

Traitement médical des personnes mineures présentant une dysphorie de genre

Considérations éthiques et juridiques

Table des matières

1. Introduction	3
2. Incongruence et dysphorie de genre dans le contexte médical : diagnostic, accompagnement et traitement	5
2.1 Critères diagnostiques selon la CIM-11	5
2.2 Accompagnement médical et traitement	7
2.2.1. Accompagnement psychologique, systémique et psychothérapeutique.	8
2.2.2. Bloqueurs de puberté.	10
2.2.3. Hormonothérapie d'affirmation de genre	12
2.2.4. Interventions chirurgicales	13
3. Considérations juridiques et éthiques	15
3.1 Autonomie/Autodétermination	15
3.1.1. Le droit de l'enfant à un avenir ouvert	15
3.1.2. Capacité de discernement et prise de décision par représentation légale	16
3.1.3. Droit à la participation et prise de décision partagée	17
3.1.4. Résultats ouverts et espace pour le doute.	19
3.2 Non-malfaisance	19
3.2.1. Indication et évaluation des risques	19
3.2.2. Données scientifiques et lacunes de la recherche	20
3.2.3. Pesée des intérêts et réduction des dommages	22
3.3 Bienfaisance	22
3.4 Justice.	23
4. Résumé et recommandations.	26
5. Références.	30
6. Glossaire	38

1. Introduction

Pour la plupart des personnes, le genre qui leur a été assigné à la naissance sur la base de leurs caractères sexuels^{*1} externes correspond à l'identité de genre* qu'elles ressentent subjectivement : elles se sentent garçon/homme ou fille/femme et sont également perçues comme tel par les autres. Cependant, pour certaines personnes, il en va autrement. Elles ressentent le genre que les autres leur assignent comme étranger, erroné ou inadapté. Cette discordance entre le genre assigné par le milieu social et l'identité de genre subjective d'une personne est appelée incongruence de genre*. Le nombre de personnes concernées en Suisse n'est pas connu. Il n'existe pas de statistiques officielles sur l'identité de genre de la population résidant en Suisse et les estimations issues des sondages varient fortement en fonction de la méthodologie, du groupe d'âge ciblé et du moment de la collecte de données. Lors d'une enquête représentative réalisée par Sotomo en 2021 sur le thème « Genre et identité » en Suisse, 5 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles se sentaient appartenir plutôt à l'autre genre (binaire) que celui assigné à la naissance et 0,4 % ont décrit leur identité de genre comme non-binaire*, c'est-à-dire ni (exclusivement) féminine ni (exclusivement) masculine (Sotomo 2021). Pour faire face aux défis spécifiques qui peuvent être liés à l'incongruence de genre, de plus en plus de personnes concernées se tournent vers la médecine². Chez les enfants présentant une incongruence de genre durable, la souffrance qui peut en résulter, appelée dysphorie de genre*, s'intensifie typiquement au début de la puberté (Medico et al. 2020). C'est pourquoi les personnes qui demandent de l'aide médicale sont souvent encore mineures (Sun et al. 2023).

Bien que la prise de conscience quant à la diversité de genre progresse dans la société, cette évolution s'accompagne d'une certaine inquiétude. Le traitement médical des personnes mineures présentant une dysphorie de genre, en particulier, suscite de grandes réserves. C'est pourquoi certains pays tentent de limiter ou d'interdire totalement ces traitements. Des lois ont d'ailleurs déjà été adoptées en ce sens³. Comme le sujet est fortement politisé, y compris en Suisse, les personnes concernées, leurs proches ainsi que le personnel de santé impliqué font de plus en plus l'objet d'un débat extrêmement polarisé, dans lequel certaines décisions de traitement prennent une dimension sociopolitique (Leibowitz et al. 2020). C'est dans ce contexte que les médecins cantonaux latins ont demandé à la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) de prendre position du point de vue éthique sur la question du traitement médical des personnes mineures présentant une dysphorie de genre. Ces médecins souhaitent notamment une mise en perspective de cette problématique dans ses dimensions sociales, juridiques et éthiques, une clarification du rôle de la médecine, ainsi que des recommandations quant à la manière dont le processus de prise de décision pour les personnes mineures devrait être concrètement mis en place, afin d'assurer une prise en charge optimale.

La nécessité de disposer de directives spécifiques pour le traitement des enfants et des jeunes présentant une dysphorie de genre a également été reconnue à l'international. Pour les pays germanophones, des directives intitulées « Incongruence et dysphorie de genre chez l'enfant et le jeune : diagnostic et traitement » (note

1 Les termes suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire qui se trouve à la fin de la prise de position.

2 Malgré le nombre croissant de consultations dans les établissements de santé, seule une partie des personnes concernées souhaitent bénéficier de traitements médicaux d'affirmation de genre. Selon des statistiques des Etats-Unis, 36 % des personnes trans* ou non-binaires* interrogées n'étaient pas intéressées par un traitement médical (gender affirming care), alors que 14 % suivaient à ce moment-là un traitement. Les 50 % restants n'avaient pas de traitement, mais souhaitaient y avoir accès. Green et al. (2022).

3 Cf. *Trans Legislation Tracker* pour les Etats-Unis (<https://translegislation.com>), une initiative législative en Australie (*Childhood Gender Transition Prohibition Bill*) ou une initiative législative au Grand Conseil du canton de Genève du 9 mai 2023 (*Interdiction des interventions de réassignation sexuelle destinées aux mineurs* ; PL 13324).

traduction) ont été annoncées en décembre 2020 par l'Association des sociétés médicales scientifiques (*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF)) (N° 028-014). Ces directives de niveau S2k, qui n'ont pas encore été publiées, contiennent des recommandations de traitement concrètes, soutenues par 90-100 % des personnes déléguées par les 26 sociétés des disciplines médicales impliquées⁴. Le texte s'appuie sur les données scientifiques actuellement disponibles et s'adresse au personnel de santé d'Allemagne, d'Autriche et de Suisse. Les travaux de rédaction de ces directives sont désormais terminés et sa publication est prévue pour le premier trimestre 2025.

Dans ce contexte, la CNE a décidé de centrer sa prise de position sur les défis éthiques et juridiques liés au traitement médical des personnes mineures présentant une dysphorie de genre. Étant donné que les protocoles de traitement des personnes présentant une dysphorie de genre diffèrent en partie selon si la personne concernée a terminé sa puberté ou non, il est possible que les observations suivantes ne puissent pas s'appliquer au traitement des adultes présentant une dysphorie de genre. Les directives AWMF n° 138-001 peuvent être consultées pour une discussion détaillée des différentes options de traitement du point de vue médical et technique concernant les *adultes* présentant une dysphorie de genre.

La présente prise de position est structurée comme suit : après l'introduction, le chapitre deux donne des explications sur l'origine, le diagnostic et le traitement de la dysphorie de genre chez les personnes mineures. Le chapitre trois aborde les considérations juridiques ainsi que les enjeux éthiques en s'appuyant sur les quatre principes de l'éthique biomédicale de Tom L. Beauchamp et James F. Childress.

Enfin, le chapitre quatre formule des recommandations visant à garantir une prise en charge médicale appropriée des personnes mineures présentant une dysphorie de genre.

4 Les directives de l'AWMF se basent sur un examen et une évaluation systématique des données scientifiques existantes et sont élaborées avec la collaboration des sociétés des disciplines médicales concernées. Elles sont classées en différents niveaux de preuves scientifiques (S1-S3) et suivent une méthodologie clairement définie. Les directives ne sont pas juridiquement contraignantes, mais décrivent les meilleures pratiques actuelles (Best Practice). Plus de 100 sociétés de disciplines médicales membres sont actives et participent à l'élaboration des directives. Voir : www.awmf.org/leitlinien (04.11.2024).

2. Incongruence et dysphorie de genre dans le contexte médical : diagnostic, accompagnement et traitement

Les raisons pour lesquelles certaines personnes développent une incongruence de genre ne sont pas connues (cf. Skordis et al. 2020). Le développement de l'identité de genre chez les enfants et les jeunes a fait l'objet de relativement peu d'études scientifiques (Steensma et al. 2013). Alors que la plupart des enfants sont capables d'attribuer un genre à eux-mêmes et aux autres dès l'âge de 18 à 24 mois (*gender labeling*), ce n'est qu'entre quatre et six ans qu'ils développent une compréhension du genre comme étant une caractéristique constante qui ne change pas dès qu'une personne se comporte ou s'habille de manière atypique* par rapport à son genre (Steensma et al. 2013 ; Trautner et al. 2003). Néanmoins, les enfants peuvent percevoir très tôt une discordance entre le genre assigné par le milieu social et celui qu'ils ressentent subjectivement. Ainsi, plusieurs cas sont rapportés dans la littérature scientifique dans lesquels des enfants exprimaient dès l'âge de trois ans clairement et fermement leur désaccord avec le genre qui leur avait été assigné ainsi que leur souhait de vivre en appartenant à un autre genre (Bockting 2008 ; Cohen-Kettenis 2005). Dans une étude portant sur 96 personnes mineures suivies pour une dysphorie de genre, ces personnes avaient pris conscience de leur incongruence de genre en moyenne à 8 ans⁵. Cependant, plusieurs années s'étaient généralement écoulées entre le *coming-out** intérieur et le *coming-out extérieur*⁶ (Olson et al. 2015). Une étude menée en

Suisse romande auprès de dix enfants présentant une incongruence de genre et portant sur leur processus de prise de conscience et de coming-out extérieur a mis en évidence trois trajectoires principales : a) les enfants qui communiquent très tôt leur identité de genre à l'extérieur et la vivent, du moins en privé, b) les enfants qui se taisent et ressentent toute leur enfance une tension intérieure sans pouvoir la comprendre, et c) les enfants qui ne prennent conscience de leur incongruence de genre qu'à la puberté. Ce dernier groupe comprenait surtout des enfants qu'on aurait pu qualifier de « garçons manqués » et qui n'avaient pas questionné leur genre jusqu'à la puberté, moment où une dysphorie de genre est apparue. Cette étude a également observé un laps de temps considérable allant de deux à sept ans entre le coming-out intérieur et extérieur (Medico et al. 2020).

2.1 Critères diagnostiques selon la CIM-11

Les enfants peuvent souvent expérimenter avec les comportements typiquement « féminins » ou « masculins », explorer les différents rôles et ainsi parfois ne pas se conformer aux attentes de la société en la matière. Un comportement non conforme* (ou *gender variant**) par rapport au genre ne constitue donc pas à lui seul un indicateur fiable d'une incongruence de genre ou d'une transidentité*. Un comportement de

5 La fourchette était très large et allait de 2 ans à 22 ans (Olson et al. 2015).

6 Le coming-out intérieur désigne le moment de la prise de conscience personnelle, sans forcément qu'elle soit partagée avec autrui, tandis que le coming-out extérieur désigne le moment où la personne concernée exprime son identité à des tiers. Des normes intériorisées ou la peur du rejet peuvent conduire certaines personnes à nier et à tenter de réprimer leurs propre ressenti, jugé inapproprié. Le coming-out intérieur désigne donc l'étape de la reconnaissance personnelle d'une transidentité, d'une homosexualité ou d'une bisexualité, par exemple.

genre non conforme peut notamment aussi indiquer une orientation non hétérosexuelle⁷. Ainsi, ce n'est pas le comportement qui est déterminant pour établir le diagnostic, mais le ressenti intérieur de la personne.

