. Des experts dans le domaine des soins de santé pour les enfants dysphoriques de genre ont été impliqués à titre consultatif. Les recommandations elles-mêmes semblent avoir été formulées sans leur participation directe et non par consensus d'experts.

Aucune consultation ou participation de sociétés spécialisées n'est visible. Il n'apparaît pas non plus que les experts\* consultés aient été mandatés par des sociétés spécialisées.

### Recommandations divergentes :

1. Traitement spécifique de l'incongruité sexuelle chez les enfants uniquement dans des centres de recherche spécialisés (Helsinki et Tampere), une fois que les éventuels troubles psychologiques ont été éliminés (par le traitement).
2. Blocage de la puberté "au cas par cas, après une évaluation soigneuse et des mesures diagnostiques appropriées".  
tests chimiques" possible
3. Traitement hormonal de réassignation sexuelle au cas par cas dans les conditions suivantes :
  - I. évaluation clinique de la persistance de la dysphorie de genre,
  - II. dysphorie sévère présente,
  - III. capacité à donner son consentement et
  - IV. aucune contre-indication
4. pas de chirurgie de réassignation sexuelle avant l'âge de 18 ans (y compris les mastectomies)

### Justification des recommandations :

- a. Il peut y avoir des incertitudes sur l'identité de genre à l'adolescence. Les changements supposés au sein du groupe cible impliquent une prudence particulière.
- b. Preuves issues de la base de données sur les risques du blocage de la puberté, des hormones et de l'angulation sexuelle  
La probabilité d'une intervention chirurgicale chez les mineurs est trop faible. C'est pourquoi les mesures irréversibles ne sont pas recommandées avant l'âge de 18 ans.
- c. Le coût financier d'un traitement de médecine physique est considérable. Une aide publique ne peut être justifié que si les bénéfices sont supérieurs aux risques et aux coûts. Cela ne signifie pas qu'un tel traitement soit contraire à l'éthique.

### Force du consensus

Non spécifié

## Résumé de l'évaluation DELBI

<i>Champ d'application &amp; objectif</i>	<i>Participation</i>	<i>Exactitude méthodologique</i>	<i>Clarté</i>	<i>Applicabilité générale</i>	<i>Indépendance éditoriale</i>	<i>Applicabilité en Allemagne</i>
0,56	0,25	0,33	0,58	0,33	0	0,22

### Évaluation critique de la méthode des recommandations divergentes

Dans l'ensemble, une méthodologie d'évaluation moyennement qualitative. Des revues systématiques ont été effectuées et une analyse éthique a été commandée. La revue n'a pas été réalisée ou documentée de manière méthodique (par exemple, pas de critères pour l'inclusion ou l'exclusion d'études dans la revue après une recherche documentaire systématique bien documentée). Le fait que les méthodes de recherche d'un consensus sur les recommandations ne soient pas présentées s'avère particulièrement problématique. Les recommandations ne peuvent pas être déduites de la revue de la littérature, et le processus de leur formulation et, le cas échéant, de leur concertation n'est pas transparent. Aucun niveau d'évidence ou de force de consensus n'est indiqué pour les recommandations. Ni les personnes concernées ni les experts cliniques n'ont été directement impliqués dans le processus d'élaboration.

Aucune indépendance rédactionnelle n'est documentée.

ada Une modification de la population est supposée sans tenir compte des biais dans l'enquête et l'utilisation.

ad b Les mesures de médecine corporelle sont généralement considérées comme trop risquées si elles sont irréversibles. Il n'y a pas de mise en balance éthique avec les risques de ne pas le faire en l'absence d'alternative de traitement (augmentation de la dysphorie de genre par le développement progressif de la maturité avec des conséquences à vie).

ad c Il convient de souligner que l'analyse éthique souligne que, d'un point de vue médical et éthique, un traitement plus poussé peut être justifié. La réticence à recourir à la médecine physique découle notamment du principe selon lequel les traitements financés par les pouvoirs publics doivent avoir une utilité et une efficacité prouvées et que, dans une situation où les risques d'un traitement sont incertains et où les risques de l'absence de traitement sont tout aussi incertains, l'absence de traitement est préférable. Il n'est donc pas possible de transposer les recommandations dans des directives médicales, compte tenu des objectifs différents (meilleurs soins possibles pour les patients grâce à une directive par rapport à la justification du remboursement des prestations de santé ici).

## France : Académie nationale de médecine

### Document :

La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents

### Institution éditrice :

Académie nationale de médecine (France ; société savante auto-recrutant des médecins de différentes disciplines en France ; pas d'organisation gouvernementale ou semi-gouvernementale, pas de participation visible d'experts cliniques, pas de participation visible du domaine de la psychiatrie infantile)

### Auteurs\* & année :

Aucune mentionnée (2022)

### Type de publication :

Communiqué de presse

### Participation d'experts et de sociétés savantes

Aucune expertise spécifique en matière de soins de santé pour les enfants dysphoriques de genre n'a été identifiée au sein du groupe décisionnel. Les experts n'ont pas été visiblement consultés.

L'éditeur lui-même est une société d'érudition médicale sélective, sans spécialisation médicale.

discipline, mais pas de la médecine. Une consultation de sociétés spécialisées (par ex. en endocrinologie ou en pédiatrie) n'est pas identifiable.

### Recommandations divergentes :

1. Prudence lors de la prise de décision concernant les analogues de la GnHR et les hormones
2. Prudence en ce qui concerne les médias sociaux chez les enfants présentant une incongruité de genre, en supposant que l'influence des médias sociaux sur les jeunes soit impliquée dans l'augmentation de la prévalence de la dysphorie de genre à l'adolescence ("rapid onset gender dysphoria").

### Justification des recommandations :

- Augmentation du recours au traitement et de la prévalence de l'incongruité sexuelle chez les enfants et les adolescents
  - "phénomène d'allure épidémique
- raisons possibles de l'augmentation : influence des médias sociaux, meilleure acceptation, influence des pairs ; risque de surdiagnostic
  - "problématique avant tout sociale" ("vor allem soziale Problem")
  - Source : Littman (2018)
- Effets secondaires et risques du traitement avec des bloqueurs de puberté ou des hormones
  - pas de source scientifique indiquée

### Force du consensus

Recommandation majoritaire (74,7%, 59 voix pour, 20 voix contre, 13 abstentions)

### Résumé de l'évaluation DELBI

<i>Champ d'application &amp; but</i>	<i>Participation</i>	<i>Méthodes Exactitude</i>	<i>Clarté</i>	<i>Annexe générale réversibilité</i>	<i>Rédactionnel Indépendance</i>	<i>Applicabilité en Allemagne</i>
0,22	0	0,05	0,25	0	0	0,06



### Évaluation critique de la méthode des recommandations divergentes

Dans l'ensemble, les recommandations ne reposent pas sur une recherche ou une évaluation systématique de la littérature. Elles ont été adoptées avec un niveau de consensus moyen. De plus, l'absence d'auteur(e)s ne permet pas d'identifier une expertise thématique.

ad1 Le document ne rapporte aucune base factuelle pour une prudence plus restrictive que les recommandations professionnelles des directives internationales actuelles (Coleman et al., 2022).

ad2 Littman (2018) est la seule source citée pour cette recommandation, mais cette étude, dont la pertinence est très limitée, n'a pas fait l'objet d'une critique méthodologique manifeste (pas d'enquête auprès de jeunes concernés, enquête exclusive auprès de parents recrutés au préalable au niveau international dans des forums trans-critiques avérés), mais les résultats de cette seule étude ont été repris comme faits empiriques.

### **Pertinence d'application pour la pratique des soins en France :**

Il s'agit d'une recommandation publique d'un comité d'experts qui n'a aucun effet contraignant sur la pratique. Selon les informations écrites fournies par le principal centre de traitement de l'endocrinologie pédiatrique spécialisé dans les adolescents souffrant de dysphorie de genre, il n'y a aucune raison de penser qu'il s'agit d'un problème de santé publique.

Laetitia Martinerie, Endocrinologie et Diabétologie Pédiatrique, Hôpital Robert Debre, Paris) continuera à être traitée au niveau national selon les normes internationales actuelles de la WPATH (2022). Des comités d'experts nommés de manière transparente et en réseau avec des sociétés spécialisées européennes travaillent à la réécriture d'un guide de pratique national légitimé sur le plan académique. Les milieux spécialisés espèrent que cela permettra de calmer le débat public.

