

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

Les enjeux éthiques de la dysphorie de genre chez les adolescents

Ravez, Laurent; Richa, Sami ; Atallah, David

Published in:
Ethica Clinica

Publication date:
2023

Document Version
Version revue par les pairs

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (HARVARD):

Ravez, L, Richa, S & Atallah, D 2023, 'Les enjeux éthiques de la dysphorie de genre chez les adolescents', *Ethica Clinica*, numéro 111, pp. 4-10.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LES ENJEUX ETHIQUES DE LA DYSPHORIE DE GENRE CHEZ LES ADOLESCENTS

Richa Sami *, Ravez Laurent**, Atallah David***

*Professeur de Psychiatrie, Faculté de médecine, Université Saint-Joseph, Beyrouth, Liban

** Professeur d'éthique médicale, Faculté de médecine, Université de Namur, Namur, Belgique

***Professeur de Gynécologie – Obstétrique, Faculté de médecine, Université Saint-Joseph, Beyrouth, Liban

Auteur correspondant

Pr. Sami Richa

Adresse : Faculté de médecine, Université Saint-Joseph, Beyrouth, Liban

Rue de Damas B.P. 11-5076 - Riad El Solh, Beyrouth, Liban

Tel : 009613225960

Email : sami.richa@usj.edu.lb

Résumé : La « dysphorie du genre » est une souffrance en lien avec l'incompatibilité entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné.

Les personnes transgenres sont exposées à un risque accru de problèmes de santé dont les plus étudiés sont l'infection à VIH et autres infections sexuellement transmissibles, les troubles de santé mentale et la consommation de substances psychoactives. Leur parcours au niveau personnel, familial et au niveau de la société est un parcours du combattant.

Les traitements de réassignation hormonaux et chirurgicaux posent de grands défis éthiques qui seront discutés, notamment au niveau des valeurs fondamentales, les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice.

Après accompagnement psychiatrique et psychologique et une bonne évaluation pluridisciplinaire, on peut envisager après la puberté une réassignation hormonale prescrite par un endocrinologue et sous son contrôle et attendre l'âge de dix-huit ans pour une réassignation chirurgicale.

Cela devrait se faire en respectant un suivi pluridisciplinaire et après avis collégial d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un endocrinologue et d'un chirurgien.

Une évaluation rigoureuse au préalable et un suivi psychologique au long cours après les traitements médicaux et chirurgicaux paraissent indispensables.

Mots-clés : Genre ; Dysphorie de genre ; Réassignation hormono-chirurgicale ; Stigma ; Éthique.

Introduction

En 1973, le concept de « dysphorie de genre » est adopté, en référence à une souffrance en lien avec l'incompatibilité entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné.

Elle a été admise en France comme Affection de Longue Durée (ALD) psychiatrique en 2004, en tant que « *trouble précoce de l'identité sexuelle* », et en 2010, elle a été dépsychiatisée, devenant une ALD hors liste.

Le diagnostic de cette dysharmonie repose sur trois critères :

- une souffrance qu'on appelle dysphorie de genre ;

- une identification à l'autre sexe qui doit être une idée précoce, prévalente et constante, se manifestant dès l'enfance dans les goûts, les intérêts, les choix vestimentaires, voire souvent mais pas toujours l'orientation sexuelle. Certes, il peut s'agir de manifestations inspirées par les stéréotypes sexuels, mais la constance de ce tableau psycho-biographique lui confère une valeur sémiologique ;
 - un désir profond de vivre et d'être accepté sous l'apparence de l'autre sexe et de bénéficier d'une thérapie hormono-chirurgicale. (1)
- On parle désormais de *dysphorie de genre* selon le DSM 5 ou d'une *incongruence de genre* selon la CIM 11.