La nouvelle version de la « Classification internationale des maladies 11 » (CIM-11), le manuel diagnostique de l'Organisation mondiale de la santé, tient également compte de ce fait en indiquant explicitement qu'un comportement non conforme par rapport au genre ne constitue pas une base diagnostique suffisante pour établir la présence d'une incongruence de genre. Il faut plutôt qu'il existe un désir fort et durable de vivre dans le genre ressenti et d'être socialement reconnu comme une personne appartenant à ce genre.

Le nouveau diagnostic selon la CIM-11 s'intitule « Incongruence de genre de l'adolescent ou de l'adulte » (HA60), respectivement « Incongruence de genre de l'enfant » (HA61) et remplace le diagnostic obsolète « Transsexualisme » (CIM-10 : F64.0), respectivement « Trouble de l'identité sexuelle de l'enfant » (CIM-10 : F64.2). Les diagnostics ont en outre été déplacés du chapitre « Troubles mentaux » vers le chapitre « Affections liées à la santé sexuelle ». Actuellement, on ne sait pas encore quand la CIM-11 entrera en vigueur en Suisse⁸.

CIM-11 (2022)

Incongruence de genre

L'incongruence de genre se caractérise par une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour l'attribution des diagnostics dans ce groupe.

HA60 – Incongruence de genre de l'adolescent ou de l'adulte

L'incongruence de genre de l'adolescent et de l'adulte se caractérise par une incongruité marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné, ce qui conduit souvent à un désir de « transition », afin de vivre et d'être accepté comme une personne du genre ressenti, par le biais d'un traitement hormonal, d'une intervention chirurgicale ou d'autres services sanitaires visant à faire correspondre le corps de la personne, autant que souhaité et dans la mesure du possible, au genre ressenti. Le diagnostic ne peut être posé avant l'apparition de la puberté. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour poser le diagnostic.

7 Dans une étude néerlandaise portant sur 54 personnes mineures présentant un comportement non conforme par rapport au genre, la probabilité qu'une homosexualité ou une bisexualité sans transidentité se développe au cours de la puberté était de près de 50 % pour les enfants de genre assigné à la naissance masculin (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). La constatation qu'une personne a une attirance sexuelle pour des personnes du même genre que celui qui lui a été assigné à la naissance, n'exclut en aucun cas une transidentité. Voir Nieder et al. (2018).

8 Cf. l'interpellation 23.4184 de la conseillère nationale Manuela Weichelt du 28.09.2023 : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20234184> (21.08.2024); Un rapport de base publié en avril 2024 sur l'introduction de la CIM-11 en Suisse estime à six ans le temps nécessaire rien que pour les travaux préparatoires : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/cim-11.html> (21.08.2024).

HA61 – Incongruence de genre de l'enfant

L'incongruence de genre chez l'enfant se caractérise par une incongruité entre le genre vécu/exprimé de celui-ci et le sexe qui est assigné aux enfants prépubères. Elle inclut notamment un profond désir d'être d'un sexe différent de celui qui lui a été assigné, une forte aversion de l'enfant pour son anatomie sexuelle ou ses caractéristiques sexuelles secondaires supposées et/ou un profond désir envers les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires supposées qui correspondent au sexe vécu, ainsi que des jeux d'imagination ou de fantaisie, des jouets, des jeux, des activités et des camarades de jeu qui sont conformes au sexe vécu plutôt qu'au sexe assigné. L'incongruence doit avoir persisté pendant environ 2 ans. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour poser le diagnostic.

Comme l'accompagnement des enfants prépubères présentant une incongruence de genre ne comprend pas d'interventions chirurgicales ou hormonales, contrairement à celui des jeunes et des adultes, le diagnostic d'« incongruence de genre de l'enfant » a été en partie critiqué par des membres de la société civile comme étant inutilement pathologisant (cf. GATE 2013). Le besoin éventuel d'un soutien psychosocial pourrait être suffisamment justifié par les autres codes de diagnostic déjà existants⁹. La situation est différente pour les jeunes et les adultes. Une classification CIM est utile pour garantir à ces personnes l'accès aux services médicaux pour le traitement de l'incongruence de genre. Ainsi, l'OMS (2022) justifie la décision de maintenir le diagnostic d'incongruence de genre dans la CIM par la nécessité d'assurer l'accès et le financement de services de santé spécifiques pour ce groupe¹⁰.

2.2 Accompagnement médical et traitement

L'Association mondiale des professions pour la santé transgenre (*World Professional Association for Transgender Health* (WPATH)) affirme explicitement dans ses Standards de soin (*Standards of Care* (SOC 8)) que ni la transidentité ni le ressenti d'une incongruence de genre ne devraient être considérés comme une maladie en soi¹¹. Cependant, une incongruence de genre marquée peut être à l'origine d'un sentiment de discordance entre le corps d'une personne et son identité de genre, ce qui peut générer une souffrance importante. Les personnes concernées peuvent alors désirer recourir à des traitements afin de modifier leur corps et ainsi réduire l'écart entre la manière dont elles se perçoivent et leur apparence physique. Comme cet écart tend à se renforcer à l'adolescence avec l'apparition de la puberté, la dysphorie de genre, c'est-à-dire la souffrance associée à l'incongruence, augmente typiquement à ce stade du développement. C'est donc souvent à ce moment-là que les personnes concernées ou leurs personnes de réfé-

9 « Les enfants confrontés à des défis tels que l'opposition de leur famille, du harcèlement à l'école ou un rejet social en raison d'un genre différent devraient pouvoir accéder à des services par le biais de codes qui mentionnent ces environnements hostiles sans pathologiser l'enfant. Les parents, les autres membres de la famille et les personnes concernées, telles que le personnel enseignant et du travail social, devraient également pouvoir s'informer et recevoir du conseil et du soutien par le biais de codes qui ciblent leurs besoins spécifiques, sans projeter leur propre détresse sur l'enfant. » (notre traduction) GATE (2013).

10 « L'inclusion de l'incongruence de genre dans la CIM devrait garantir aux personnes transgenres l'accès à des soins d'affirmation de genre, ainsi qu'une couverture d'assurance santé adéquate pour de tels services. » (notre traduction) OMS (2022).

11 Coleman et al. (2022), p. 6.

rence se tournent vers la médecine pour demander la suspension du développement biologique. Chez les enfants prépubères, l'offre de traitement se limite en revanche à un conseil et à un accompagnement psychosocial ou psychologique. Les traitements induisant des modifications corporelles ne sont pas prévus ni pratiqués à ce stade de développement (Coleman et al. 2022, p. 64).

2.2.1. Accompagnement psychologique, systémique et psychothérapeutique

Lorsque les enfants ne se conforment pas aux normes sociales de genre, ils sont souvent confrontés à des critiques et au rejet de leur entourage. Ils en déduisent alors que leur différence n'est pas la bienvenue et ressentent une forte pression de se conformer aux normes de genre dominantes et aux attentes associées en termes d'apparence, de comportement et de préférences¹². Alors qu'un comportement de « garçon manqué » chez les enfants perçus comme des filles est généralement toléré par l'entourage, les enfants perçus comme des garçons sont rapidement sanctionnés socialement lorsque leur comportement ou leur tenue sont jugés trop « féminins » (par exemple, par de l'intimidation, l'exclusion, des réprimandes ou de l'humiliation) (Jewell & Brown, 2014 ; Pauli, 2017)¹³.

L'expérience de rejet lorsque ces enfants se montrent tels qu'ils se perçoivent laisse des traces dans leur psychisme et leur estime personnelle. En effet, la pression à se conformer ressentie par ces enfants a un impact particulièrement négatif sur leur bien-être psychique. Alors que ceux qui se perçoivent comme atypiques* en ce qui concerne leur genre (*gender atypical*) ne semblent pas avoir une santé psychique moins bonne que ceux qui se perçoivent comme typiques* par rapport au genre, ceux qui de surcroît rapportent subir une pression à se conformer ont une santé psychique et une estime d'eux-mêmes nettement moins bonnes (Perry et al. 2019)¹⁴.

Il semble donc que le taux élevé de comorbidités psychiques chez les personnes présentant une dysphorie de genre, telles que la dépression, les troubles anxieux ou les idées suicidaires, n'est pas (uniquement) lié à l'incongruence de genre elle-même (Garcia Nuñez et al., 2024 ; Krüger et al., 2023)¹⁵. La pression sociale à se conformer aux normes de genre, ainsi que l'exclusion, la dévalorisation ou le rejet, qu'ils soient vécus ou anticipés, de la part des pairs et de l'entourage social au sens large lorsque ces attentes ne sont pas remplies jouent un rôle déterminant¹⁶. Chez les enfants et les jeunes, l'attitude des parents est particulièrement importante (Grossman et al., 2021 ; Simons

12 « En général, l'expression de genre d'un enfant peut varier en fonction des attentes qu'il perçoit des personnes qui lui sont significatives du point de vue émotionnel. Si un parent, par exemple, ne veut pas que l'enfant exprime le genre qu'il ressent, l'enfant va agir de manière à confirmer le point de vue du parent afin de le rassurer. Les enfants peuvent donc sembler ambivalents quant à leur genre alors qu'ils sont en fait en train de faire face à une situation stressante et de gérer la peur du rejet. » (notre traduction). Medico et al. (2020), p. 1006.

13 Cette différence de réaction de l'entourage se reflète également dans la pratique clinique : lorsque leur enfant présente un comportement de genre différent, les parents ont tendance à faire appel à une aide professionnelle plus tôt si leur enfant a été assigné garçon à la naissance que s'il a été assigné fille (cf. Pauli 2023).

14 « En effet, les enfants qui ont une ou plusieurs raisons de questionner leur genre assigné - qui ne sont pas contents du genre qui leur a été assigné, qui se sentent différents de leurs camarades du même genre assigné, qui se sentent appartenir à l'autre genre, ou qui manifestement ne se conforment pas au genre qu'on leur a assigné - ont tendance à éprouver des difficultés d'adaptation (par exemple, dépression, faible estime de soi) principalement dans la mesure où ils ressentent une pression de se conformer au genre qui leur a été assigné [...]. Cela est important car cela met en évidence les graves dommages qui peuvent découler du sentiment d'être différent du point de vue du genre chez les enfants. Cela montre également que les enfants qui s'interrogent au sujet de leur genre ne sont pas nécessairement préterités. Enfin, cela a des implications cruciales pour les parents, le personnel enseignant et les autres personnes agentes de socialisation. » (notre traduction) Perry et al. (2019), p. 300. Pour un aperçu des liens entre estime de soi et conformité de genre en comparaison internationale, voir Zentner & von Aufsess (2022). Pour une étude qualitative menée en Suisse, voir Medico et al. (2020).

15 Les données statistiques sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide chez les jeunes personnes trans en Suisse font défaut (cf. Pfister et al. 2019, Krüger et al. 2023). Selon une enquête menée en 2022 par l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) auprès de la population adulte résidant en Suisse, 8 % des personnes cisgenres interrogées ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires, contre 29 % des personnes transgenres ou non. De plus, 3,8 % des personnes cisgenres et 9,7 % des personnes transgenres ou non-binaires interrogées ont rapporté avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (Peter & Tuch 2024). Le nombre relativement faible de personnes transgenres et non binaires par rapport au nombre de personnes cisgenres doit être pris en compte dans l'interprétation des données. Cependant, ces chiffres correspondent dans les grandes lignes aux résultats d'études internationales (cf. Surace et al. 2021).