## Norvège 1 : Helsedirektoratet

### Document :

La non-congruence des sexes. Nasjonal faglig retningslinje (Incongruence des sexes. Guide professionnel national)

### Institution éditrice :

Helsedirektoratet (Norvège ; autorité nationale de santé)

### Auteurs\* & année :

Roland, B. et al. (2021)

### Type de publication :

Ligne directrice nationale contraignante sur l'organisation des services de santé concernés

### Participation d'experts et de sociétés savantes

Les membres du "groupe de référence" étaient eux-mêmes des experts du traitement de la dysphorie de genre ainsi que des représentants des personnes concernées et ont donc participé directement à l'élaboration de la ligne directrice. Aucune consultation ou participation de sociétés spécialisées n'est visible. Il n'apparaît pas non plus que les experts consultés aient été mandatés par des sociétés spécialisées.

### Recommandations divergentes :

1. Diagnostic de l'incongruité sexuelle possible par tous les médecins\* et psychologues\*. Indication d'un traitement de médecine physique ("expertise") par une équipe interdisciplinaire avec une expertise pédiatrique et sexologique (p. ex. par des psychiatres KiJu\* ou des psychologues correspondants).
2. L'hormone de réassignation sexuelle est recommandée au plus tôt à partir de l'âge de 16 ans, avant le blocage de la puberté si nécessaire. L'accord des parents ou des tuteurs est nécessaire pour tout traitement jusqu'à l'âge de 18 ans.
3. Les opérations de réassignation sexuelle sont en principe exclues chez les mineurs. Mastectomie exceptionnelle possible sur indication et avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale.
4. Les soins de santé pour les KiJu présentant une incongruité de genre devraient être organisés de manière décentralisée. Il devrait y avoir des services ambulatoires spécialisés interdisciplinaires au niveau des régions.
5. Un registre national de la qualité devrait être mis en place.

### Justification des recommandations :

- Les recommandations sont conformes aux directives internationales (notamment WPATH, 2012 & Endocrine Society, 2017).
- La limite d'âge de 16 ans pour les hormones de réassignation sexuelle n'est pas explicitement justifiée. On peut supposer que cette limite a été fixée en référence au *protocole néerlandais d'origine* (de Vries et al., 2014). En outre, l'accord des titulaires de l'autorité parentale serait nécessaire en droit norvégien en cas d'intervention irréversible.
- Une prise en charge décentralisée et plus proche du domicile est considérée comme utile pour les enfants et les adolescents, car un environnement plus large (voisinage, école, etc.) est important pour le développement d'une identité saine. Un registre de qualité est important pour élargir la base de connaissances et pour assurer la qualité.

### Force du consensus

Non signalé

## Résumé de l'évaluation DELBI

<i>Champ d'application &amp; objectif</i>	<i>Participation</i>	<i>Exactitude méthodologique</i>	<i>Clarté</i>	<i>Applicabilité générale</i>	<i>Indépendance éditoriale</i>	<i>Applicabilité en Allemagne</i>
0,22	0,58	0,05	0,50	0	0	0,19

### Évaluation critique de la méthode des recommandations divergentes

La ligne directrice aborde principalement les aspects organisationnels de la prise en charge des enfants présentant une incongruité de genre. Bien qu'il s'agisse d'une ligne directrice, elle ne doit pas être considérée comme une ligne directrice clinique, ce qu'elle explique explicitement. Les recommandations cliniques ne reposent pas sur une recherche ou une sélection systématique de la littérature. Il est souvent fait référence aux Standards of Care internationaux de la WPATH (Co-leman et al., 2012<sup>3</sup>) et de l'Endocrine Society (Hembree, 2017). Cela semble bien compréhensible. Il n'y a pas de description de la manière de formuler des recommandations et de trouver un consensus. La large participation de groupes spécialisés et d'autres groupes d'intérêt est un point positif.

ad1 Cette recommandation pour les KiJu pourrait être considérée comme une contradiction avec les nouvelles WPATH-SoC (Coleman et al., 2022). Ces derniers préconisent une évaluation par des "professionnels de la santé mentale" (psychiatre ou psychologue pour enfants) pour poser l'indication d'un traitement de médecine physique chez les enfants.

le psychothérapeute). Cela n'est pas explicitement mentionné dans ce document, mais seulement présenté comme une possibilité. Il est fait référence à l'expertise "sexologique" nécessaire. Si cela doit être compris comme une divergence par rapport aux SoC, il aurait été souhaitable de le justifier explicitement.

ad2 L'argument avancé est que, dans le droit norvégien, le consentement des tuteurs légaux est toujours nécessaire pour les traitements irréversibles (dont fait partie le traitement par hormone). Ce critère est plus strict que celui des WPATH-SoC (Hembree et al., 2022) ou de la situation juridique allemande.

ad3 Analogue à ad 2.

ad4 Les avantages d'une organisation décentralisée des soins de santé spécifiques (meilleure accessibilité pour les patients, meilleure intégration dans le cadre de vie, etc. Il aurait également été souhaitable de discuter des éventuels inconvénients ou problèmes (p. ex. développement plus difficile de l'expertise dans le centre de traitement, etc.)

ad5 Cela semble judicieux du point de vue de la recherche, pour autant que les droits des patients soient respectés et que les aspects de la recherche et de l'éthique médicale soient pris en compte.

Recommandations nationales de traitement de la dysphorie de genre chez les KiJu - Norvège 1 :  
HelseDirektoratets rapport des WPATH Standards of Care, version 8, a été publiée en 2022, soit un an après la parution  
de la recommandation norvégienne.

## Norvège 2 : UKOM

### Document :

Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens (Sécurité des patients\* pour les enfants et les adolescents présentant une incongruité de genre)

### Institution éditrice :

Statens undersøkelseskomisjon for helse-og omsorgstjenesten (UKOM ; organisation semi-gouvernementale conseillant le gouvernement)

### Auteurs\* & année :

Aucune mentionnée (2023)

### Type de publication :

Rapport contenant des recommandations non contraignantes (Phan, 2023), qui recommande une révision des lignes directrices existantes de la Helsedirektoratet (Norvège 1).

### Participation d'experts et de sociétés savantes

Les auteurs ne sont pas eux-mêmes des experts en matière de traitement des enfants dysphoriques de genre. Des experts dans le domaine des soins de santé pour les enfants dysphoriques de genre ont été interrogés. Les recommandations elles-mêmes semblent avoir été formulées sans leur participation directe et non par consensus d'experts.

Aucune consultation ou participation de sociétés spécialisées n'est visible. Il n'apparaît pas non plus que les experts\* consultés aient été mandatés par des sociétés spécialisées.

### Recommandations divergentes :

1. Révision des lignes directrices nationales (voir "Norvège 1 : Helsedirektoratet") et complément en particulier sur les points suivants
  - I. Définition de la qualification nécessaire des diagnostiqueurs\* ou des soignants
  - II. Recommandations plus claires sur les indications, les contre-indications, la détermination de la capacité à consentir et l'implication des proches.
  - III. Recommandations plus claires sur le niveau de soins (p. ex. centres nationaux spécialisés ou prestataires de soins primaires\*)
2. réalisation d'un blocage de la puberté ainsi que d'un traitement hormonal de rééquilibrage sexuel et Les opérations chez les jeunes présentant une incongruité de genre ne devraient à l'avenir être recommandées que dans le cadre d'études cliniques.
3. Introduction d'un registre national de qualité pour les blocages de la puberté et les angulations liées au sexe. traitements appropriés.

### Justification des recommandations :

- Il n'existe pas de revue systématique norvégienne sur le traitement de l'incontinence de genre. La ligne directrice nationale ne se base pas sur une telle étude et n'est donc pas fondée sur des preuves. La ligne directrice nationale laisse trop de place à l'interprétation et n'est donc pas adaptée à l'application.
- Pour des raisons de sécurité et compte tenu du manque de données, les traitements de médecine physique ne doivent être utilisés que dans le cadre d'études cliniques. D'autres interventions (p. ex. le conseil) sont moins invasives et donc préférables.
  - Les études sur les résultats des traitements de médecine physique pour les KiJu présentant une incongruité de genre sont trop petites en termes de taille d'échantillon, avec un suivi trop court et sans groupe de contrôle.