On peut changer son prénom sur le plan de l'état civil. En effet, en France, la loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle ne conditionne plus le changement de sexe à l'état civil à une intervention chirurgicale ou à une stérilisation. Elle a modifié les conditions de changement d'état civil (articles 60 et 61-5 à 8 du Code civil) de la façon suivante :

- Le changement de prénom relève de l'officier d'état civil sur la base d'un intérêt légitime.
- Le changement de sexe à l'état civil relève du tribunal de grande instance. Le demandeur doit faire état de son consentement libre et éclairé et produire tout élément de preuve au soutien de sa demande : se présenter publiquement comme appartenant au sexe revendiqué, être connu par son entourage sous le sexe revendiqué, avoir obtenu un changement de prénom afin qu'il corresponde au sexe revendiqué. Le fait de ne pas avoir subi de traitements médicaux, une opération chirurgicale ou une stérilisation ne peut motiver le refus de faire droit à la demande. (2)

En Belgique, la loi du 25 juin 2017 dite « transgenre » modifiant le Code civil a largement simplifié les procédures permettant de modifier le prénom et le sexe mentionnés sur l'acte de naissance. Pour les personnes majeures, il suffit, pour changer de sexe, de déclarer par écrit auprès des autorités communales que le sexe mentionné sur leur acte de naissance ne correspond pas à leur identité de genre. Cette première déclaration doit être confirmée quelques mois plus tard par une seconde confirmant la demande de changement de sexe. En ce qui concerne le changement de prénom, une seule déclaration est nécessaire précisant que le prénom porté ne correspond pas à l'identité de genre vécue.

Les personnes mineures à partir de 12 ans peuvent changer leur prénom à condition toutefois que les deux parents soient d'accord et qu'ils signent le formulaire de demande. Le changement de sexe n'est possible qu'à partir de 16 ans, moyennant l'attestation d'un pédopsychiatre concernant la capacité de décision de l'enfant. Celui-ci doit par ailleurs être accompagné dans ses démarches par ses parents, sachant qu'un recours au Tribunal de la famille est possible au cas où ceux-ci ne seraient pas d'accord avec sa demande. (3)

Après accompagnement psychiatrique et psychologique et une bonne évaluation pluridisciplinaire, on peut envisager après la puberté une réassignation hormonale prescrite par un endocrinologue et sous son contrôle et attendre l'âge de dix-huit ans pour une réassignation chirurgicale.

1- La réassignation hormono-chirurgicale

Le choix du traitement hormonal et son dosage doivent tenir compte des souhaits du patient, de son âge, de ses comorbidités et de sa sensibilité individuelle au traitement.

Comme pour toute prescription, le praticien devra vérifier l'absence de contre-indications pour chacune des molécules choisies et identifier les interactions médicamenteuses possibles.

Il n'y a pas actuellement de « traitement-type » recommandé au niveau international : les molécules utilisées, les doses et la voie d'administration sont très variables d'une équipe à l'autre.

La chirurgie de réassignation sexuelle a pour but de mettre le morphotype en conformité avec l'identité sexuelle désirée en créant une anatomie génitale aussi conforme que possible à celle du sexe souhaité. La plupart du temps, la chirurgie vient compléter le processus de transformation anatomique ébauché par l'hormonosubstitution, par l'ablation des organes sexuels du sexe génétique et la création de nouveaux organes génitaux du sexe désiré. Sont associées une chirurgie ablative et une chirurgie reconstructive, qui selon les cas peuvent être simultanées ou successives. Il est à noter que certains transsexuels ne souhaitent pas ou ne peuvent pas réaliser cette chirurgie. (4)

2- Le vécu dû au stigma

Les personnes transgenres sont exposées à un risque accru de problèmes de santé dont les plus étudiés sont l'infection à VIH et autres infections sexuellement transmissibles, les troubles de santé mentale et la consommation de substances psychoactives. En effet, il existe une surexposition de la population transgenre par rapport à la population générale pour l'infection VIH. Par ailleurs, les personnes transgenres sont exposées à un risque d'idées et de conduites suicidaires tout au long de leur vie. L'association entre discrimination et idées suicidaires passe par le développement d'une dépression. Enfin, concernant la vulnérabilité psycho-sociale, la précarité matérielle qui touche de nombreuses personnes transgenres est directement liée à la stigmatisation dont elles sont victimes. Ainsi, la révélation d'un désir de transition ou d'un parcours passé de transition (*coming out*) peut être suivie de rupture ou de violences : rupture des liens familiaux, mise à la rue, déscolarisation, perte d'un emploi ou difficultés à trouver un emploi. Ces ruptures peuvent conduire à des situations d'isolement qui ont des conséquences sur la santé psychique et somatique des personnes. (5)

Par ailleurs, depuis septembre 2021 en France, la circulaire Blanquer « *Pour une meilleure prise en compte des questions relatives à l'identité de genre en milieu scolaire* » demande aux établissements scolaires d'employer le genre et le prénom choisis par le jeune sous réserve de l'accord de ses parents, ainsi que de mettre en place les aménagements pratiques pour permettre la transition. Cette circulaire insiste encore sur la protection des jeunes trans et la prévention de la transphobie en milieu scolaire. (6)