16 Cet effet est appelé *stress des minorités* et décrit la charge psychique chronique que subissent les minorités en raison du rejet social, de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence, qu'ils soient vécus ou anticipés (cf. Meyer 2003). Pour une étude se rapportant à la Suisse, voir : Garcia Nuñez et al. (2024).

et al., 2013). Il est donc essentiel d'intégrer systématiquement la dimension sociale et systémique (famille, école, milieu professionnel, club sportif, etc.) dans l'accompagnement et le traitement des personnes mineures présentant une dysphorie de genre¹⁷. Les données scientifiques indiquent qu'un environnement familial soutenant constitue un facteur de protection crucial pour la santé mentale et le bien-être des enfants et des jeunes concernés (Campbell et al., 2023 ; Başar et al., 2016 ; Davey et al., 2014), et améliore ainsi considérablement les chances de succès d'un traitement (cf. De Lara et al., 2020). Une implication et un accompagnement étroits des membres de la famille, voire un suivi thérapeutique familial en cas de conflit, sont recommandés (cf. Pauli, 2017).

En cas de signes de détresse psychologique accrue chez une personne mineure, une évaluation et un accompagnement psychologique ou psychiatrique devraient être proposés (Michaud et al., 2024 ; cf. directives AWMF, IV.K1.). Si un trouble psychiatrique nécessitant un traitement est diagnostiqué, un traitement spécialisé et rapide est recommandé. Les difficultés psychiques peuvent être liées à l'adaptation à l'incongruence de genre et aux expériences difficiles qui y sont associées, ou être indépendantes. C'est pourquoi il est recommandé d'utiliser des outils diagnostiques qui tiennent compte du stress psychologique causé par la stigmatisation et la discrimination (García Nuñez et al., 2024). La question de savoir si une situation de détresse psychologique constitue une contre-indication à un traitement médical de la dysphorie de genre doit être évaluée au cas par cas par une personne experte (cf. Michaud et al., 2024).

En cas de signes indiquant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), une évaluation appropriée est recommandée. Les personnes présentant un TSA présentent également plus souvent une incongruence de genre ou une dysphorie de genre que la population

générale (Hisle-Gorman et al., 2019). Même pour les personnes pour lesquelles un diagnostic formel de TSA n'a pas été retenu, une corrélation statistique claire a été établie entre les caractéristiques typiques des TSA, les épisodes de dysphorie de genre et les comportements non conformes aux normes de genre (Kallitsounaki et al., 2021). La prévalence d'un diagnostic de TSA parmi les personnes souhaitant un traitement et chez lesquelles un diagnostic de dysphorie de genre a été établi varie selon les études, mais se situe généralement autour de 10 % (de Vries et al., 2010 ; Kallitsounaki & Williams, 2023). Cette proportion est clairement plus haute que dans la population générale dans laquelle seulement 1 % fait l'objet d'un diagnostic de TSA (Roy & Strate, 2023).

Un diagnostic de trouble du spectre autistique n'est en général pas une contre-indication à un traitement médical de la dysphorie de genre. Cependant, les personnes présentant un TSA ont souvent besoin de plus de temps pour décider d'entreprendre un traitement ainsi que d'un soutien spécifique (Pauli, 2017). Lorsqu'un diagnostic de TSA a été posé, il est essentiel de faire appel à des personnes spécialisées dans ce domaine, car leur expertise est indispensable pour un suivi médical optimal (cf. directives AWMF, IV.K6. & IV.K7.).

Le manque de connaissances spécialisées ou d'expérience des personnes impliquées dans l'accompagnement et le traitement des personnes présentant une incongruence de genre constitue encore un obstacle majeur pour de nombreuses personnes concernées et rend l'accès aux soins de santé difficile. Dans une étude sur la santé des personnes LGBT¹⁸ en Suisse, 35,6 % des personnes transgenres/non-binaires ont indiqué avoir renoncé à des prestations de santé par crainte d'être discriminées en raison de leur identité de genre ou de leur orientation sexuelle (Krüger et al., 2023). Le manque de compétences spécialisées dans

17 « Ces [résultats] exigent que le processus de transition ne soit pas considéré comme une question purement « médicale », mais comme un processus multifactoriel incluant des dimensions psychologiques, physiques et sociales. Par conséquent, plus d'interventions au niveau systémique (par ex., implication des membres de la famille, de l'école, de l'employeur) offertes par le système de soins, mais également par les pairs, sont nécessaires. » (notre traduction) García Nuñez et al. (2024), p. 7. Voir aussi Başar et al. (2016) et Campbell et al. (2023).

18 L'acronyme LGBT fait référence aux personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres.

l'accompagnement des personnes non conformes par rapport au genre a été identifié comme une des causes principales de ces expériences négatives (Ayhan et al., 2020). Cela vaut également pour les personnes mineures en Suisse (Medico et al., 2020). Il est donc essentiel que l'accompagnement et le traitement des personnes présentant une dysphorie de genre soient assurés par des personnes adéquatement formées (c'est-à-dire, en *trans health*) et expérimentées (cf. directives AWMF, VII.K0 ; Coleman et al., 2022).

Objectif

Un accompagnement psychologique ou psychiatrique peut offrir un soutien dans la gestion d'expériences difficiles telles que des conflits familiaux, de la discrimination ou de l'exclusion (mobbing, etc.). Cet accompagnement peut être utile pour explorer plus en profondeur l'identité de genre personnelle ou pour soutenir la réflexion et le traitement de l'intériorisation de la stigmatisation (transphobie). Lors d'une transition* sociale ou médicale, un accompagnement psychologique ou psychiatrique peut également être proposé en soutien (cf. directives AWMF, V.K4).

Malgré un risque de troubles psychiques en moyenne nettement accru, les jeunes et adultes présentant une incongruence de genre peuvent à long terme bénéficier d'une qualité de vie comparable à celle des personnes cisgenres* (Durwood et al., 2017 ; de Vries et al., 2014), en particulier lorsque ces personnes sont soutenues par leur entourage (De Lara et al., 2020). Protéger ces personnes contre la discrimination et leur garantir un accès à des soins médicaux adaptés peuvent également réduire de manière significative leur risque de suicide et de dépression (cf. Green et al. 2022 ; Tordoff et al., 2022 ; Bauer et al., 2015).

2.2.2. Bloqueurs de puberté

L'utilisation de médicaments qui suspendent la puberté (*bloqueurs de puberté*) est l'une des mesures médicales actuellement utilisées pour traiter la dysphorie de genre chez les jeunes. Ce traitement a été initialement développé pour retarder le développement pubertaire chez les enfants présentant une puberté précoce et est utilisé à cette fin depuis de nombreuses années. Des analogues de GnRH¹⁹ sont utilisés, car ils réduisent fortement la production des hormones sexuelles, interrompant ainsi la puberté. Cependant, les processus biologiques de maturation déjà accomplis, comme le changement de voix par exemple, ne peuvent pas être inversés. L'utilisation d'analogues de GnRH chez les jeunes présentant une incongruence de genre n'a pas fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et constitue donc une pratique hors autorisation officielle (prescription hors indication reconnue ou *off-label*)²⁰.

Dans le contexte de la dysphorie de genre, la meilleure pratique actuelle (*Best Practice*) consiste, s'il y a indication, à commencer le traitement de bloqueurs de puberté au plus tôt au stade 2 de Tanner*. Cela signifie qu'il faut attendre le début de la croissance des seins ou des testicules²¹. Les bloqueurs de puberté peuvent également être commencés à un stade plus avancé de la puberté, bien que l'effet recherché, c'est-à-dire prévenir le développement des caractères sexuels secondaires, diminue à mesure que la puberté avance. Les jeunes commencent généralement ce traitement entre 12 et 16 ans (Coleman et al., 2022, p. 65). Dans tous les cas, il s'agit d'une mesure limitée dans le temps. Lorsque l'analogue de GnRH est arrêté, la puberté reprend son cours. Selon les connaissances actuelles, la procédure est complètement réversible et, au moins dans le cadre de la

19 Les analogues de l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (GnRH pour *gonadotropin-releasing hormone*) sont des substances semblables aux hormones qui se lient aux récepteurs GnRH et les régulent à la baisse en cas d'administration prolongée, réduisant ainsi la sécrétion d'hormones sexuelles.

20 Le terme « hors AMM » (*off-label*) signifie que le traitement en question (médicament ou un principe actif), n'est pas autorisé pour cette indication spécifique ou ce groupe de personnes. Étant donné que les enfants sont généralement exclus des études d'autorisation pour des raisons éthiques, la pratique hors AMM est très courante en pédiatrie (environ 40 % à 90 % des médicaments prescrits) (Cuzzolin et al., 2003 ; Kimland & Odland, 2012).

21 Directives AWMF, VII.K6 ; Coleman et al. (2022), p. 111.

puberté précoce, bien étudiée et éprouvée (Hembree et al., 2017). Cependant, puisque le traitement des jeunes présentant une dysphorie de genre concerne un groupe d'âge différent, il convient de prendre en compte non seulement les effets physiques, mais aussi les implications psychologiques et sociales du fait de retarder la puberté. Alors que le traitement de la puberté précoce vise à aligner le développement physique de la personne concernée sur celui de ses pairs, ce n'est pas le cas des bloqueurs de puberté chez les jeunes présentant une dysphorie de genre. Actuellement, il existe très peu de données scientifiques fiables sur les conséquences psychologiques et sociales du fait de retarder la puberté (Coleman et al., 2022, p. 66).

Objectif du traitement

Le recours aux bloqueurs de puberté permet, d'une part, d'éviter le développement de caractères sexuels non désirés (par exemple, mue de la voix, pilosité faciale, développement mammaire) qui sont irréversibles et auraient un impact négatif sur le résultat d'une transition ultérieure. D'autre part, le traitement peut permettre de prendre le temps nécessaire pour clarifier soigneusement les besoins et les souhaits des jeunes et de créer un espace favorisant un processus de réflexion impliquant non seulement les personnes concernées, mais également leur entourage proche. Si les jeunes ne sont pas encore capables de discerner en ce qui concerne les mesures médicales plus avancées, les bloqueurs de puberté peuvent permettre d'attendre qu'ils aient leur capacité de discernement, sans les soumettre au stress d'une puberté qui amène des caractères sexuels non voulus.

Étant donné que les bloqueurs de puberté arrêtent simplement le développement biologique sans induire de changements corporels vers l'expression de genre* désirée, il ne faut pas s'attendre à ce que ce traitement, à lui seul, réduise la souffrance associée

à une dysphorie de genre. L'objectif principal est plutôt d'éviter que la poursuite de la puberté et les transformations physiques associées non désirées aient pour conséquence une intensification de la dysphorie de genre. Comme la puberté représente souvent un facteur de stress majeur pour les jeunes présentant une dysphorie de genre prononcée, les bloqueurs de puberté peuvent soulager la personne concernée et améliorer son bien-être psychologique général, puisqu'ils permettent d'éviter une situation perçue comme insupportable (cf. Rew et al., 2021).