- En raison de l'augmentation rapportée du recours aux soins et de la charge mentale plus élevée, les résultats ne pourraient pas être extrapolés aux cohortes actuelles.
- Il n'y a pas suffisamment de recherches sur les effets secondaires à long terme.
- Il est nécessaire de générer des connaissances approfondies sur les résultats et les effets secondaires du traitement. Un registre national de la qualité et la réalisation des traitements dans le cadre d'études cliniques seraient utiles pour générer de telles connaissances.

### Force du consensus

Non spécifié

### Résumé de l'évaluation DELBI

<i>Champ d'application &amp; but</i>	<i>Participation</i>	<i>Méthodes Exactitude</i>	<i>Clarté</i>	<i>Annexe générale réversibilité</i>	<i>Rédactionnel Indépendance</i>	<i>Applicabilité en Allemagne</i>
0,33	0,17	0,05	0,66	0	0	0,05

### Évaluation critique des recommandations divergentes

Dans l'ensemble, les recommandations ne reposent pas sur une recherche ou une évaluation systématique de la littérature. Il n'y a pas de description de la manière dont les recommandations ont été formulées et dont un consensus a été trouvé. De plus, l'absence d'auteur(e)s ne permet pas d'identifier une expertise thématique.

ad1 Le rapport fait état d'ambiguïtés dans la ligne directrice de la Helsedirektoratet. Ces imprécisions semblent effectivement exister en partie. Par exemple, il n'est pas clair si l'intervention d'un spécialiste de la santé mentale (psychiatre ou psychothérapeute pour enfants et adolescents) est une option pour les enfants et adolescents ou si elle ne s'applique qu'aux adultes. En ce qui concerne les critères d'indication, la directive norvégienne renvoie aux directives internationales, ce qui semble a priori approprié puisque celles-ci sont elles-mêmes fondées sur des preuves et un consensus. On ne voit pas pourquoi une revue systématique norvégienne spécifique devrait être réalisée. Il faudrait cependant procéder à un examen critique de la méthode des lignes directrices internationales utilisées, ce qui n'est effectivement pas le cas dans la ligne directrice norvégienne. Ceci doit également être considéré dans le contexte où la ligne directrice se concentre sur des questions organisationnelles et non cliniques au sens strict.

ad2 Il est fait état d'un manque de preuves concernant le blocage de la puberté et les hormones de réassignation sexuelle. Il est exact que la directive norvégienne du Helsedirektoratet ne discute pas suffisamment de la base d'évidence pour certaines recommandations. En affirmant qu'il n'y a généralement pas assez de preuves et que les traitements ne sont donc qu'expérimentaux, il aurait été nécessaire de procéder à une revue *systématique* de la littérature et de ne pas utiliser les résultats de manière sélective. Certes, il est fait référence aux revues de l'USB (voir "Suède"), mais les preuves qui y sont présentées ne sont guère discutées, seules les recommandations de Socialstyrelsen (voir "Suède") qui s'en inspirent sont citées. Il est également important de noter qu'aucune information n'est donnée sur la manière dont le consensus a été trouvé. On ne sait donc pas comment les auteurs (anonymes) sont parvenus à cette recommandation à partir des preuves qu'ils ont reçues.

ad3 Cette demande est à saluer du point de vue de la recherche, dans la mesure où les droits des patients sont garantis et où les aspects de la recherche et de l'éthique médicale sont pris en compte. Cette recommandation se trouve déjà dans les lignes directrices du Helsedirektoratet.

**Pertinence de l'application pour les soins :**

Les futures normes de traitement en Norvège ne seront pas déterminées par les recommandations de l'UKOM, mais par les lignes directrices actuelles de la Helsedirektoratet (Norvège 1), qui seront révisées avec la participation d'une expertise clinique multidisciplinaire. Les recommandations de l'UKOM ne sont pas contraignantes (Pham, 2023). La position du Helsedirektoratet à ce sujet reste ouverte jusqu'à nouvel ordre. Il est évident que le débat sur l'adéquation des soins porte entre autres sur la souveraineté en matière de ressources de soins (structures de soins centralisées ou décentralisées). Les conflits d'intérêts qui en découlent ne peuvent pas être totalement dissociés des argumentations sur la qualité structurelle des soins.

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

## Suède : SBU & Socialstyrelsen

### Document :

Traitement hormonal de la dysphorie de genre - enfants et adolescents. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska aspekter (Traitement hormonal de la dysphorie de genre - enfants et adolescents. Un examen systématique et une évaluation des aspects médicaux) & Vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd med rekommationer till profession och beslutsfattare (Prise en charge des enfants et des adolescents souffrant de dysphorie de genre. Base de connaissances nationale avec recommandations pour les professionnels et les décideurs)

### Institution éditrice :

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) & Socialstyrelsen (deux organismes publics autonomes)

### Auteurs\* & année :

Kriström, B. et al. (2022) & Bodin, M. et al.

### Type de publication :

Révision & "base de connaissances" avec recommandations contraignantes

### Participation d'experts et de sociétés savantes

Les "groupes de recommandation" comprenaient des experts en matière de traitement des enfants souffrant de dysphorie de genre. En outre, des experts dans le domaine des soins de santé pour les enfants dysphoriques de genre ont été interrogés une fois. La procédure de prise de décision pour un éventuel consensus d'experts\* n'est pas rapportée.

Aucune consultation ou participation de sociétés spécialisées n'est visible. Il n'apparaît pas non plus que les experts impliqués\* aient été mandatés par des sociétés spécialisées.

### Recommandations divergentes :

1. En cas de suspicion d'incongruité sexuelle, il est recommandé de procéder à un dépistage standard des troubles du spectre autistique et du TDAH.
2. Le traitement par blocage de la puberté, par des hormones ou par des opérations en dessous de l'âge de 18 ans ne doit plus être recommandé que dans le cadre d'études cliniques.
3. Jusqu'à ce que les études cliniques selon 2. soient lancées, les traitements avec des médicaments anti-pubertaires doivent exceptionnellement être autorisés.

Les conditions suivantes doivent être remplies pour que l'on puisse recommander la mise en place d'un blocage avant l'âge de 18 ans :

- I. Atteindre au moins le stade 3 de Tanner (pas 2) et
  - II. situation psychosociale stable (en particulier pas de handicap neuropsychiatrique ou cognitif ou de troubles psychiques non traités) et pas d'obésité sévère, et
  - III. incongruité sexuelle stable avec début vérifiable dans l'enfance (early onset) ou
  - IV. Incongruence sexuelle avec late onset en cas de sexe d'attribution masculin (en cas de sexe d'attribution féminin et de late onset, uniquement pilule mini/micro pour la suppression des règles)
4. Jusqu'à ce que des études cliniques soient lancées conformément au point 2, traitement exceptionnel par des hormones de stimulation sexuelle avant l'âge de 18 ans dans les conditions suivantes :
    - I. situation psychosociale stable (en particulier pas de handicap neuropsychiatrique ou cognitif) (troubles de la personnalité ou troubles psychiques non traités)
    - II. incongruité sexuelle stable avec début vérifiable dans l'enfance (early onset),



III. blocage antérieur de la puberté avec identification transgenre persistante et

IV. Avoir atteint l'âge de 16 ans

5. Jusqu'à ce que les études cliniques selon 2. soient lancées, mastectomie exceptionnelle avant l'âge de 18 ans dans les mêmes conditions (pertinentes ici) que 4.

**Justification des recommandations :**

Les études avec des résultats positifs pour le blocage de la puberté ou les hormones sont surtout considérées comme insuffisantes, car l'échantillon est trop petit, le taux d'abandon trop élevé, le suivi trop court et l'absence de groupe de contrôle. Justification des recommandations plus prudentes :

- a. On suppose des changements dans la population de patients
- b. Des publications récentes sur la transition appellent à la retenue (p. ex. Littman, 2018)
- c. Les experts cliniques sont de plus en plus conscients de la controverse sur les recommandations de traitement appropriées.

**Force du consensus**

Non indiqué, mais désaccord noté par les experts\*.