En Belgique, il existe une loi anti-discrimination (loi générale du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination) qui s'applique bien entendu aux discriminations dont les jeunes transgenres pourraient être les victimes. Par ailleurs, le Centre Unia, institut national des droits humains qui défend l'égalité entre les citoyens et lutte contre les discriminations offre régulièrement des avis et des recommandations en ce domaine. En outre, l'Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES) et la Fédération Wallonie-Bruxelles ont publié en 2018 un *Guide d'accompagnement pour l'inclusion des personnes trans dans l'enseignement supérieur en Fédération Wallonie-Bruxelles*. (7)

Dans ce guide, on peut lire les résultats d'une étude menée au sein des pays de l'Union Européenne faisant apparaître qu'une personne LGBT sur cinq ayant fréquenté le milieu scolaire ou universitaire au cours des douze mois précédant l'enquête déclare s'être sentie

discriminée par le personnel éducatif. Si on s'intéresse spécifiquement aux personnes trans, la proportion d'individus concernés monte à 24%. (8)

Le guide de l'ARES propose une série de recommandations destinées aux acteurs de l'enseignement supérieur principalement destinées à créer un environnement « trans friendly » réduisant autant que faire se peut les discriminations à l'égard des personnes transgenre (adaptation des formulaires d'inscription, usage du prénom social revendiqué, utilisation adaptée des toilettes et des vestiaires, insistance sur le respect de la vie privée, etc.). (7)

3- L'évaluation et l'accompagnement, remparts contre le regret

L'évaluation de la personne qui demande à changer de sexe devrait être faite par un psychiatre/psychologue, un endocrinologue et un chirurgien. Une bonne évaluation est le seul véritable rempart contre un éventuel regret après une chirurgie désormais irréversible.

Par ailleurs, les personnes qui tentent d'accéder à des soins pour la dysphorie de genre redoutent souvent les rencontres avec les cliniciens, leurs expériences de souffrance étant confrontées à de lourdes mesures de vérification. Il s'agit d'accueillir le patient dans sa demande, d'accueillir sa famille, de les entendre dans ce qu'ils disent d'eux-mêmes, afin de permettre une réflexion intégrée, sans rabattre les faits cliniques sur des critères diagnostiques ou des préjugés dogmatiques. Face à la complexité de cette clinique, toutes les décisions thérapeutiques doivent être à la fois collégiales et pluridisciplinaires. (9)

Par la suite, l'accompagnement de la personne par un psychiatre ou un psychologue serait utile durant le parcours, pour prendre en compte le retentissement psychique des transformations du corps et les impacts de la transition sur la vie personnelle. Cet accompagnement serait d'autant plus utile que la prévalence des troubles psychiques est plus élevée chez les personnes transgenres qu'en population générale, avec notamment une suicidabilité plus forte. Cela se fait durant un parcours de transition. (9)

Ces parcours de transition devraient reconnaître l'autodétermination des personnes, permettre un choix éclairé en améliorant l'accès à l'information, rendre possibles des parcours de transition médicale diversifiés dans leur contenu et leurs modalités, faisant une plus grande place à la médecine de premier recours et au travail en réseau, dépsychiatriser l'entrée dans les parcours, tout en permettant un accompagnement en santé mentale si nécessaire. (5)

Ainsi, si le consentement éclairé est considéré comme le moyen le plus clair de protéger l'autonomie, dans le cas de l'hormonothérapie, de nombreux médecins s'estiment incapables d'évaluer si les patients qu'ils traitent sont compétents pour prendre des décisions concernant leur propre corps. Les médecins pourraient soupçonner que la dysphorie de genre est elle-même un signe d'autres maladies mentales et qu'un patient pourrait regretter sa décision d'entreprendre des soins. (10)

Après une bonne évaluation pluridisciplinaire, les actes chirurgicaux ont généralement des répercussions positives dans le futur. Dans leur majorité, les patients expriment un bien-être psychologique et sexuel après l'opération. (11)

Les données sur les résultats à long terme de la suppression de la puberté ainsi que les traitements hormonaux et chirurgicaux ultérieurs indiquent que les adolescents atteints de dysphorie de genre peuvent avoir un avantage substantiel concernant leur évolution psychosociale. Le développement cérébral étudié par neuroimagerie ne semble pas être perturbé par la suppression de la puberté. (12)