Risques et effets secondaires

Outre des effets secondaires temporaires tels que des bouffées de chaleur ou des sautes d'humeur²², les bloqueurs de puberté peuvent également avoir un impact sur la densité osseuse. Étant donné que les hormones sexuelles influencent le métabolisme osseux, un traitement par des bloqueurs de puberté peut inhiber la formation osseuse pendant sa prise. Il est important d'en tenir compte, surtout en cas d'utilisation prolongée. Selon l'état de la recherche actuelle, la densité osseuse se normalise dans la plupart des cas après l'arrêt du traitement ou après l'administration d'hormones permettant l'expression de genre désirée à la suite du blocage de la puberté (cf. Taylor et al., 2024b)²³. De plus, une activité physique suffisante et une alimentation équilibrée contribuent à maintenir une densité osseuse saine et peuvent partiellement compenser les effets négatifs des analogues de la GnRH (Ciancia et al., 2022 ; Bergström et al., 2005).

Il n'est pas encore clairement établi si le traitement par bloqueurs de puberté a une influence sur le développement cognitif. Sur la base des connaissances actuelles concernant l'effet de la puberté sur la maturation cérébrale, on ne peut exclure qu'une interruption de la puberté ait également un impact sur le développement du cerveau. Des modifications comportementales spécifiques ont été observées sur des

22 De tels symptômes, semblables à ceux de la ménopause, surviennent principalement lorsqu'un traitement est initié à un stade avancé de la puberté et sont généralement temporaires (cf. directives AWMF, p. 229f.). Cependant, une attention particulière doit être portée aux détériorations de l'humeur, en particulier chez les personnes transmasculines*.

23 Il est possible que ces effets soient dus à une densité osseuse déjà inférieure à la moyenne au début du traitement. Cela doit être pris en compte lors de la prise en charge.

modèles de souris, mais n'ont jusqu'à présent pas pu être confirmées par des études sur l'humain (Anacker et al., 2020). Une étude portant sur les prédictions du niveau d'éducation futur basées sur le QI n'a trouvé aucune différence entre les personnes ayant entrepris une transition médicale (bloqueurs de puberté et hormones d'affirmation de genre) et les groupes de comparaison. En comparaison avec la population générale néerlandaise, les personnes sous bloqueurs de puberté ou hormones de transition ont même obtenu des résultats légèrement meilleurs, malgré des scores de QI de départ comparables (Arnoldussen et al., 2022). Une étude a analysé l'activité cérébrale de jeunes présentant une dysphorie de genre, avec (n=20) et sans (n=20) traitement par bloqueurs de puberté, ainsi que d'un groupe témoin de jeunes ne présentant pas de dysphorie de genre (n=45), dans le cadre de tâches exigeant diverses fonctions cognitives, notamment de planification (Staphorsius et al., 2015). Aucune différence significative dans les performances (temps, taux d'erreurs) n'a été relevée entre les deux groupes de jeunes dysphoriques, avec et sans bloqueurs de puberté. Les images IRM des jeunes sous bloqueurs de puberté ont montré des activités cérébrales comparables à celles du groupe témoin dont le genre assigné* à la naissance était le même que le leur. En revanche, les jeunes dysphoriques non traités présentaient des activités cérébrales nettement divergentes, à la fois en comparaison avec les jeunes sous traitement et le groupe témoin. La raison de ces divergences reste incertaine, mais pourrait être liée à la taille réduite de l'échantillon²⁴.

2.2.3. Hormonothérapie d'affirmation de genre

Pour déclencher une puberté amenant les caractères sexuels normalement associés au genre d'identification, il est nécessaire d'utiliser des hormones. Certaines modifications apportées par ces hormones sont irréversibles, c'est-à-dire qu'elles persistent en grande partie même après l'arrêt du traitement. Cela

concerne, par exemple, la croissance des seins ou de la barbe, la modification de la voix ou la taille. En revanche, d'autres changements (comme la répartition de la masse grasseuse et musculaire) sont en grande partie réversibles. Le traitement hormonal doit donc être pris à vie pour maintenir les effets souhaités. Un diagnostic conforme aux critères de la CIM (ou du DSM-5) d'incongruence de genre marquée et persistante* (ou de dysphorie de genre) constitue une condition nécessaire pour qu'il y ait une indication à l'hormonothérapie, à condition que l'incongruence de genre soit accompagnée du désir de bénéficier d'une hormonothérapie d'affirmation de genre.

La thérapie hormonale a également des effets sur la fertilité des personnes traitées. Bien que la production d'ovules et de spermatozoïdes de qualité suffisante après l'arrêt de l'hormonothérapie soit possible (Cheng et al. 2019), la prise de ce traitement de manière prolongée peut compromettre durablement la fertilité, en particulier la qualité des ovules (Moravek et al. 2020). Il est donc recommandé d'informer très tôt les personnes sur les options de préservation de la fertilité, notamment sur la cryoconservation des gamètes, c'est-à-dire la congélation d'ovules ou de spermatozoïdes. Cependant, cette procédure nécessite de différer la prise de bloqueurs de puberté ou, si l'on y renonce, de l'hormonothérapie d'affirmation de genre, jusqu'à ce que des ovules fécondables ou des spermatozoïdes fonctionnels soient produits. Cela correspond au stade de Tanner 3-4 pour les spermatozoïdes et au stade de Tanner 4 pour les ovules. Une alternative consiste à prélever du tissu testiculaire ou ovarien avant la maturation des gamètes pour le transplanter ultérieurement. Cependant, les chances de succès sont inférieures à celles obtenues par le prélèvement direct de gamètes matures (Feil et al., 2023)²⁵.

Objectif du traitement

L'hormonothérapie d'affirmation de genre vise à aligner les caractères sexuels physiques sur le genre d'identification, réduisant ainsi potentiellement l'incongruence

24 Afin de garantir la qualité des futures études sur les effets des bloqueurs de puberté sur le développement du cerveau, une équipe internationale de 24 personnes expertes a publié des recommandations sur la conception des études (Chen et al. 2020).

25 Voir également les informations suivantes de l'Hôpital universitaire de Zurich (USZ) sur le thème de la préservation de la fertilité en cas de traitement portant atteinte aux cellules germinales : <https://www.usz.ch/fertilitaetserhalt-bei-keimzellschaedigenden-behandlungen> (21.08.2024).

et la dysphorie de genre²⁶. Idéalement, cela permet de diminuer la détresse psychologique au niveau de celle observée dans la population cisgenre (De Lara et al., 2020). Pour les personnes s'identifiant à l'un des deux genres binaires (homme/femme), l'objectif du traitement vise non seulement à augmenter leur bien-être dans leur propre corps, mais également à améliorer le *passing**, c'est-à-dire, le fait que ces personnes soient perçues par les autres comme appartenant au genre auquel elles s'identifient. Étant donné que cette reconnaissance repose généralement sur des caractéristiques physiques visibles, des changements corporels tels que la croissance de la barbe, le développement mammaire ou la modification de la voix représentent pour beaucoup des étapes clés dans le processus de transition.

Risques et effets secondaires

Outre les effets susmentionnés de l'hormonothérapie sur la fertilité, les risques secondaires concernent en particulier la santé osseuse, ainsi que le risque de thrombose et de cancer. Les données scientifiques disponibles suggèrent que la thérapie hormonale ne comporte pas de risques graves pour les personnes en bonne santé (cf. Hembree et al., 2017). La prise d'œstrogènes augmente légèrement le risque de cancer du sein, mais ce dernier reste inférieur à celui des femmes cisgenres. De même, la prise de testostérone augmente légèrement le risque de thrombose (cf. directives AWMF, p. 238). Des effets secondaires typiques liés aux hormones sont également rapportés, tels que l'acné, la sensibilité des seins, les sautes d'humeur, une augmentation de l'appétit ou la chute de cheveux hormonale (alopécie). Ces effets apparaissant dans des proportions similaires à ceux observés chez les personnes cisgenres au profil hormonal correspondant (Taylor et al., 2024b). Les effets des bloqueurs de puberté sur la densité osseuse tendent à se résorber avec l'administration d'hormones d'affirmation de genre (Taylor et al., 2024b).

2.2.4. Interventions chirurgicales

Les interventions chirurgicales, telles que la construction d'un vagin ou d'un pénis (vaginoplastie ou phalloplastie), l'ablation de l'utérus (hystérectomie), la chirurgie du larynx ou des interventions chirurgicales du visage, ne sont généralement pratiquées en Europe qu'après la majorité légale (Brierley et al., 2024) et ne seront donc pas discutées en détail ici. Une exception notable est l'ablation des seins (torsoplastie) : les seins représentent un caractère sexuel facilement visible et sont souvent utilisés par autrui pour attribuer le genre. Leur croissance commence tôt dans la puberté (stade de Tanner 2) et suscite fréquemment une grande détresse chez les personnes concernées. Leur visibilité complique la transition sociale et augmente le risque d'être identifié comme trans, ce qui peut accroître le risque d'agressions si une transition sociale a déjà été entreprise (cf. AWMF, 2018, p. 46 ; Miller & Grollman, 2015). Pour ces raisons, une torsoplastie peut être indiquée chez des personnes mineures. Une alternative consiste à aplatir la poitrine à l'aide de *binders* conçus spécialement pour cela. Cependant, leur utilisation entraîne souvent des douleurs, voire même, dans de rares cas, des blessures physiques telles que des fractures de côtes, surtout s'ils sont portés sur de longues périodes (plusieurs années) (Peitzmeier et al., 2021). Chez les personnes ayant des caractères sexuels masculins, une alternative à l'ablation des testicules et du pénis (orchidectomie/pénectomie) est le *tucking*, une technique consistant à fixer le pénis et les testicules contre l'entrejambe afin qu'aucune protubérance ne soit visible, même avec des vêtements serrés. Cette pratique peut toutefois avoir des effets négatifs à long terme sur la fertilité (Feil et al., 2023).

Selon une revue de littérature, la satisfaction générale par rapport aux interventions chirurgicales d'affirmation de genre est élevée, indépendamment du genre ou du type d'intervention (Ren et al., 2024 ; Javier et al., 2022). Cette satisfaction se maintient également sur le long terme : une étude de suivi a révélé des taux

26 « Dans notre étude, toutes [23] les personnes trans ayant participé présentaient une dysphorie de genre à T0. Celle-ci avait disparu après une année d'hormonothérapie d'affirmation de genre chez toutes, ce qui montre que la dysphorie de genre n'est pas inéluctable chez les personnes trans [...] » (notre traduction) De Lara et al. (2020), p. 46.

de satisfaction compris entre 94 % et 100 % quatre à six ans après l'opération (Van de Grift et al., 2018)²⁷. De plus, les personnes concernées sont plus satisfaites du résultat des interventions que le personnel de santé²⁸.

Peu de personnes regrettent les interventions chirurgicales. Selon une méta-analyse des données de satisfaction d'environ 8 000 personnes après divers types d'opérations d'affirmation de genre, seulement 77 personnes (environ 1 %) regrettaient leur intervention (Bustos et al., 2021). La raison principale énoncée par les 34 personnes ayant décidé après l'opération de vivre à nouveau dans le genre assigné à la naissance était le manque d'acceptation par leur entourage (travail, famille, relations). D'autres raisons, telles que des résultats jugés insatisfaisants sur les plans cosmétiques ou fonctionnels ou des complications médicales, ont également été fréquemment avancées. Cependant, ces raisons avaient rarement conduit à une détransition* (Bustos et al., 2021 ; voir également Wiepjes et al., 2018). La satisfaction à l'égard des résultats chirurgicaux est généralement plus élevée dans les études récentes et pour les interventions réalisées aux États-Unis (Ren et al., 2024), ce qui reflète probablement le fait qu'il y ait des techniques opératoires variées et qu'elles se soient améliorées au fil du temps. Des directives de l'AWMF sont actuellement en cours d'élaboration en Allemagne pour garantir la standardisation et la qualité des interventions chirurgicales d'affirmation de genre²⁹.