**Résumé de l'évaluation DELBI**

<i>Champ d'application &amp; objectif</i>	<i>Participation</i>	<i>Exactitude méthodologique</i>	<i>Clarté</i>	<i>Applicabilité générale</i>	<i>Indépendance éditoriale</i>	<i>Applicabilité en Allemagne</i>
0,56	0,50	0,67	0,75	0	0,33	0,33

**Évaluation critique des recommandations divergentes**

Dans l'ensemble, la réception de la base factuelle peut être considérée comme de grande qualité méthodologique. Celle-ci ne contient cependant pas de recommandations cliniques qui en découlent, mais uniquement des recommandations pour la recherche future dans ce domaine, ce qui est frappant, c'est que les auteurs sont étrangers au champ d'application clinique. Ainsi, pour améliorer les preuves, ils recommandent des essais contrôlés randomisés qui ne seraient pas éthiquement justifiables en l'absence d'une alternative de traitement efficace, sans les relativiser ou les classer de manière critique. La présentation est globalement claire. Un problème réside dans le manque d'informations sur le processus de consensus concernant la formulation des recommandations, les conflits d'intérêts, l'implication directe des personnes concernées/patients dans le processus d'élaboration, etc. Il n'y a pas de justification concluante pour les nouvelles recommandations alors que les données sur les résultats des traitements restent fondamentalement les mêmes que par le passé. En outre, une consultation unique d'experts a été réalisée sous la forme d'un sondage écrit sur des questions prédéfinies. Alors que des déclarations générales sur les connaissances empiriques ont été votées, il n'est pas possible de savoir si et, le cas échéant, comment la formulation des recommandations a fait l'objet d'un consensus. Il n'est pas non plus fait mention de l'intensité du consensus, mais seulement du fait que certains experts ont exprimé des opinions divergentes.

Il convient de faire des remarques critiques sur les différentes recommandations divergentes :

Ad 1 : Il est pas compréhensible que le dépistage standard d'un trouble du spectre de l'autisme ou d'un TDAH soit effectué indépendamment du fait que l'anamnèse ou le tableau clinique présente des indices ou des soupçons. Un tel dépistage standard sans aucun indice de suspicion clinique n'est pas recommandé par les lignes directrices S3 correspondantes sur la procédure diagnostique en cas de suspicion d'autisme ou de TDAH.

Ad 2 : Les études cliniques à long terme sont nécessaires pour améliorer les preuves. Cependant, les auteurs n'abordent pas les questions d'éthique de la recherche liées à leur recommandation. En l'absence d'une alternative thérapeutique efficace en cas de dysphorie de genre persistante, l'accès à un traitement

Recommandations nationales de traitement de la dysphorie de genre chez les enfants et les adolescents - Suède : SBU & Socialstyrelsen  
de substitution ne doit pas être limité.

La mise en œuvre d'un traitement conforme aux lignes directrices internationales et largement éprouvé sur le plan clinique ne doit pas dépendre, pour chaque patient, de l'accord de participation à une étude.

Ad 3, 4, 5 : Ces recommandations posent un problème éthique, car elles excluent catégoriquement du traitement à l'adolescence des groupes entiers de patients\* sans justification compréhensible (trouble du spectre autistique associé, dysphorie de genre avec début après la puberté chez les filles du sexe de naissance, autre maladie psychique coïncidente, etc. Les personnes en quête de traitement sont ainsi discriminées en fonction de leur sexe et de leurs troubles psychiatriques concomitants. En particulier, l'exigence selon laquelle l'accès à un traitement hormonal pour les adolescents souffrant de dysphorie de genre ne doit être possible qu'"en cas de début vérifiable dans l'enfance (early on- set)" est problématique à deux égards et impraticable sur le plan clinique : 1. le vécu intérieur rapporté par les personnes concernées, décisif à cet égard, ne peut pas être objectivé de manière vérifiable ; 2. les adolescents ne peuvent pas être considérés comme des patients. L'idée selon laquelle seuls les jeunes qui peuvent faire état d'une dysphorie de genre persistante depuis leur enfance prépubère peuvent être diagnostiqués avec suffisamment de certitude est en contradiction avec l'expérience clinique majoritaire des experts cliniques qui ont participé à cette ligne directrice. Une grande partie des patients qui développent une dysphorie de genre persistante à l'adolescence font état d'un développement infantile en grande partie discret ou indifférent en ce qui concerne leur identité et leur rôle sexuels.

Dans ce contexte, les raisons invoquées pour justifier les recommandations plus restrictives ne semblent pas cohérentes :

ada Une modification de la population est supposée sans tenir compte des biais dans la collecte et l'utilisation des données qui se cachent derrière cette observation. Il n'est finalement pas clair pourquoi un tel changement implique un écart fondamental par rapport aux standards de traitement actuels, qui ont toujours exigé un diagnostic complet et minutieux ainsi qu'un suivi professionnel de chaque cas individuel.

ad b Les publications sur la transition sont prises en compte sans que leurs limites méthodologiques ne soient discutées, alors que les limites méthodologiques du *protocole néerlandais* sont discutées en détail et considérées comme un argument contre le blocage de la puberté et les hormones. En particulier, il n'est pas discuté dans quelle mesure les études sur la transition permettent de supposer que les jeunes souffrant de dysphorie de genre ont une probabilité plus élevée de subir une transition ultérieure. Dans les publications concernant des personnes ayant subi une transition, la plupart d'entre elles ont indiqué avoir commencé leur premier traitement hormonal à l'âge adulte. Aucun rapport de cas publié ne fait état d'une transition après le début d'un blocage de la puberté ou d'un traitement hormonal à l'adolescence, ce qui est remarquable au vu des 30 ans de pratique du traitement par le *protocole hollandais* dans le monde.

ad c Il est difficile d'évaluer l'importance des connaissances empiriques des experts impliqués\* pour la formulation de recommandations lorsque celles-ci ne semblent pas avoir été formulées dans le cadre d'un processus de consensus et que la force du consensus n'est pas rapportée.

## États-Unis : American Academy of Pediatrics

### Document :

Assurer des soins et un soutien complets aux enfants et adolescents transgenres et issus de la diversité des genres

### Institution éditrice :

American Academy of Pediatrics (États-Unis ; la plus grande association médicale d'enfants et d'adolescents des États-Unis)

### Auteurs\* & année :

Rafferty, J. et al. (2018)

### Type de publication :

Déclaration de politique générale ("Policy Statement")

### Participation d'experts et de sociétés savantes

Le premier auteur est un expert scientifique en matière de traitement des KiJu souffrant de dysphorie de genre. Il est expliqué que d'autres déclarations d'experts\* ont été prises en compte. La nature des déclarations, la manière dont elles ont été prises en compte et le choix des personnes interrogées ne sont pas présentés de manière transparente.

L'éditeur lui-même est une société médico-scientifique spécialisée en pédiatrie. Une consultation d'autres sociétés spécialisées (p. ex. en endocrinologie ou en psychiatrie infantile) n'est pas visible. Il n'est pas non plus possible de savoir comment les experts interrogés ont été sélectionnés.

### Recommandations divergentes :

1. Pose de l'indication pour un traitement somatomédical "si possible" et "idéalement" avec la participation d'un spécialiste de la santé psychique de l'enfant et de l'adolescent (p. ex. psychiatre KiJu\*).
2. L'affirmation de l'identité de genre, même chez les enfants prépubères, serait importante.

### Justification des recommandations :

- a. L'affirmation de l'identité de genre est importante pour éviter la stigmatisation et conduit à de meilleurs résultats. Aucune raison explicite n'est donnée pour expliquer pourquoi l'indication d'un blocage de la puberté ou d'hormones de réassignation sexuelle ne devrait être posée que "dans l'idéal" ou "si possible" de manière multidisciplinaire (c'est-à-dire avec la participation de spécialistes de la santé mentale). Il se peut que cela soit dû à des raisons structurelles du système de santé américain.
- b. Les études sur le désistage (incongruité de genre dans l'enfance avec identification ultérieure du sexe cis) seraient obsolètes et non valables.