Si une psychothérapie individuelle est toujours proposée sans être jamais imposée, l'offre de soins comprend aussi des groupes de parole enfants ou adolescents, et des groupes de

parole parents, des consultations d'information en santé reproductive (notamment dans les Centres d'études et de conservation des œufs et du sperme–Cecos), un accompagnement médical et endocrinologique à visée d'information et de bilan médical, et, le cas échéant, pour mettre en route et ajuster les traitements hormonaux (de masculinisation, de féminisation à partir de 16 ans ou de bloqueur de puberté après que la puberté a débuté). Les traitements hormonaux sont prescrits hors-AMM. La question des transitions chirurgicales se pose généralement après 18 ans.

En Belgique, il existe deux centres agréés d'accompagnement de la transidentité, l'un à Liège et l'autre à Gand. Les interventions médicales qui pourraient être souhaitées dans le cadre d'un changement de genre ne seront partiellement prises en charge par la sécurité sociale que si la personne concernée s'adresse à l'un de ces centres agréés. Les traitements hormonaux ne sont accessibles qu'à partir de 16 ans et il n'y a pas d'intervention chirurgicale avant 18 ans.

Un faible nombre de médecins spécialistes ou généralistes acceptent de prescrire les traitements hormonaux. Ces traitements sont administrés à long terme et peuvent induire des effets secondaires. L'automédication pratiquée par des personnes augmente le risque d'effets secondaires. Le traitement hormonal réduirait la fertilité de manière peut-être irréversible, et à long terme, il peut entraîner une infertilité qu'il est important d'expliquer à la personne avant le début du traitement. (9)

Des possibilités de préservation des gamètes sont disponibles en France (orientation vers un CECOS) et en Belgique dans les centres spécialisés. (5)

3- La réassignation hormono-chirurgicale guidée par le respect des principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice

Par-delà les opinions et les débats sociétaux, de réels enjeux éthiques sont à considérer, en particulier autour de la notion de consentement libre et éclairé chez l'enfant et l'adolescent.

A partir du moment où il y a un respect des recommandations médicales et un accompagnement de l'adolescent et de sa famille, dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, comment pourrait-on justifier d'interdire à un enfant transgenre d'être reconnu socialement dans son genre ressenti ? (9)

Par ailleurs, le respect du principe de bienfaisance devra reposer sur les effets positifs rapportés par les personnes et montrés par les études sur le fonctionnement global, et en particulier sur l'état psychologique, réduisant le risque psychiatrique et le risque de déscolarisation. Mais le respect du principe de non-malfaisance demande de prendre en considération un risque qui serait de précipiter dans un devenir trans des identifications développementales transitoires, mais aussi le risque de harcèlement et d'ostracisation. (9)

Si nous voulons que les fameux principes de Beauchamp et Childress soient utiles dans ce débat, nous devons être attentifs aux détails. Qu'en est-il vraiment de la question de l'autonomie des enfants et des adolescents confrontés à une dysphorie de genre et souhaitant entrer dans un processus de transition ?

Nous savons que le respect du principe d'autonomie passe par la mise en place d'un processus de consentement libre et éclairé. Un tel processus s'appuie sur la parfaite information des patients concernés et de leurs familles. La transmission de ces

informations incombe bien entendu aux professionnels de la santé. C'est ici que le bât blesse en ce qui concerne les thérapies de transition hormonales et chirurgicales.

De nombreuses publications (13) mettent aujourd'hui en doute la qualité des informations délivrées par les équipes spécialisées dans les thérapies de transition. Nous pointerons ici trois points sensibles. Le premier est que les professionnels concernés ne seraient pas suffisamment précis à propos des incertitudes qui persistent concernant la persistance de la dysphorie de genre chez les enfants et les adolescents. En effet, plusieurs études américaines sérieuses (14) montrent qu'un pourcentage important (>50%) d'enfants diagnostiqués dysphoriques de genre ne l'étaient plus du tout à l'âge adulte. L'hypothèse que la dysphorie de genre chez les enfants et les adolescents ne seraient, au moins pour certains d'entre eux, qu'une étape dans la construction de leur identité doit donc être prise très au sérieux. D'où, encore une fois, la nécessité au préalable d'une bonne évaluation médicale et psychologique indispensable et menée de façon rigoureuse.