Les interventions chirurgicales mentionnées sont irréversibles³⁰. Elles comprennent les risques habituels des interventions chirurgicales, tels que les réactions allergiques aux substances actives utilisées, les lésions nerveuses et les troubles de la sensibilité qui en résultent, les risques d'infection ou les complications

de la cicatrisation. L'ablation des organes reproducteurs (p. ex. hystérectomie, orchidectomie) entraîne en outre une stérilité permanente de la personne.

27 Contrairement à la revue de littérature systématique de Javier et al. (2018), le nombre de personnes ayant participé dans Van de Grift et al. 2018 est parfois très faible (n entre 3 et 71).

28 « Le personnel de santé a évalué le résultat global comme favorable dans 62 % des cas, contre 95 % selon les patients et patientes. » (notre traduction) Johansson et al. (2010), p. 1429.

29 S2k-Leitlinie Geschlechtsangleichende chirurgische Maßnahmen bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie (AWMF Nr. 043-052) (Directives S2k Interventions chirurgicales d'affirmation de genre lors d'incongruence et de dysphorie de genre).

30 Par irréversible, il est entendu ici que l'état initial ne peut pas être entièrement restauré. Une reconstruction mammaire est, par exemple, réalisable après une torsoplastie.

3. Considérations juridiques et éthiques

Divers facteurs doivent être pris en compte pour prendre des décisions concernant le traitement médical de personnes mineures atteintes de dysphorie de genre. Notamment, des évaluations complexes doivent être faites, exigeant ainsi un niveau de compétence élevé et beaucoup de discernement de la part du personnel de santé impliqué, ainsi que de toutes les autres personnes participant à la prise de décision. Selon l'institution concernée, un conseil d'éthique clinique peut être à disposition si besoin et s'avérer une aide précieuse pour faciliter la prise de décision.

Souvent, il est urgent d'agir en raison de la grande détresse des jeunes personnes concernées. En même temps, étant donné que le développement de la personnalité et de la maturité de la personne mineure n'est pas encore achevé, il pourrait sembler plus opportun d'attendre, en particulier si celle-ci n'est pas encore capable de discernement. L'urgence de la décision est cependant renforcée par le fait que la puberté amène des changements corporels qui ne peuvent pas être entièrement inversés, même avec l'utilisation d'hormones de transition. Ces changements corporels peuvent, en cas de transition médicale ultérieure, nécessiter des interventions chirurgicales plus nombreuses et plus lourdes. En revanche, il faut également prendre en considération le fait qu'une hormonothérapie d'affirmation de genre peut causer des changements corporels parfois irréversibles et comporte un risque de perte définitive de la fertilité.

L'évaluation de tous ces aspects est d'autant plus complexe que les données empiriques actuellement disponibles sur les effets, les effets secondaires et les conséquences à long terme (positives et négatives) des différentes interventions ne sont pas encore suffisantes. Bien qu'elles fournissent des indications importantes et mettent parfois en évidence des tendances claires, elles ne répondent pas encore

aux exigences élevées nécessaires pour une prise de décision fondée sur des preuves (*evidence-based*), compte tenu des conséquences potentiellement graves et parfois irréversibles des traitements (cf. Taylor et al. 2024a&b). Par ailleurs, toutes ces considérations et évaluations s'inscrivent dans un contexte où il n'est pas toujours clair si les personnes mineures concernées ont leur capacité de discernement, alors même que la nature hautement personnelle des décisions rend problématique une prise de décision par les représentants légaux.

Il n'est donc guère surprenant que la question de la prise en charge médicale appropriée des personnes mineures présentant une dysphorie de genre ait suscité des controverses au sein de la société et, pour certaines interventions, dans le domaine médical. Étant donné les enjeux importants, il s'agit de pondérer soigneusement les différents biens qui sont en jeu, tout en sachant qu'il n'y a pas de solution parfaite qui ne comprenne pas de risque. Dans ce chapitre, les dilemmes évoqués seront analysés et discutés de manière plus approfondie à la lumière des principes de l'éthique biomédicale de Beauchamp et Childress (2019).

3.1 Autonomie/Autodétermination

3.1.1. Le droit de l'enfant à un avenir ouvert

Les personnes mineures, tout comme celles adultes, possèdent des droits humains fondamentaux. C'est avec l'adoption de la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant en 1989 que les enfants ont été reconnus pour la première fois comme des sujets de droit à part entière. Cette convention «protège les enfants et les reconnaît comme personnes à part entière dotées de leurs propres objectifs et de leur propre volonté. Elle demande que le bien de l'enfant

soit considéré en priorité dans toutes les décisions qui le concernent.³¹ » Par conséquent, les décisions ayant des conséquences irréversibles et durables sur la vie future d'un enfant devraient, dans la mesure du possible, être prises par l'enfant lui-même. Dans ce contexte, l'*Académie européenne de pédiatrie* (EAP) met en avant le droit de l'enfant à un avenir ouvert. Concernant le traitement des personnes mineures présentant une dysphorie de genre, l'EAP souligne que le fait de vivre une puberté dans un genre qui ne correspond pas à l'identité de l'enfant tout comme une transition médicale que l'enfant regretterait par la suite violent ce droit à un avenir ouvert. L'objectif devrait donc être de maintenir ouvertes différentes options et de pouvoir les « explorer » jusqu'à ce que l'enfant puisse prendre lui-même la décision qui lui convient³².

Bien que le droit à un avenir totalement ouvert ne puisse être pleinement réalisé dans la pratique, le respect de l'autonomie des personnes mineures exige que les décisions de vie importantes soient, dans la mesure du possible, prises par elles-mêmes. Cependant, la puberté commence à un âge où il n'est pas toujours évident de déterminer si les personnes concernées sont déjà capables de discernement en ce qui concerne une éventuelle transition médicale. Ce n'est que si elles sont en mesure d'évaluer les conséquences personnelles, sociales et sur leur santé à long terme de leur décision que leur autodétermination peut être réellement garantie. D'autre part, la décision d'attendre avant d'entreprendre toute intervention médicale alors que la personne mineure exprime un souhait de transition, l'expose à vivre la puberté avec des caractères sexuels non désirés, et cela contre sa volonté. Cela compliquerait également une transition médicale ultérieure en raison des change-

ments corporels déjà survenus. La décision d'attendre est donc également problématique du point de vue de l'autonomie. L'utilisation de bloqueurs de puberté chez les personnes mineures présentant une incongruence de genre peut donc être considérée comme une tentative de résoudre ce dilemme, puisqu'elle suspend la détermination de caractères sexuels spécifiques résultant de la puberté. C'est pourquoi il est crucial du point de vue éthique de distinguer dans ce contexte les modifications corporelles et les interventions médicales réversibles de celles qui sont irréversibles. Plus la possibilité de revenir sur une décision ultérieurement (c'est-à-dire après avoir atteint la capacité de discernement) est limitée, moins l'avenir de la personne concernée est ouvert.

3.1.2. Capacité de discernement et prise de décision par représentation légale

Qu'une personne mineure soit capable de discernement ou non, un traitement médical de la dysphorie de genre n'est envisagé que si elle le souhaite elle-même. Selon la loi, si la personne mineure est capable de discernement, elle seule est habilitée à consentir ou à refuser des mesures médicales. Les titulaires de l'autorité parentale n'ont, d'un point de vue légal, aucun droit de codécision ou de veto. Cependant, des études empiriques montrent qu'un environnement social favorable donnant du soutien constitue un facteur de protection important pour la santé psychique des personnes mineures présentant une dysphorie de genre et conduit à de meilleurs résultats des traitements à long terme (Simons et al., 2013 ; Turban et al., 2021 ; Campbell et al., 2023). Ainsi, du point de vue thérapeutique, il ne semble ni judicieux ni dans l'intérêt de la personne en quête d'aide de chercher la confrontation avec les personnes de référence ou

31 Bases légales de la politique de l'enfance et de la jeunesse en Suisse : <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/politique-sociale/kinder-und-jugendfragen/grundlagen-gesetze/gesetze.html> (21.08.2024).

32 « Une autre considération importante est le droit de l'enfant à un avenir ouvert, qui vise à protéger l'enfant contre des choix de vie imposés jusqu'à ce qu'il puisse les faire lui-même. Un enfant entrant dans la puberté dans un genre auquel il ne s'identifie pas voit son droit à un avenir ouvert compromis, tout comme l'enfant engagé dans une transition qu'il pourrait regretter ultérieurement. Une approche alternative, qui préserve mieux les différentes options et permette une plus grande fluidité dans l'expression et l'identité de genre, semble préférable, malgré le fait qu'elle comporte des ambiguïtés essentielles et des difficultés liées au ménagement de droits qui s'opposent. » (notre traduction) Brierley et al. (2024), p. 5.

d'aggraver un conflit existant³³. Il est plutôt recommandé d'impliquer les personnes ayant l'autorité parentale dès le début et de manière continue dans la décision de traitement, en visant autant que possible, dans l'intérêt de la personne concernée, à trouver un consensus. Selon les directives AWMF, un tel consensus devient d'autant plus crucial « [à mesure que] la décision à prendre est grave et que la capacité de discernement de la personne concernée devient difficile à évaluer [...] » (directives AWMF, p. 274, notre traduction). Si la personne mineure n'est pas capable de discernement, ce sont les personnes détenant la représentation légale qui prennent généralement les décisions concernant les mesures médicales. Toutefois, cela n'est possible que si la décision ne porte pas sur des droits strictement personnels, lesquels excluent toute forme de représentation³⁴. Qu'en est-il du traitement de la dysphorie de genre ?

Dans le cadre du traitement médical de personnes mineures présentant une dysphorie de genre, leur identité de genre est au centre des préoccupations. L'identité de genre représente pour beaucoup de personnes une composante essentielle de leur personnalité et est étroitement liée à la manière dont ils conçoivent leur identité personnelle. Cela soulève la question de savoir si des décisions dans ce domaine peuvent être prises par un tiers ou s'il s'agit, comme pour le mariage par exemple, d'un droit strictement personnel que seule la personne concernée peut exercer. Plusieurs éléments vont dans ce sens. Le premier, déjà mentionné, est le fait que l'identité de genre touche au cœur même de la personnalité. Un deuxième est que les questions liées au sexe, à l'identité de genre et à la sexualité sont des sujets extrêmement intimes et personnels que des tiers ne peuvent évaluer de manière adéquate. De plus, la question du genre touche presque tous les aspects de la vie, ce qui fait qu'une personne doit continuellement se prononcer sur cette

question dans la vie quotidienne. Les décisions dans ce domaine ont donc généralement un impact profond sur la vie et la capacité de la personne à s'autodéterminer. Pour cette raison, la CNE recommande qu'un consentement par représentation légale en cas d'incapacité de discernement de la personne concernée ne soit pas permis pour des interventions médicales et des traitements d'affirmation de genre qui modifient profondément et de manière permanente l'apparence d'une personne ou qui ont un impact irréversible sur la fertilité. Cela concerne tant l'hormonothérapie d'affirmation de genre que les interventions chirurgicales correspondantes. Cela ne s'applique pas aux interventions et mesures temporaires dont les effets sont largement réversibles, telles que les bloqueurs de puberté. Dans ces cas-là, la personne pourra décider elle-même de la poursuite ou de l'arrêt du traitement une fois qu'elle aura acquis la capacité de discernement. Ainsi, le droit à un avenir ouvert est largement préservé. Un consentement par représentation légale est, en principe, possible pour les mesures temporaires, mais la personne concernée doit être étroitement impliquée dans le processus décisionnel et tout traitement nécessite son consentement. La personne mineure qui n'a pas encore la capacité de discernement doit en outre recevoir un soutien qui l'aide à développer les compétences nécessaires pour acquérir la capacité de discernement.