### Force du consensus

Non spécifié

### Résumé de l'évaluation DELBI

<i>Champ d'application &amp; but</i>	<i>Participation</i>	<i>Méthodes Exactitude</i>	<i>Clarté</i>	<i>Annexe générale réversibilité</i>	<i>Rédactionnel Indépendance</i>	<i>Applicabilité en Allemagne</i>
0,33	0,17	0,10	0,17	0	0,17	0,28

### Évaluation critique des recommandations divergentes

Dans l'ensemble, les recommandations sont basées sur des preuves plutôt faibles. Les objectifs et le champ d'application sont mentionnés de manière générale. La nature de la participation d'autres groupes

Recommandations nationales de traitement de la dysphorie de genre chez les enfants - USA : American Academy of Pediatrics  
professionnels n'est pas claire. En fin de compte, le premier auteur est responsable du texte, y compris des recommandations. Il n'est donc pas

de partir d'un processus de consensus (structuré). Il n'y a pas eu de revue systématique de la littérature. De nombreuses recommandations ne sont pas clairement décrites ("idéalement"). Aucun niveau d'évidence ou de recommandation n'a été indiqué. L'applicabilité générale et l'applicabilité en Allemagne semblent douteuses. Comparable en gros à une ligne directrice S1 de l'AWMF.

ad1 Si la recommandation signifie qu'un diagnostic par des professionnels de la santé mentale n'est pas nécessaire pour les enfants et les adolescents, mais seulement si la famille le souhaite, cela est en contradiction avec les directives de l'Endocrine Society (Hembree et al., 2017) et les Standards of Care de la WPATH (Coleman et al., 2022). Ces dernières ne prévoient certes pas de psychothérapie obligatoire (dans le sens d'interventions), mais elles prévoient la nécessité d'un diagnostic professionnel des problèmes psychiques (assessment). Les études de suivi menées jusqu'à présent sur le traitement médico-corporel des enfants souffrant de dysphorie de genre ont jusqu'à présent toujours prévu cet aspect dans le protocole de traitement en tant que mesure importante d'assurance qualité.

ad2 Il n'est pas clair de savoir ce que l'on entend concrètement par affirmation, c'est-à-dire s'il s'agit du respect de comportements non conformes au genre ou de la recommandation d'un changement de rôle social dans l'enfance. Il faut tenir compte du fait qu'il s'agit d'une décision de la famille dans le cas individuel. En référence à la SoC de la WPATH (Coleman et al., 2022 ; ou version antérieure) et de l'Endocrine Society (Hembree et al., 2017), un stade de Tanner de 2 est exigé pour le début le plus précoce possible d'un blocage de la puberté. Cette exigence ne ressort toutefois pas clairement du texte lui-même. Une plus grande clarté serait souhaitable à ce sujet.

## Sources

### Sources primaires

Académie nationale de médecine (éd.). (25 février 2022). *La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents*. Consulté le 6 avril 2023, <https://www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/>

Cass, H. (février 2022). *Independent review of gender identity services for children and young people : Interim report*. Consulté le 28 avril 2023, <https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/03/Cass-Review-Interim-Report-Final-Web-Accessible.pdf>

Helsedirektoratet. (9 juin 2021). *Kjønnsinkongruens (Congruence des sexes). Nasjonal faglig retningslinje [Incongruence des sexes. Ligne directrice nationale spécialisée]*. Consulté le 8 août 2023,

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kjonnsinkongruens>

Palveluvalikoima. (6 juin 2020). *Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Alaikäisten sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät [Recommandation du comité des services. Traitement médical des dysphories liées aux variations de l'identité sexuelle chez les mineurs]*. Consulté le 28 avril 2023, [https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Alaik%C3%A4iset\\_suositus.pdf/c987a74c-dfac-d82f-2142-684f8ddead64/Alaik%C3%A4iset\\_suositus.pdf](https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Alaik%C3%A4iset_suositus.pdf/c987a74c-dfac-d82f-2142-684f8ddead64/Alaik%C3%A4iset_suositus.pdf)

Palveluvalikoima. (6 juin 2020). *Méthodes de traitement médical pour la dysphorie associée aux variations de l'identité de genre chez les mineurs - recommandation*. Consulté le 28 avril 2023, [https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary\\_minors\\_en+\(1\).pdf/fa2054c5-8c35-8492-59d6-b3de1c00de49/Summary\\_minors\\_en+\(1\).pdf](https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en+(1).pdf/fa2054c5-8c35-8492-59d6-b3de1c00de49/Summary_minors_en+(1).pdf)

Palveluvalikoima. (6 juin 2020). *Palveluvalikoimaneuvoston valmistelumuistio. Sukupuoli-identiteetin variaatioista johtuvan dysforian lääketieteelliset tutkimus- ja hoitomenetelmät [Mémoire préparatoire du comité des services. Dysphorie due à des variations de l'identité de genre. Diagnostic médical et traitement des troubles dysphoriques de l'identité sexuelle]*. Consulté le 28 avril 2023, y compris les annexes,

Recommandations nationales de traitement de la dysphorie de genre chez  
les enfants <https://palveluvalikoima.fi/sukupuolidysforia-alaikaiset>

Rafferty, J., Yogman, M., Baum, R., Gambon, T. B., Lavin, A., Mattson, G., ... & Comité sur les aspects psychosociaux de la santé de l'enfant et de la famille. (2018). Assurer des soins et un soutien complets pour les enfants et les adolescents



enfants et adolescents transgenres et gender-diverse. *Pediatrics*, 142(4).  
<https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists [RANZCP] (éd.). (1er août 2021). *Recognising and addressing the mental health needs of people experiencing Gender Dysphoria / Gender Incongruence*. Consulté le 17 avril 2023, <https://www.ranzcp.org/news-policy/policy-and-advocacy/position-statements/gender-dysphoria>

Socialstyrelsen (en anglais). (décembre 2022). *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Bilaga till nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession und beslutsfattare. Kunskapsunderlag med metodbeskrivning [Annexe à la base de connaissances nationale avec recommandations pour les professionnels et les décideurs. Base de connaissances avec description des méthodes]*. Consulté le 11 avril 2023, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302.pdf>

Socialstyrelsen (en anglais). (décembre 2022). *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare [Prise en charge des enfants et adolescents atteints de dysphorie de genre. Base de connaissances nationale avec recommandations pour les professionnels et les décideurs]*. Consulté le 11 avril 2023, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302-kunskapsunderlag-med-metodbeskrivning.pdf>

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (22 février 2022). *Traitement hormonal des troubles de la reproduction - enfants et adolescents. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska aspekter [Traitement hormonal de la dysphorie de genre - enfants et adolescents. Un examen systématique et une évaluation des aspects médicaux]*. (Rapport 342/2022). Consulté le 11 avril 2023, [https://www.sbu.se/contentassets/ea4e698fa0c4449aae964c5197cf940/hormonbehandling-vid-konsdysfori\\_barn-och-unga.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/ea4e698fa0c4449aae964c5197cf940/hormonbehandling-vid-konsdysfori_barn-och-unga.pdf)

Statens undersøkelseskommisjon for helse-og omsorgstjenesten. (6 juin 2023). *Pasientsikkerhet for barn og unged med kjønnsinkongruens [Sécurité des patients pour les enfants et les adolescents présentant une incongruité de genre]*. Consulté le 8 août 2023, <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjønnsinkongruens/sammendrag>

## Sources supplémentaires

Beyer, M., Geraedte, M., Gerlach, F. M., Güllch, M., Kopp, I., Lelgemann, M., Ollenschläger, G., Selbmann, H.-K., Thole, H., Föllmann, M., Holzmann, N., Langer, T., Nothacker, M., Siering, U., Weinbrenner, S. & Wieland A. (2008). *Instrument allemand d'évaluation méthodique des lignes directrices (DELBI) version 2005/2006 + domaine 8*. AWMF et ÄZQ (éd.)  
<https://www.leitlinien.de/hintergrund/pdf/delbi-fassung-2005-2006-domaene-8-2008.pdf>

Bloc, J. (2023). La dysphorie de genre chez les jeunes est un risque-et donc le désaccord professionnel. *BMJ*, 380, 382. <https://doi.org/10.1136/bmj.p382>

Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1997). Réassignation sexuelle des transsexuels adolescents : une étude follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 263-271. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

de Vries, A. L., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Résultats psychologiques de jeunes adultes après suppression de la puberté et réassignation de genre.