Le deuxième point d'attention concernant l'information en matière de thérapies de transition porte sur la fiabilité des techniques et des molécules utilisées, par exemple pour bloquer la puberté ou induire le changement de sexe. Deux études menées par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sous l'impulsion du National Health Institute anglais vont clairement dans ce sens (15). Etant donné l'irréversibilité des effets de certains de ces traitements et les conséquences que cela peut avoir sur la vie des patients, il est clair que ces graves incertitudes devraient être clairement expliquées aux enfants concernés ainsi qu'à leurs parents.

Le dernier point d'attention en matière d'information sur lequel nous souhaitons insister est lié au risque de suicide chez les personnes manifestant une dysphorie de genre. Levine et al. (13) insistent beaucoup sur le fait que le risque de suicide est souvent utilisé comme l'argument-clef par les professionnels de santé pour convaincre les parents d'enfants ou d'adolescents atteints d'une dysphorie de genre qu'une thérapie de transition est nécessaire et urgente. Le message ainsi transmis aux parents est clair : si vous voulez garder votre enfant en vie, n'attendez pas pour la transition. Pourtant, une étude récente menée aux Pays-Bas par de Graaf et al. (16) montre que si la question du suicide des jeunes doit évidemment être prise très au sérieux, la dysphorie de genre n'augmente pas de façon marquée le risque d'un passage à l'acte. Ces éléments amènent dès lors Levine et al. (13) à conclure : « *Nous considérons donc que le discours sur "la transition ou la mort" est mal informé et éthiquement erroné* ».

Nous voyons que l'application du principe d'autonomie aux thérapies de transition est loin d'être un fleuve tranquille.

Qu'en est-il maintenant des trois principes restants : la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice ?

Commençons par le principe de non-malfaisance. Traditionnellement, celui-ci est présenté comme la mise en perspective des bénéfices et des inconvénients d'une intervention ou d'une molécule. Si les inconvénients s'avèrent supérieurs aux bénéfices, il est légitime de ne pas s'engager dans le processus thérapeutique ou de l'interrompre. Du point de vue de ce principe, le bilan des thérapies de transition est loin d'être satisfaisant. Levine et al. (13) rappellent que si les bénéfices de ces interventions sont loin d'être avérés, les inconvénients sont, quant à eux, tout à fait certains. Les bloqueurs de puberté rendent stériles, les interventions chirurgicales sur les seins et les organes génitaux sont irréversibles et l'on constate de plus en plus de problèmes osseux et cardiovasculaires chez les patients concernés.

L'application du principe de bienfaisance à ces traitements suscite également de nombreuses questions. Cherche-t-on réellement à faire le bien des enfants et des adolescents à qui ces traitements sont proposés ? Ne cherche-t-on pas à régler facilement et mécaniquement un problème d'identité complexe qui mériterait une prise en charge holistique ? Si le bien visé est la résolution de la dysphorie de genre chez les enfants et les adolescents, alors on ne peut que douter de la pertinence des thérapies de transition telles qu'elles sont conduites aujourd'hui. Celles-ci peuvent être peu fiables, peuvent entraîner de nombreux effets secondaires très négatifs et, finalement, ne résolvent souvent pas les difficultés psychologiques qui en avaient motivé la mise en œuvre. (16)

L'application du principe de justice aux thérapies de transition est moins évidente que pour les trois autres principes. Elle permet toutefois d'évoquer des inquiétudes légitimes sur les dépenses liées à ces interventions, tant pour les patients eux-mêmes ainsi que leurs familles que pour la société tout entière. Les statistiques sont affolantes : aux États-Unis, on estime que 2 à 9% des lycéens se sentent transgenres ; en Angleterre, les demandes de transition adressées par des adolescents à des services spécialisés ont été multipliées par 53 entre 2009 et 2019 (16). Une telle explosion des demandes pèse très lourd sur l'équilibre financier des systèmes de santé.

4- Les sujets les plus sensibles demeurent la fertilité et la parentalité chez les personnes transgenres.