3.1.3. Droit à la participation et prise de décision partagée

Quel que soit l'âge de la personne mineure, celle-ci a le droit de participer à la prise de décision, même si elle n'a pas encore la capacité de discernement. Ce droit découle notamment de l'article 12 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CDE) et comprend diverses formes de participation, telles que le droit à l'information, le droit d'être pré-

33 Bien que la question de genre ait souvent été une préoccupation de longue date pour les personnes concernées, le souhait de transition peut parfois surprendre leurs proches lorsqu'il est exprimé pour la première fois. Ces derniers ont souvent besoin de temps pour se familiariser avec le sujet et comprendre que ce souhait est le résultat d'un long processus intérieur (Pauli 2023). Cela se reflète dans le fait que le pourcentage de parents qui adoptent une attitude positive envers l'identité de genre de leur enfant trans augmente avec le temps écoulé depuis le coming-out (cf. Grossman et al. 2021).

34 Les droits considérés comme strictement personnels incluent, par exemple, le droit de contracter un mariage ou le droit de rédiger un testament.

sent, le droit de former et d'exprimer librement son opinion, ou encore le droit d'être entendu (cf. CSDH 2020). Les opinions et les souhaits des enfants et des jeunes doivent donc être pris en compte dans le processus décisionnel de manière appropriée selon leur âge et leur maturité³⁵. L'identité de genre est une conviction intérieure qui échappe en grande partie aux méthodes et tests objectifs (Turner et al. 2020). Ainsi, c'est la personne concernée qui doit avoir autorité sur son propre vécu et ressenti (Wiesemann 2020). L'objectif du traitement doit donc être de soutenir les personnes mineures dans un processus d'exploration de leur identité de genre qui laisse les différentes options ouvertes, afin qu'elles puissent décider de manière autonome quels traitements elles souhaitent ou ne souhaitent pas (cf. directives AWMF, V.K3; Ashley 2019). Cependant, la complexité des décisions peut submerger les personnes concernées. En effet, leur détresse psychologique est souvent importante et elles doivent régulièrement faire face à un manque de compréhension ou un rejet de la part de leur entourage ou peuvent craindre cela (Grossman et al., 2021), ce qui peut rendre la prise de décision émotionnellement très lourde. Dans une approche d'autonomie relationnelle, le soutien et l'accompagnement par une personne de confiance sont d'une importance capitale dans ces situations³⁶.

Afin d'accompagner au mieux les personnes mineures dans ce processus, le modèle de prise de décision partagée (*Shared Decision Making*) peut être utilisé. Cette approche est basée sur le dialogue et est centrée sur la personne. Les informations nécessaires sont présentées de manière adéquate³⁷ et peuvent ainsi être évaluées à la lumière de la situation spécifique. Pour cela, il est essentiel que le personnel de santé et la personne concernée (ainsi que, pour les personnes mineures, leurs proches ou les personnes habilitées

à les représenter légalement, si nécessaire) puissent échanger sur un pied d'égalité. En effet, tout comme les spécialistes du domaine médical, les personnes concernées apportent une expertise précieuse sur le développement et la manifestation de leur dysphorie de genre, ainsi que sur leurs préférences, valeurs, objectifs de vie et leur réalité quotidienne qu'on ne pourrait obtenir d'une autre manière. Combinées, ces expertises, médicale et personnelle, permettent de parvenir à la meilleure décision possible pour faire face à une problématique médicale spécifique. Ainsi, les options de traitement sont évaluées à la lumière des préférences, des valeurs et des objectifs de vie des personnes concernées jusqu'à ce que le processus d'échange aboutisse à une décision quant au traitement médical le plus approprié à la situation qui soit partagée et assumée conjointement par toutes les parties prenantes. Que les personnes concernées soient capables de discernement ou non, elles participent autant que possible à toutes les étapes du processus de prise de décision. Le droit d'approuver ou de refuser une intervention médicale reste, dans ce modèle, entre les mains de la personne concernée ou, en cas d'incapacité de discernement, de la personne qui la représente légalement.

Selon le modèle de prise de décision partagée (*Shared Decision Making*), le processus de traitement doit être guidé par la situation individuelle et les besoins spécifiques des personnes concernées, et ne doit pas être déterminé par un idéal sociétal prédéfini, comme celui d'une « transition parfaite », par exemple. Plutôt que de suivre des parcours de traitement prédéterminés et rigides, il est préférable, quand cela est possible et judicieux, de convenir d'objectifs de traitement individualisés (voir De Lara et al., 2020). Par ailleurs, il doit toujours être possible d'interrompre un traitement entamé ou d'ajuster un parcours thérapeutique a pos-

35 Article 12, alinéa 1 de la CDE : « Les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité. »

36 Selon le concept d'autonomie relationnelle, qui met l'accent sur la dimension relationnelle de l'autodétermination, l'exercice de l'autonomie comprend toujours une dimension interpersonnelle. Contrairement au concept d'autonomie individuelle, l'autonomie relationnelle met en lumière le contexte social dans lequel les décisions sont prises et prend en compte les conditions familiales, sociétales et culturelles qui rendent l'autodétermination de l'individu possible (cf. SAMW, 2016).

37 L'information devrait être, dans la mesure du possible, fondée sur les preuves (evidence based). Cf. Lühnen et al. (2015). Directives sur l'information fondée sur les preuves dans le domaine de la santé. URL : <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de> (19.09.2024).

teriori, sans que cela exclue que la personne puisse reprendre ce traitement dans le futur.

3.1.4. Résultats ouverts et espace pour le doute

Une prise en charge de bonne qualité repose sur une relation de confiance entre les personnes concernées et le personnel de santé. Cela est d'autant plus important que le sujet est personnel, intime, ou potentiellement vu comme honteux. Des expériences négatives antérieures avec le personnel de santé peuvent rendre la construction de cette relation encore plus difficile. Il est important que de potentiels doutes ou changements d'avis exprimés par les personnes concernées soient compris comme faisant intégralement partie d'un processus d'exploration ouvert de l'identité de genre, et que cela ne réduise pas ni ne compromette automatiquement leurs chances d'accéder à un traitement médical. Sinon, il existe un risque d'autocensure. En effet, les personnes concernées pourraient se sentir obligées d'adopter des propos qui ne sont pas les leurs, mais qui seraient jugés crédibles par les spécialistes afin de tenter de répondre à leurs attentes (voir Howell & Maguire, 2023). Il est essentiel de reconnaître que l'incongruence de genre peut se manifester de diverses manières et que les stéréotypes sur l'apparence ou le comportement des « véritables » personnes trans ne reflètent pas la grande diversité des expériences et des expressions de ce phénomène. Un environnement de soins où les personnes concernées ont l'impression de devoir correspondre à un certain modèle pour être prises au sérieux n'est pas propice à une réflexion ouverte et autocritique sur leur propre identité de genre.

D'autre part, un processus d'accompagnement consciencieux et responsable des personnes mineures implique également de pouvoir, si nécessaire, remettre en question de manière critique leurs souhaits et leurs représentations sans que cela soit perçu comme une marque de défiance. Si la personne concernée sous-estime certains risques ou bénéfices d'un traitement, il incombe aux spécialistes de rectifier ces attentes. L'accompagnement des personnes mineures présentant une incongruence de genre exige

donc non seulement beaucoup de connaissances spécialisées et d'expérience, mais aussi une sensibilité particulière et une compréhension de la réalité de vie des personnes concernées qui doivent souvent faire face à la stigmatisation et voir d'autres personnes prendre des décisions en leur nom (voir Garcia Nuñez et al., 2024). Il est donc crucial que le personnel de santé impliqué dans la prise en charge des personnes présentant une dysphorie de genre ait été formé de sorte à pouvoir assurer des soins de haute qualité, exempts de discrimination (voir Krüger et al., 2023).

3.2 Non-malfaisance

3.2.1. Indication et évaluation des risques

Une intervention médicale est envisagée lorsqu'elle est médicalement indiquée. Cela signifie, d'une part, qu'une souffrance nécessitant un traitement est présente et que la médecine a des mesures à proposer qui sont adaptées pour atténuer cette souffrance. Pour être médicalement indiquée, une intervention doit, d'autre part, présenter un rapport bénéfice-risque favorable pour la personne concernée, et les alternatives doivent soit être exclues, soit être jugées moins appropriées étant donné la situation. Comme les mesures médicales disponibles pour traiter la dysphorie de genre comprennent des interventions dont les effets sont importants et en partie irréversibles, l'évaluation du rapport bénéfices-risques est spécialement importante. Le traitement des personnes mineures se distingue de celles majeures en cela que leur développement biologique n'est pas encore achevé, ce qui peut engendrer des effets indésirables, par exemple sur la santé osseuse ou la fertilité future. Dans ce contexte, les mauvaises décisions peuvent avoir des conséquences graves.

À première vue, cela pourrait plaider en faveur d'une approche très prudente, comme celle du « watchful waiting », qui consiste à attendre et observer³⁸. Cependant, il ne faut pas négliger qu'attendre (trop) avant d'introduire un traitement médical peut également causer de graves dommages. Par exemple, l'avancement de la puberté peut impliquer des interventions chirurgicales plus complexes lors d'une transition médicale ultérieure, alors qu'elles auraient pu être évitées avec un traitement plus précoce. Les symptômes de la dysphorie de genre peuvent aussi s'aggraver, augmentant ainsi la souffrance des personnes concernées et pouvant mener jusqu'à des risques suicidaires aigus (voir Bauer et al., 2015). Il est donc crucial pour la prise de décision thérapeutique de pouvoir prédire avec suffisamment de certitude si l'incongruence de genre est durable ou temporaire. Si l'incongruence de genre accompagnée d'un souhait de transition médicale s'avère durable, une intervention aussi précoce que possible dans la puberté serait avantageuse du point de vue médical pour limiter les dommages futurs³⁹. À l'inverse, une intervention médicale pourrait avoir des conséquences délétères, notamment en ce qui concerne la fertilité, dans le cas où la personne décide plus tard de détransitionner (voir Taylor et al., 2024b). Ainsi, les risques d'une prise en charge médicale tout comme ceux d'une absence de traitement doivent être minutieusement évalués au cas par cas⁴⁰. Malheureusement, cette évaluation est encore davantage compliquée par le fait que les données scientifiques sont en partie insuffisantes.