*Pediatrics*, 134(4), 696-704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H.,

Recommandations nationales de traitement de la dysphorie de genre chez les enfants

et adolescents. Sources  
Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons : An endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102, 3869-3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>

Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PloS one*, 13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>

National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (21 octobre 2020a). *Examen des données probantes : Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria*. Consulté le 28 avril 2023, [https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726\\_Evidence-review\\_Gender-affirming-hormones\\_For-upload\\_Final.pdf](https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_Gender-affirming-hormones_For-upload_Final.pdf)

National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (21 octobre 2020b). *Examen des données probantes : Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria*. Consulté le 28 avril 2023, [https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726\\_Evidence-review\\_GnRH-analogues\\_For-upload\\_Final.pdf](https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_GnRH-analogues_For-upload_Final.pdf)

Phan, K. (8 juin 2023). *Norway didn't ban gender-affirming care for minors, as headline falsely claims*. AP News. <https://apnews.com/article/fact-check-norway-not-ban-gender-affirming-care-956221436313>

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

## Tableaux des évaluations DELBI-

### Angleterre et Pays de Galles : NHS England & NICE

#### Documents :

- Examen indépendant des services d'identité de genre pour les enfants et les jeunes : rapport intérimaire. February- ary 2022 ("Cass Interim Report")
- Spécification de service intérimaire : Service spécialisé intérimaire pour les enfants et les jeunes en situation d'inégalité des sexes
- Examen des données probantes : Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gen- der dysphoria (NICE, 2020a),
- Examen des données probantes : Hormones d'affirmation de genre pour les enfants et adolescents souffrant de dysphorie de genre (NICE, 2020b)

#### Institution éditrice :

Commandité par le NHS England & le National Institute for Health and Care Excellence ("NICE")

#### Domaine DELBI 1 : Champ d'application et objectif

Item 1	Item 2	Item 3
Objectifs spécifiques, sans qu'il soit prévu de les atteindre. l'utilité spécifique est décrite (3)	Dans le rapport intérimaire et les spécifications de service cations ne se réfèrent à des questions empiriques que dans une minorité de recommandations (2)	description claire du groupe de patients et zone d'approvisionnement (4)

#### Domaine DELBI 2 : Participation des parties prenantes

Item 4	Item 5	Item 6	Item 7
Noms et groupes spécialisés de "Groupe d'assurance" désigné sur le site web, groupes de spécialistes concernés (p. ex. psychiatrie pour enfants et adolescents) non inclus (2)	Les patients* indirectement par Discussion impliquée dans l'élaboration du rapport intérimaire, pas de participation directe (2)	Groupe cible d'utilisateurs et indi- Utilisateurs réels désignés (4)	pas d'étude pilote visible (1)

#### Domaine DELBI 3 : Exactitude méthodologique du développement de lignes directrices

Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14
tous les éléments pertinents Facteurs d'une systématique Recherche de littérature indiqué (4)	traitement individuel la mention de Entrée et sortie critères de sélection, Aperçu sous forme de di- agramme disponible (4)	Pour Interim Re- port et service Spécifications pas de consensus processus décrit ben (1)	Pas de données sur les effets secondaires les avantages et les Risques à Emp- erreurs (1)	Recommandations en partie avec Evi- de l'évolution, pas d'évidence- classes ou Recommandatio n grade indiqué (2)	pas de précédent Évaluation er- visible (1)	Mise à jour par le re-final port indiqué et de contact personnes ainsi que Méthodologie et Calendrier pr é s e n t é (4)

#### Domaine DELBI 4 : Clarté et conception

Item 15	Item 16	Item 17	Item 18
Recommandations en partie spécifiques poisson et clair, mais pas prédominant (2)	aucune option d'action clinique ones nommées (1)	Recommandations clés par- courants, faciles à identifier et sans équivoque (4)	pas de matériaux supplémentaires o- des instruments (1)

#### Domaine DELBI 5 : Applicabilité générale

Item 19	Item 20	Item 21
quelques barrières possibles sont mentionnées, en partie des propositions de solution, pas de solution explicite Analyse des barrières (3)	Impact financier du rapport intérimaire et ne sont pas explicites dans les spécifications de service. cite discuté (1)	Les indicateurs de mesure sont partiellement nommés (p. ex. patient, médecin, etc.) satisfaction), sans référence explicite à la Accès aux recommandations clés (2)

#### Domaine DELBI 6 : Indépendance éditoriale

Recommandations nationales de traitement de la dysphorie de genre chez les KiJu - Tableaux des évaluations DELBI

<i>Item 22</i>	<i>Item 23</i>
Déclaration de l'éditeur en tant que financeur (2)	pas de déclaration de conflits d'intérêts des personnes impliquées (1)

Domaine DELBI 7 : Applicabilité dans le système de santé allemand

<i>Item 24</i>	<i>Item 25</i>	<i>Item 26</i>	<i>Item 27</i>	<i>Item 28</i>	<i>Item 29</i>
pas de différence claire de l'approvisionnement Domaines d'activité (1)	mesures obsolètes  sans Donnée sur le destinataire degré d'erreur (2)	Déroulement des essais cliniques Prise de décision de l'organisation et  Diagramme pour Pro- processus d'information Autorisation (3)	Documents en ligne consultable, mais pas facile à trouver (2)	Concept de mise en œuvre de l'évaluation écrit avec un relation plus pertinente groupes et  Rétroaction pour le rapport final (4)	présentation générale de la méthode de l'approche de la médecine, Méthodologie de l'ent-  processus de décision à peine décrit (2)

Vorläufige Leitlinie zur Kommentierung

## Finlande : Palveluvalikoima

### Document :

Alaikäisten sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät  
(Traitement médical des dysphories liées aux variations de l'identité sexuelle chez les mineurs)

### Institution éditrice :

Palveluvalikoima (Council for Choices in Health Care in Finland ; Finlande ; organisme public)

### Domaine DELBI 1 : Champ d'application et objectif

Item 1	Item 2	Item 3
Objectifs généraux, mais pas spécifiques définies (2)	Certaines des recommandations Les questions suivantes sont identifiées (2)	description claire du groupe de patients et zone d'approvisionnement (4)

### Domaine DELBI 2 : Participation des parties prenantes

Item 4	Item 5	Item 6	Item 7
Attribution du groupe spécialisé pas possible de manière continue (1 ; (par ex. pas d'indication sur la participation d'endocrinologues)	Les patients* indirectement par Discussion impliquée dans l'élaboration, pas de participation directe (2)	Groupe cible d'utilisateurs, mais pas Utilisateurs indirects clairement identifiés (3)	pas d'étude pilote visible (1)

### Domaine DELBI 3 : Exactitude méthodologique du développement de lignes directrices

Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14
tous les éléments pertinents Facteurs d'une systématique Recherche de littérature indiqué (4)	Seulement pour des raisons critères suivants pour une ou deux personnes Exclusion de la donner, par exemple pas d'aperçu sur la fréquence de l'exclusion en vertu de PRISMA ou similaire (2)	accord formel Méthodes d'évaluation utilisé, chaque-mais pas de for- peinture Abstim- Méthodes d'évaluation pour les recommandations indiqué (2)	Avantages, risques et secondaires Les effets sont en partie avec publication de littérature s'est avéré être un bon exemple. Comparaison avec "naturel" Historique ou al- de l'autre côté de la frontière ne sont guère représentés. posée (3)	Pas de lien de l'opinion publique avec Evidence visible lich ; pas d'Evi- de l'âge et de l'état de santé donner (1)	pas de précédent Évaluation er- visible (1)	pas de validité durée indiquée (1)

### Domaine DELBI 4 : Clarté et conception

Item 15	Item 16	Item 17	Item 18
Recommandations en partie spécifiques poisson et clair, mais pas prédominant (2)	Options d'action en partie be- pas de critères de décision clairs (2)	Recommandations clés par- courants, faciles à identifier et sans équivoque (4)	Référence au matériel supplémentaire rial, recommandations sans degré de recommandation (2)

### Domaine DELBI 5 : Applicabilité générale

Item 19	Item 20	Item 21
les barrières organisationnelles ne sont pas discutées (1)	Impact financier désigné, pas de Analyse coûts-avantages ou similaire (3)	Mesures ou critères de suivi nommé, pas de référence aux recommandations (2)

### Domaine DELBI 6 : Indépendance éditoriale

Item 22	Item 23
pas d'explication sur le financement (1)	pas de déclaration de conflits d'intérêts des personnes impliquées (1)

### Domaine DELBI 7 : Applicabilité dans le système de santé allemand

Item 24	Item 25	Item 26	Item 27	Item 28	Item 29
pas de différence claire de l'approvisionnement Domaines d'activité (1)	mesures obsolètes sans Donnée sur le destinataire degré d'erreur (2)	Déroulement des essais cliniques Prise de décision sans que les Diagramme ou	appel ouvert de la Ligne directrice avec supplément matériaux, fibres longues mais seulement sur	con- générale de la mise en œuvre tion de l'information (2)	présentation générale de la méthode de l'approche de la médecine, Méthodologie de l'ent-

Recommandations nationales de traitement de la dysphorie de genre chez les KiJu - Tableaux des évaluations DELBI

		similaire (2)	Finlandais disponible. (1)	processus de décision à peine décrit (2)
--	--	---------------	-------------------------------	--