Les membres de la population transgenre ont le même désir de progéniture, pour les mêmes raisons que la population cisgenre et la fécondité présente l'un des problèmes les plus délicats. L'infertilité chez les femmes trans est causée par l'orchidectomie. À l'inverse, l'hystérectomie et l'ovariectomie éliminent le risque de grossesse chez les hommes trans. Les patientes sont généralement en âge de procréer au début de leur transition et une nette majorité d'entre elles expriment le désir d'avoir un potentiel reproductif après la transition. C'est presque impossible, car une transition irréversible signifie perdre la possibilité d'avoir des enfants. Toutefois, les possibilités de préservation des gamètes étant disponibles en France (orientation vers un CECOS), la fertilité, y compris tous les problèmes et dilemmes qui y sont liés, doit être discutée très profondément et méticuleusement. La population transgenre doit être informée de toutes les possibilités, avantages et inconvénients avant tout traitement et chaque option doit finalement être la décision du patient. (9) À condition d'avoir la maturité nécessaire et cela se discute au cas par cas en laissant la place aussi au facteur temps.

Conclusion

La réassignation doit être envisagée chez les adolescents ayant atteint l'âge de la puberté. Cela devrait se faire en respectant un suivi pluridisciplinaire et après avis collégial d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un endocrinologue et d'un chirurgien. Le facteur temps est un élément important à considérer pour s'assurer de la demande de l'adolescent et apaiser les tensions familiales qui peuvent naître.

Les données sur les résultats à long terme de la suppression de la puberté ainsi que les traitements hormonaux et chirurgicaux ultérieurs indiquent que les adolescents atteints de dysphorie de genre peuvent avoir un avantage substantiel concernant leur évolution psychosociale. Mais cela n'est vrai qu'au prix d'une évaluation rigoureuse au préalable et un suivi après les traitements médicaux et chirurgicaux, suivi qui doit être maintenu au long cours.

La conservation des gamètes pour une fécondité ultérieure, la fertilité, y compris tous les problèmes et dilemmes qui y sont liés, doit être discutée très profondément et méticuleusement.

Le cas des enfants ou des adolescents n'ayant pas atteint l'âge de la puberté demande encore une plus grande réflexion.

Références bibliographiques

- 1- Cordier B. *Entre sexe et genre, qui suis-je ?* (2022), Annales médico-psychologiques, Vol. 180, N°4, 332-336.
- 2- HAS, 2022. *Parcours de transition des personnes transgenres.*
- 3- https://justice.belgium.be/sites/default/files/downloads/brochure_transgender_fr_2018-01.pdf
- 4- https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-2/rapport_transsexualisme.pdf
- 5- Picard H, Jutant S. *Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans.* Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_personnes_trans_2022.pdf
- 6- <https://www.education.gouv.fr/bo/21/Hebdo36/MENE2128373C.htm>
- 7- <https://www.ares-ac.be/images/publications/guides/ARES-DEC-Guide-Trans-web-2018-05.pdf>.
- 8- *Being trans in the European Union, comparative analysis of EU survey data*, European Fundamental Agency for Human Rights, 2014.
- 9- Condat A., Cohen D. *La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : controverses récentes et enjeux éthiques.* (2022), Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 70, 408-426.
- 10- Fuss J., Auer MK., Brikena P. *Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research* (2015), Curr Opin Psychiatry, 28:430–434.
- 11- Karpel L., Gardel B., Revol M., Brémont-Weil C., Ayoubi JM., Cordier B. *Bien-être psychosocial postopératoire de 207 transsexuels.* (2015), Annales Médico-psychologiques, Vol. 173, N° 6, 511-519.
- 12- Strand NK., Jones NL. *Invisibility of “Gender Dysphoria”* (2021), AMA Journal of Ethics, Volume 23, Number 7: E 557-562.
- 13- Levine S., Abbruzzese E., Mason J. (2022) *Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults*, Journal of Sex & Marital Therapy (2022), 48:7, 706-727.

- 14- Zucker KJ. *The myth of persistence: Response to “A critical commentary on follow-up studies and ‘desistance’ theories about transgender and gender non-conforming children”* by Temple Newhook et al. (2018). *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 231–245.
- 15- National Institute for Health and Care Excellence. *Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria* (2020).
- 16- de Graaf NM., Steensma TD., Carmichael P., Vander Laan, DP., Aitken M., Cohen Kettenis PT., de Vries A., Kreukels B., Wasserman L., Wood H., Zucker KJ. (2020). *Suicidality in clinic-referred transgender adolescents*. (2020) *European child & adolescent psychiatry*, 31, 67–83.

Pas de conflits d'intérêt pour les auteurs concernant cet article.