3.2.2. Données scientifiques et lacunes de la recherche

Les données actuelles concernant le traitement médical des personnes mineures présentant une dysphorie de genre sont insuffisantes dans plusieurs domaines. Différentes raisons sont en cause : le faible nombre de cas; la difficulté, notamment pour des raisons éthiques, de mener des études contrôlées, randomisées, et en double aveugle⁴¹; un échantillonnage hétérogène et non aléatoire; des méthodologies diverses et variées; ainsi que des protocoles de traitement non uniformes. Ces facteurs nuisent à la qualité et à la comparabilité des données disponibles. En outre, les données longitudinales font défaut en raison du fait que le traitement de la dysphorie de genre est une pratique relativement jeune⁴². Bien que certaines de ces faiblesses méthodologiques puissent et doivent être corrigées à l'avenir grâce à des protocoles de recherche plus robustes, le problème des groupes de contrôle reste largement insoluble pour des raisons éthiques.

À cela s'ajoute le fait que les chances de réussite d'un traitement ne dépendent pas uniquement du protocole médical lui-même, mais aussi de l'environnement social de la personne en traitement (Simons et al., 2013). Bien que les facteurs sociaux jouent un rôle dans de nombreuses interventions médicales, il est rare que leur influence soit aussi prononcée. Il est donc fortement recommandé que les études sur l'efficacité des méthodes de traitement intègrent systématiquement dans leurs analyses les dimensions du

38 « Watchful waiting » décrit l'approche qui consiste à observer l'évolution d'une maladie ou d'un processus, sans intervention médicale. Cf. directives AWMF, p. 93.

39 A l'exception de la vaginoplastie, pour laquelle, en raison de la suppression de la puberté, moins de peau du pénis est disponible pour la construction d'un néovagin (Taylor et al. 2024a).

40 « Lors de la décision de recourir à des traitements médicaux somatiques pour la suppression de la puberté ou l'affirmation de genre à l'adolescence, il convient d'évaluer soigneusement les avantages et les risques escomptés. Les risques potentiels pour la santé résultant d'une décision de traitement médical somatique regrettée a posteriori 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 la non-introduction d'un traitement médical somatique » (notre traduction). Directives AWMF, p. 24.

41 Cela s'explique d'une part par le fait que les changements corporels induits par l'hormonothérapie sont visibles et donc rendent la méthodologie des études en double-aveugle impossible, et d'autre part parce qu'il semble éthiquement inacceptable de traiter le groupe de contrôle uniquement avec un placebo ou une thérapie alternative (par exemple, une psychothérapie) tout en laissant la puberté se poursuivre dans le genre non désiré.

42 Les traitements médicaux d'affirmation de genre sont pratiqués et étudiés scientifiquement dans divers pays au moins depuis les années 1980. Aux Pays-Bas, par exemple, des données sur le traitement des personnes transgenres remontent à 1972 (Wiepjes et al., 2018). Cependant, une grande partie de ces données concerne des personnes adultes.

soutien social et de la discrimination vécue (voir De Lara et al., 2020 ; Campbell et al., 2023).

Le manque ou l'absence de données dans certains domaines augmente le risque que de mauvaises décisions soient prises. Cela concerne à la fois les risques de surmédicalisation, de sous-médicalisation et de décision erronée. L'état des données scientifiques doit donc être pris en compte dans l'évaluation bénéfices-risques. Cela implique de prendre en considération, par exemple, d'éventuelles données indiquant certains dommages liés aux traitements, remettant en cause l'efficacité d'un traitement, le fait que les résultats de différentes études pourraient être contradictoires, voire même l'absence complète de données fiables. Il est important de mentionner que les traitements hormonaux des personnes mineures présentant une dysphorie de genre (bloqueurs de puberté, hormones d'affirmation de genre) sont des traitements utilisés depuis longtemps pour d'autres indications (puberté précoce, intersexuation, troubles hormonaux spécifiques tels que l'hypogonadisme) et qui sont considérés comme sûrs lorsqu'ils sont accompagnés d'une surveillance appropriée des effets secondaires (voir Hembree et al., 2017). Bien qu'on ne puisse pas directement transposer ces résultats à la prise en charge des personnes mineures présentant une dysphorie de genre, puisque le groupe cible est différent, ils fournissent néanmoins des indications précieuses sur les risques et effets secondaires possibles.

Parallèlement, il faut également prendre en compte dans l'évaluation bénéfices-risques les risques associés à la décision de ne pas traiter. Étant donné l'état actuel des connaissances issues de la recherche et de la pratique médicale, les effets secondaires et conséquences à long terme prévisibles, ainsi que l'incertitude quant au pronostic du traitement, il convient de souligner qu'il n'est pas justifié d'exclure d'emblée les personnes mineures présentant une dysphorie de

genre de tout traitement médical par bloqueurs de puberté ou hormones d'affirmation de genre au nom du principe de précaution⁴³. Étant donné qu'il n'y a pas d'alternatives thérapeutiques efficaces, que les effets des traitements sur la santé mentale et la qualité de vie des personnes concernées sont prometteurs (voir Tordoff et al., 2022 ; Nobili et al., 2018), et que la souffrance des personnes concernées peut être très grande, le seuil pour justifier éthiquement un refus complet de traitement est particulièrement élevé (voir De Lara et al., 2020). Comme expliqué ci-dessus, la décision de traitement doit reposer sur l'indication spécifique pour la personne concernée, ce qui implique une évaluation complète des bénéfices et des risques au cas par cas. Les nouvelles données scientifiques qui seraient disponibles dans le futur doivent également être prises en compte de manière appropriée.

Bien qu'il soit souhaitable de viser à obtenir des preuves scientifiques de la plus haute qualité (c'est-à-dire des essais contrôlés randomisés), en réalité, elles ne sont pas la norme en médecine. Un tel standard de qualité n'est pas toujours réalisable et, s'il était nécessaire pour l'utilisation d'un traitement, une partie substantielle des traitements médicaux actuels ne pourraient plus être prescrits. Néanmoins, dans l'esprit de la médecine fondée sur les preuves (*evidence based medicine*) il est souhaitable de continuer la recherche et d'obtenir des preuves scientifiques robustes afin d'améliorer la qualité des thérapies et de continuer d'évaluer l'efficacité des traitements. Cela vaut pour la prise en charge des personnes mineures présentant une dysphorie de genre comme pour les autres domaines de la médecine. En ce qui concerne le traitement des personnes mineures présentant une dysphorie de genre, il est particulièrement important d'intensifier la recherche de prédicteurs fiables de l'incongruence de genre durable, afin de prévenir les dommages potentiels liés à un diagnostic erroné.

43 Le principe de précaution s'applique en particulier dans le droit de l'environnement, lorsqu'il y a de bonnes raisons de craindre des dommages graves et irréversibles, mais qu'une estimation quantitative fiable des risques n'est pas possible (nécessité de la preuve). Dans de telles situations, le principe de précaution exige qu'une marge de sécurité soit prise en compte étant donné les incertitudes, à condition que cela n'entraîne pas une prise de risque comparable ou ne porte pas atteinte à des intérêts privés et/ou publics prépondérants (cf. Rüttsche 2024).

Il est bien sûr essentiel que les incertitudes concernant les effets, ainsi que les éventuels effets secondaires à court ou à long terme du traitement envisagé soient communiquées de manière transparente aux personnes concernées afin de garantir un consentement éclairé (voir Taylor et al., 2024b, p. 7). Il n'est cependant pas justifié du point de vue éthique d'exiger une qualité de preuves scientifiques plus haute pour le traitement de la dysphorie de genre que pour d'autres indications.

3.2.3. Pesée des intérêts et réduction des dommages

Étant donné le principe éthique de non-malfaisance, le fait que certains traitements hormonaux d'affirmation de genre et certaines interventions chirurgicales ont des conséquences en partie irréversibles parle en faveur d'une approche thérapeutique globalement plutôt prudente ainsi que d'un accompagnement et d'une surveillance étroite (monitoring) des effets et des éventuels effets secondaires. Une prise en charge de manière automatique sans une évaluation minutieuse du rapport bénéfices-risques au cas par cas est donc, du point de vue éthique, tout aussi inacceptable que le refus d'un traitement médicalement indiqué et souhaité par une personne capable de discernement. Il est crucial que les personnes concernées reçoivent toutes les informations nécessaires sur les risques et les effets secondaires possibles, qu'un monitoring rigoureux et des mesures d'accompagnement visant à réduire les dommages (par exemple, pour améliorer la densité osseuse) soient mis en place, et que les effets du traitement soient régulièrement évalués conjointement avec les personnes concernées.

De plus, du point de vue du principe de non-malfaisance, il convient d'accorder une grande importance à la préservation de la fertilité. Les personnes concernées doivent être pleinement informées des possibilités et des limites de la préservation de la fertilité

avant le début d'une hormonothérapie. La recherche de méthodes fiables permettant la préservation de la fertilité, même lorsque les cellules germinales ne sont pas encore complètement matures est souhaitable.

Enfin, malgré les nombreuses controverses, il ne faut pas négliger le fait que la satisfaction subjective des personnes concernées à l'égard des traitements est, selon toutes les études, très élevée et que la proportion de personnes qui regrettent une intervention est très faible⁴⁴. Ces résultats concernent principalement des personnes adultes ayant terminé leur traitement d'affirmation de genre, mais sont pertinents de manière prospective pour les décisions de traitement des personnes mineures. Des études supplémentaires sont toutefois nécessaires pour mieux évaluer l'évolution de la satisfaction à long terme.

3.3 Bienfaisance

Selon l'article 11 de la Constitution fédérale suisse (Cst., RS101), « les enfants et les jeunes ont droit à une protection particulière de leur intégrité et à l'encouragement de leur développement. » Ce besoin découle du fait que les personnes mineures ne sont souvent pas encore en mesure d'exercer leurs droits de la même manière que les personnes adultes et qu'elles se trouvent dans un rapport de dépendance par rapport à ces dernières. Les personnes mineures ne peuvent exercer leurs droits qu'avec l'aide de personnes « alliées » jusqu'à ce qu'elles soient capables de discernement (cf. ASSM 2016, p. 31). Elles sont tributaires du soutien de leurs parents ou des personnes ayant l'autorité parentale pour défendre leurs intérêts. L'accès même aux services médicaux dépend souvent, dans la pratique, du soutien des personnes ayant l'autorité parentale, en particulier pour les plus jeunes. Par ailleurs, pour une personne mineure présentant une incongruence de genre, faire son coming-out comprend en général la mise à l'épreuve de sa relation avec ses principales figures d'attachement (cf.

44 Pour tous les traitements effectués aux Pays-Bas entre 1972 et 2015 pour lesquels des données sur le « regret » sont disponibles (n=2627), 14 personnes ont indiqué regretter les mesures d'affirmation de genre (11 femmes trans (0,6 %) et 3 hommes trans (0,3 %)). Dans cinq cas, la raison invoquée était le manque d'acceptation sociale, dans deux cas une identité non binaire et dans sept cas un « vrai regret » (*true regret*), c'est-à-dire une erreur concernant l'identification comme personne trans. A l'exception d'un cas, il s'agit de traitements qui ont eu lieu avant l'an 2000 (Wiepjes et al. 2018).