## France : Académie nationale de médecine

### Document :

La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents

### Institution éditrice :

Académie nationale de médecine (France ; société savante de médecins\* de différentes disciplines en France ; pas d'organisation gouvernementale ou semi-gouvernementale)

### Domaine DELBI 1 : Champ d'application et objectif

<i>Item 1</i>	<i>Item 2</i>	<i>Item 3</i>
Objectif non spécifiquement décrit (1)	Questions sous-jacentes aux recommandations ne sont nommés que de manière sélective (2)	simple mention du groupe cible sans définir la fertilisation (2)

### Domaine DELBI 2 : Participation des parties prenantes

<i>Item 4</i>	<i>Item 5</i>	<i>Item 6</i>	<i>Item 7</i>
Auteurs* non cités (1)	Pas de participation des patient*en (1)	Groupe cible d'utilisateurs non défini niert (1 ; "communauté médi-cale")	pas d'étude pilote (1)

### Domaine DELBI 3 : Exactitude méthodologique du développement de lignes directrices

<i>Item 8</i>	<i>Item 9</i>	<i>Item 10</i>	<i>Item 11</i>	<i>Item 12</i>	<i>Item 13</i>	<i>Item 14</i>
pas d'évaluation systématique Recherche littéraire (1)	pas d'évaluation systématique Choix de littérature (1)	Vote sans consensus formel apparent (2)	Pas de données sur les effets secondaires, les avantages et des risques aux recommandations (1)	pas d'information explicite Lien entre les recommandations et la littérature (1)	pas de précédent Expertise (1)	pas de mise à jour (1)

### Domaine DELBI 4 : Clarté et conception

<i>Item 15</i>	<i>Item 16</i>	<i>Item 17</i>	<i>Item 18</i>
Recommandations générales non spécifiques poisson et sans équivoque (1)	pas différentes mains options de gestion présentées (1)	Recommandations de bout en bout facilement et clairement identifiables (4)	pas de matériaux supplémentaires ou des instruments (1)

### Domaine DELBI 5 : Applicabilité générale

<i>Item 19</i>	<i>Item 20</i>	<i>Item 21</i>
les barrières organisationnelles ne sont pas discutées (1)	coûts éventuels non discutés (1)	aucune mesure ou critère de monitoring défini (1)

### Domaine DELBI 6 : Indépendance éditoriale

<i>Item 22</i>	<i>Item 23</i>
pas d'explication sur le financement (1)	Pas de déclaration de conflits d'intérêts potentiels (1)

### Domaine DELBI 7 : Applicabilité dans le système de santé allemand

<i>Item 24</i>	<i>Item 25</i>	<i>Item 26</i>	<i>Item 27</i>	<i>Item 28</i>	<i>Item 29</i>	<i>Item 30</i>
pas de différence claire de la Rangements (1)	pas d'indications sur des mesures obsolètes ont pris (1)	pas d'image de la décision Procédure d'évaluation (1)	pas d'orientation de l'environnement processus de décision (1)	Document en ligne gratuit bar (3)	pas de concept de Mise en œuvre décrit (1)	pas de description de l'application de la méthode de l'approche disciplinaire (1)

## Norvège 1 : Helsedirektoratet

### Document :

La non-congruence des sexes. Nasjonal faglig retningslinje (Incongruence des sexes. Guide professionnel national)

### Institution éditrice :

Helsedirektoratet (Norvège ; Autorité)

### Domaine DELBI 1 : Champ d'application et objectif

Item 1	Item 2	Item 3
Objectif non spécifiquement décrit (1)	Questions sous-jacentes aux recommandations ne sont nommés que de manière sélective (2)	simple mention du groupe cible sans dif fertilisation (2)

### Domaine DELBI 2 : Participation des parties prenantes

Item 4	Item 5	Item 6	Item 7
Désignation et participation de tous les groupes d'experts concernés ; implication l'attraction d'autres participants n'est pas claire (3)	Participation directe des patients pas de présentation des conséquences de la décision (3)	Applications directes et indirectes le groupe cible est clairement identifié (4)	pas d'étude pilote (1)

### Domaine DELBI 3 : Exactitude méthodologique du développement de lignes directrices

Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14
pas d'évaluation systématique recherche de littérature européenne che (1)	pas d'évaluation systématique littérature allemande sélection (1)	Pas d'indication sur Méthodes de Formulation de la recommandation de l'argent (1)	Pas de données à l'égard de l'industrie les effets, les avantages et des risques à Recommandations (1)	Partiellement Connexion l'éducation des enfants les recommandations et Littérature ; aucune LoE ou GoR indiqué (2)	pas de précédent Expertise (1)	pas de mise à jour rung est indiqué (1)

### Domaine DELBI 4 : Clarté et conception

Item 15	Item 16	Item 17	Item 18
Recommandations en partie spécifiques poisson et clair, mais pas prédominant (2)	différentes options d'action n e s dans certains domaines (2)	Recommandations clés disponibles mais souvent difficiles à identifier clairement (4)	Utilisation de matériel supplémentaire aliens ou instruments ; pas de résumé ou d'aperçu des recommandations (2)

### Domaine DELBI 5 : Applicabilité générale

Item 19	Item 20	Item 21
les barrières organisationnelles ne sont pas discutées (1)	coûts éventuels non discutés (1)	aucune mesure ou critère de monitoring défini (1)

### Domaine DELBI 6 : Indépendance éditoriale

Item 22	Item 23
pas d'explication sur le financement (1)	Pas de déclaration de conflits d'intérêts potentiels (1)

### Domaine DELBI 7 : Applicabilité dans le système de santé allemand

Item 24	Item 25	Item 26	Item 27	Item 28	Item 29	Item 30
pas de différence claire rence de la Services d'approvisionnement - riches (1)	quelques indications à obsolètes mesures, non En référence a u x recommandatio ns (2)	pas d'image de la décision processus d'évaluation (1)	pas d'orientation de l'environnement Procédure de divorce - processus identifia ble (1)	Document en ligne gratuit bar (3)	Mais plus généralement non spécifique Plan de mise en œuvre (par exemple, décentral isation ; 2)	pas de description l'application de la méthode de l'action de la hens (1)

## Norvège 2 : UKOM

### Document :

Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens (Sécurité des patients\* pour les enfants et les adolescents présentant une incongruité de genre)

### Institution éditrice :

Statens undersøkelseskommisjon for helse-og omsorgstjenesten (UKOM ; organisation semi-gouvernementale conseillant le gouvernement)

### Domaine DELBI 1 : Champ d'application et objectif

Item 1	Item 2	Item 3
Objectifs généraux, mais pas spécifiques définies (2)	Questions sous-jacentes aux recommandations ne sont nommés que de manière sélective (2)	simple mention du groupe cible sans dif- fertilisation (2)

### Domaine DELBI 2 : Participation des parties prenantes

Item 4	Item 5	Item 6	Item 7
Auteurs* non cités (1)	Audition, mais pas d'intervention directe Participation des patients (2)	Groupe cible d'utilisateurs en général défini, mais non spécifique (2)	pas d'étude pilote (1)

### Domaine DELBI 3 : Exactitude méthodologique du développement de lignes directrices

Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14
pas d'évaluation systématique recherche de littérature européenne (1)	pas d'évaluation systématique littérature allemande sélection (1)	Pas d'indication sur Méthodes de Formulation de la recommandation de l'argent (1)	Pas de données à l'égard de l'industrie les effets, les avantages et des risques à Recommandations (1)	Partiellement Connexion l'éducation des enfants les recommandations et Littérature ; aucune LoE ou GoR indiqué (2)	pas de précédent Expertise (1)	pas de mise à jour rangement est indiqué (1)

### Domaine DELBI 4 : Clarté et conception

Item 15	Item 16	Item 17	Item 18
Recommandations en majorité spécifique et univoque, pas de présentation des incertitudes (3)	pas différentes mais options de gestion présentées (1)	Recommandations de bout en bout facilement et clairement identifiables (4)	Référence au matériel supplémentaire sans niveaux de recommandation en résumé (2)

### Domaine DELBI 5 : Applicabilité générale

Item 19	Item 20	Item 21
les barrières organisationnelles ne sont pas discutées (1)	coûts éventuels non discutés (1)	aucune mesure ou critère de monitoring défini (1)

### Domaine DELBI 6 : Indépendance éditoriale

Item 22	Item 23
pas d'explication sur le financement (1)	Pas de déclaration de conflits d'intérêts potentiels (1)

### Domaine DELBI 7 : Applicabilité dans le système de santé allemand

Item 24	Item 25	Item 26	Item 27	Item 28	Item 29	Item 30
pas de différence claire de la Rubriques de soins (1)	Indications sur si-les mêmes mesures men sans GoR (2)	pas d'image de la décision processus d'évaluation (1)	pas d'orientation de l'environnement processus de décision (1)	Document en ligne gratuit bar (3)	pas de concept de Mise en œuvre (par exemple, pour la mise en œuvre études cliniques dien ; 1)	Très Description l'application de la méthode de la d é m a r c h e , mais la développement Procédure de divorce - Le processus n'est pas évident (1)

## Suède : SBU & Socialstyrelsen

### Document :

Traitement hormonal de la dysphorie de genre - enfants et adolescents. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska aspekter (Traitement hormonal de la dysphorie de genre - enfants et adolescents. Un examen systématique et une évaluation des aspects médicaux) & Vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare (Prise en charge des enfants et des adolescents souffrant de dysphorie de genre. Base de connaissances nationale avec recommandations pour les professionnels et les décideurs)

### Institution éditrice :

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) & Socialstyrelsen (Bureau des affaires sociales)

### Domaine DELBI 1 : Champ d'application et objectif

Item 1	Item 2	Item 3
Objectifs généraux, mais pas spécifiques définies (2)	Questions sous-jacentes aux recommandations sont systématiquement mentionnés (4)	simple mention du groupe cible sans différenciation (2, par ex. early- vs. late-onset)

### Domaine DELBI 2 : Participation des parties prenantes

Item 4	Item 5	Item 6	Item 7
toutes les spécialités médicales pertinentes groupes inclus, type d'inclusion non précisé (3)	Les patients participent indirectement à l'élaboration des politiques, pas de participation directe (2)	Groupe cible d'utilisateurs et utilisateurs réels désignés (4)	pas d'étude pilote visible (1)

### Domaine DELBI 3 : Exactitude méthodologique du développement de lignes directrices

Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14
tous les éléments pertinents Facteurs d'une systématique Recherche de littérature indiqué (4)	traitement individuel la mention de Entrée et sortie critères finaux (4)	accord formel Méthodes d'évaluation utilisés, chaque- mais pas de for- peinture Abstim- Méthodes d'évaluation pour les recommandations indiqué (2)	Avantagés, risques et secondaires Les effets sont en partie avec publication de littérature s'est avéré être un bon exemple. Comparaison avec "naturel" Historique ou al- de l'autre côté de la frontière n'ont guère d'importance. posée (3)	Recommandations lié à Preuve et non en indiquant les Recommandation droite, mais sans Niveaux de preuve (3)	Révision (pas obligatoirement "savoir- base de sens") a été évaluation externe en indiquant de nom et Spécialité de la Experts mais sans Description de la Méthode (3)	pas de validité durée indiquée (1)

### Domaine DELBI 4 : Clarté et conception

Item 15	Item 16	Item 17	Item 18
Recommandations en matière de spécialité Les recommandations de l'OMS sont spécifiques et les bases manquantes pour d'autres recommandations sont explicites. cités (4)	différentes options d'action n e s dans certains domaines (2)	Recommandations clés parcourants, faciles à identifier et sans équivoque (4)	Référence au matériel supplémentaire (du registre de la dysphorie de genre) sans niveau de recommandation ou version courte (2)

### Domaine DELBI 5 : Applicabilité générale

Item 19	Item 20	Item 21
les barrières organisationnelles ne sont pas discutées (1)	Aucune information sur les conséquences financières de l'absence de données probantes (1)	pas de définition des mesures ou Critères de vérification (1)

### Domaine DELBI 6 : Indépendance éditoriale

Item 22	Item 23
Déclaration de l'éditeur en tant que financeur (2)	déclaration générale d'absence de conflit d'intérêts des personnes impliquées (2)

### Domaine DELBI 7 : Applicabilité dans le système de santé allemand

Recommandations nationales de traitement de la dysphorie de genre chez les KiJu - Tableaux des évaluations DELBI

<i>Item 24</i>	<i>Item 25</i>	<i>Item 26</i>	<i>Item 27</i>	<i>Item 28</i>	<i>Item 29</i>
pas de différence claire de l'approvisionnement Domaines d'activité (1)	mesures obsolètes de l'entreprise et avec recherche documentaire occupés (4)	Déroulement des essais cliniques Prise de décision sans que les Diagramme ou similaire (2)	appel ouvert de la Ligne directrice avec supplément matériaux, fibres longues mais seulement sur Disponible en suédois bar (1)	con- générale de la mise en œuvre tion de l'information (2)	pas de généralisation Représentation du me- de l'approche méthodologique de l'éducation, la méthodologie de Processus décisionnel Le processus d'évaluation n'est pas écrit (1)

## États-Unis : Académie américaine de pédiatrie

### Document :

Assurer des soins et un soutien complets aux enfants et adolescents transgenres et issus de la diversité des genres

### Institution éditrice :

American Academy of Pediatrics (États-Unis ; la plus grande association médicale d'enfants et d'adolescents des États-Unis)

### Domaine DELBI 1 : Champ d'application et objectif

Item 1	Item 2	Item 3
Objectifs généraux, mais pas spécifiques de-finitif (2)	Questions sous-jacentes aux recommandations ne sont nommés que de manière sélective (2)	simple mention du groupe cible sans dif-fertilité (2)

### Domaine DELBI 2 : Participation des parties prenantes

Item 4	Item 5	Item 6	Item 7
Désignation claire de Groupes spécialisés, mais probablement pas tous les groupes spécialisés pertinents avec droit de décision impliqué dans les recommandations (2)	Pas de participation mentionnée de Patients* (1)	Groupe cible d'utilisateurs en eau courante texte indirectement défini, non clairement nommé (2)	pas d'étude pilote (1)

### Domaine DELBI 3 : Exactitude méthodologique du développement de lignes directrices

Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14
pas d'évaluation systématique de recherche de littérature européenne (1)	pas d'évaluation systématique de littérature allemande sélection (1)	Probablement pas de Formation d'un consensus, car premier auteur en tant que déclaré responsable (1)	Avantages, risques et secondaires Les conséquences sont peu discutés et seulement en partie avec littérature de l'administration fiscale. (2)	pas d'information explicite Lien de Recommandations et littérature (1)	pas de précédent Expertise (1)	Période de Validité de 5 ans, le nombre de ne pas avoir de personne en tant que contact cité (2)

### Domaine DELBI 4 : Clarté et conception

Item 15	Item 16	Item 17	Item 18
Recommandations en partie spécifiques poisson et clair, mais pas prédominant (2)	pas différentes mains options de gestion présentées (1)	Recommandations clés dans le domaine de l'eau courante de reconstituer le texte, mais pas de l'identifier facilement, des recommandations résumées à la fin, pas de coïncidence (2)	pas de matériaux supplémentaires ou des instruments (1)

### Domaine DELBI 5 : Applicabilité générale

Item 19	Item 20	Item 21
les barrières organisationnelles ne sont pas discutées (1)	coûts éventuels non discutés (1)	aucune mesure ou critère de monitoring défini (1)

### Domaine DELBI 6 : Indépendance éditoriale

Item 22	Item 23
Financement par l'organisation émettrice ; type de financement pas décrit (2)	une déclaration générale négative concernant d'éventuels conflits d'intérêts. Les conflits ne concernent que l'auteur principal ; aucune déclaration n'est faite par les autres parties, pas de documentation spécifique (2)

### Domaine DELBI 7 : Applicabilité dans le système de santé allemand

Item 24	Item 25	Item 26	Item 27	Item 28	Item 29	Item 30
pas de différence claire de la Services d'approvisionnement -	pas d'indication sur des mesures obsolètes ont pris (1)	pas d'image de la décision Procédure d'évaluation (1)	pas d'orientation de l'environnement Procédure de divorce - Le processus est	Document en ligne gratuitement et en tant que PDF disponible (3)	pas de concept de Mise en œuvre décrit (1)	pas de description de l'application de la méthode de l'action de la hens (1)

Recommandations nationales de traitement de la dysphorie de genre chez les KiJu - Tableaux des évaluations DELBI

riches (1)			reconnaisable (1)			
------------	--	--	----------------------	--	--	--