Grossman et al. 2021). Cela distingue fondamentalement le traitement médical d'une dysphorie de genre des traitements fondés sur d'autres diagnostics. Une telle révélation peut, surtout si les autres membres de la famille ne s'y attendaient pas, provoquer des bouleversements majeurs dans la dynamique familiale qui peuvent affecter profondément et durablement le bien-être de la personne mineure (Campbell et al. 2023). Alors que les personnes concernées ont souvent déjà longuement réfléchi à leur identité de genre, beaucoup de leur proches ne s'étaient jamais posé de question. Ils ont besoin de temps et, idéalement, d'un soutien professionnel pour appréhender la nouvelle. Par ailleurs, il a été démontré que le bien-être de l'enfant dans cette situation dépend fortement de la qualité de ses relations avec ses proches et du soutien ainsi que de l'acceptation qu'il reçoit de son entourage⁴⁵. Étant donné que l'identité de genre est intimement liée à la personnalité et qu'elle est vécue comme telle, une réaction de rejet de la part des personnes de référence a un impact particulièrement lourd. Aussi les personnes mineures concernées se retrouvent-elles dans une situation qui les rend particulièrement vulnérables et qui se traduit dans de nombreux cas par une charge psychologique accrue ou un retrait social (voir Campbell et al. 2023 ; Medico et al. 2020).

Les personnes mineures présentant une dysphorie de genre se trouvent également dans une position particulièrement vulnérable hors de leur sphère privée. Leur identité, leur souffrance et leurs décisions font quotidiennement l'objet de débats publics, provenant souvent de personnes qui ne disposent, ni de compétences dans ce domaine, ni d'une expérience personnelle pertinente. Le climat social ainsi généré est en flagrante contradiction avec le droit particulier à la protection qui revient aux enfants et aux jeunes en raison de leur position particulièrement vulnérable. Outre l'entourage social immédiat, il est important que la société dans son ensemble, dans une optique de solidarité et de bienfaisance, veille à ne pas aggraver la souffrance des personnes mineures dysphoriques en

les soumettant à une pression à se conformer basée sur des stéréotypes de genre, en les dévalorisant ou en les excluant socialement, ou encore en alimentant les scandales médiatiques et la stigmatisation.

L'insistance sur la vulnérabilité particulière des enfants et des jeunes n'apporte cependant pas de réponse directe à la question des mesures thérapeutiques concrètes appropriées qui ne peuvent être déterminées qu'au cas par cas. Toutefois, il est possible d'en tirer des conclusions quant à la marche à suivre et à la responsabilité des personnes de référence, du personnel de santé et de la société dans son ensemble. Ni une approche purement paternaliste, qui n'inclut pas les personnes mineures concernées et leurs expériences à la décision de traitement, ni une attitude négligente qui laisse les personnes concernées seules avec leur souffrance ne fait justice à la responsabilité particulière qui existe envers les enfants et les jeunes. Dans cette période difficile, des relations solides et basées sur la confiance sont d'une importance capitale. Par conséquent, il est primordial que les relations soient maintenues et nourries, tant dans le cadre familial que thérapeutique. Le besoin particulier de protection des enfants et des jeunes est encore augmenté du fait qu'ils souffrent parfois beaucoup et qu'ils doivent souvent se confronter à leur entourage pendant leur transition, qui est un processus à la fois très personnel et compliqué. Pour cette raison, l'accompagnement et le traitement des personnes mineures présentant une dysphorie de genre devraient intégrer systématiquement leur environnement social et familial (voir chapitre 2.2.1). La protection contre la discrimination et la stigmatisation par l'entourage ainsi que la préservation de la sphère privée doivent rester des priorités absolues tout au long du processus thérapeutique (voir Garcia Nuñez et al. 2024 ; Turban et al. 2021).

3.4 Justice

Le principe bioéthique de justice exige une répartition équitable des bénéfices et des charges dans le

45 « Étant donné que le soutien familial est généralement considéré comme ayant un rôle protecteur dans la vie des jeunes, les parents de jeunes personnes transgenres peuvent avoir l'opportunité cruciale de compenser l'impact sur la santé mentale du harcèlement et de la discrimination que leurs enfants reçoivent de la société » (notre traduction) (Simons et al. 2013, p. 793). Voir aussi Campbell et al. (2023)

domaine de la santé (Beauchamp & Childress, 2019). Cela implique notamment que les ressources soient distribuées de manière équitable au sein du système de santé⁴⁶, que l'accès à ce système soit garanti pour tout le monde et qu'il soit exempt de discrimination. L'interdiction de la discrimination est inscrite dans diverses conventions internationales ainsi que dans la Constitution fédérale (art. 8 Cst.)⁴⁷. L'État a donc l'obligation de supprimer les obstacles structurels et financiers qui empêchent un accès égal pour tout le monde au système de santé. Il doit également veiller, en collaboration avec le personnel de santé, à ce que les décisions concernant le traitement des personnes mineures présentant une dysphorie de genre soient prises dans le respect de leurs droits et de leur dignité.

Les obstacles structurels et financiers sont cependant largement répandus en pratique. Étant donné que le traitement des personnes présentant une dysphorie de genre concerne différentes spécialités médicales (pédopsychiatrie, pédiatrie, gynécologie/urologie, endocrinologie, éventuellement chirurgie, etc.), une approche multidisciplinaire est essentielle pour garantir une prise en charge médicale globale. Cela rend le suivi des personnes présentant une dysphorie de genre complexe. C'est pourquoi dans plusieurs pays, des centres de compétence ont été créés pour garantir un accompagnement global. Ceux-ci réunissent les différentes disciplines concernées sous un même toit ou bénéficient d'un réseau de spécialistes. Néanmoins, des sondages montrent que les obstacles à l'accès aux soins médicaux restent importants. Les

raisons sont entre autres que les personnes concernées ont eu des expériences négatives dans le passé ou ont peur de subir une discrimination⁴⁸. Une étude sur la santé des personnes LGBT en Suisse a révélé que 35,6 % des personnes trans ou non binaires interrogées avaient renoncé par le passé à des soins de santé par crainte d'être traitées de manière discriminatoire (Krüger et al., 2023). Ainsi, il est primordial que les spécialistes impliqués disposent d'une formation adéquate et d'une formation continue régulière ainsi que d'un nombre suffisant de personnes suivies pour garantir un accompagnement de haute qualité.

Pour les personnes mineures, le fait que l'accès aux soins dépende généralement des personnes titulaires de l'autorité parentale représente une difficulté supplémentaire. Cela signifie que les enfants et les jeunes ont principalement accès aux soins lorsque leurs personnes de référence reconnaissent leur souffrance et la prennent au sérieux. L'existence de points de contact facilement accessibles pour les personnes mineures peut contribuer à réduire ce problème. Cependant, il peut y avoir du « gatekeeping » même au sein du système de santé. Cela signifie qu'il peut y avoir un contrôle exercé par certaines personnes ou certains groupes sur l'accès aux informations ou aux ressources. En Suisse, par exemple, l'expertise d'une personne spécialisée en psychiatrie ou psychologie, qui va notamment évaluer la capacité de discernement de la personne concernée, est nécessaire. Bien que la nécessité d'une telle expertise soit justifiée du point de vue médical, il convient de s'assurer que

46 Comme il s'agit d'un groupe relativement restreint de personnes et que les coûts des thérapies se situent dans une fourchette financièrement supportable, la question de l'allocation équitable des soins de santé entre les différents groupes qui ont besoin de soins ne joue pas un rôle primordial.

47 Article 24 de la Convention des droits de l'enfant (CDE) : Cet article consacre le droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible et à avoir accès à des services médicaux de qualité. Il impose aux États parties de garantir cet accès de manière non-discriminatoire, en particulier pour les soins de santé déjà disponibles.

Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) : Cet article prévoit le droit de toute personne au meilleur état de santé physique et mentale possible, incluant un accès non-discriminatoire aux soins existants. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC) a précisé que cela implique une obligation pour les États de garantir l'égalité d'accès aux soins de santé pour tout le monde, sans distinction de genre, et de prendre des mesures positives pour surmonter les obstacles à cet accès.

Article 8 de la Constitution fédérale suisse : Cet article protège le principe de non-discrimination, en interdisant toute discrimination notamment fondée sur le sexe, l'âge ou toute autre situation personnelle. Dans le contexte des soins de santé pour les personnes mineures présentant une dysphorie de genre, cet article impose aux autorités et aux prestataires de soins de garantir un accès équitable aux traitements, en évitant toute forme d'exclusion ou de différenciation injustifiée.

48 « La littérature mentionne les facteurs suivants comme ayant un effet restrictif sur l'accès des personnes trans aux soins médicaux : la discrimination dans le système de santé, le manque de connaissance du personnel spécialisé concernant les thèmes de santé spécifiques aux personnes trans, les expériences de soins médicaux passées négatives, mais aussi une couverture insuffisante des prestations nécessaires par la caisse d'assurance maladie, voire le refus de traitements ». (notre traduction) Krüger et al. (2023), p. 41.

cela n'entraîne pas de délais d'attente excessifs en pratique. De tels délais seraient problématiques, en particulier pour les jeunes dont la puberté progresse. Les nouvelles directives de l'AWMF recommandent d'ailleurs qu'en cas d'urgence, une priorisation permette de prendre en charge rapidement les jeunes présentant une incongruence de genre et un fort niveau de souffrance (cf. directives AWMF, p. 176).

Il y a également discrimination lorsque l'accès à un traitement médical est complètement refusé à certains groupes de personnes sans qu'il y ait une contre-indication médicale correspondante. Ainsi, l'exclusion systématique des personnes faisant l'objet d'un diagnostic psychiatrique ou d'un trouble du spectre de l'autisme pour le traitement médical de la dysphorie de genre est potentiellement discriminante, bien qu'un tel diagnostic puisse constituer une contre-indication dans certains cas particuliers. De même, un refus généralisé de traitement basé sur l'âge est inadmissible. Les critères déterminants sont plutôt l'indication médicale évaluée au cas par cas ainsi que la capacité de discernement et la volonté de la personne concernée. En principe, il est inacceptable des points de vue éthique et juridique de refuser un traitement faisant partie des prestations de base s'il est médicalement indiqué et souhaité par une personne capable de discernement. Le personnel de santé ne peut alors refuser un accompagnement au motif d'une objection de conscience seulement si l'accès au traitement est assuré ailleurs.

Les frais de traitement peuvent également constituer un obstacle à l'accès aux soins pour les personnes présentant une dysphorie de genre. En Suisse, les traitements médicalement indiqués pour une incongruence de genre sont pris en charge par l'Assurance obligatoire des soins (AOS). Cependant, en pratique, cela se révèle parfois compliqué, ce qui engendre une charge administrative supplémentaire pour les personnes concernées et les spécialistes impliqués. Les délais d'attente potentiellement longs peuvent également pousser les personnes à se tourner vers des cliniques privées, à condition qu'elles aient les moyens de financer les traitements elles-mêmes.

Les obstacles mentionnés ci-dessus entraînent des inégalités dans l'accès aux soins de santé à divers niveaux. Cela est problématique du point de vue de la justice si ces inégalités ne sont justifiées par des raisons légitimes, telles que des contre-indications claires.

Outre la garantie d'un accès équitable et non discriminatoire aux prestations médicales, le principe de justice exige que les intérêts légitimes de tiers soient pris en compte, ce qui comprend notamment les intérêts des personnes de référence. Même lorsqu'elles n'ont pas légalement le droit de (co-)décision, leurs questions, leurs craintes et leurs préoccupations doivent être prises en considération de manière appropriée. Ainsi, il est souhaitable que les proches aient accès à des offres d'information et de soutien adaptées et qu'ils soient, dans la mesure du possible, étroitement intégrés au processus de décision.

4. Résumé et recommandations

Les considérations précédentes montrent que la médecine joue un rôle important, mais néanmoins limité dans le traitement des personnes (mineures) présentant une dysphorie de genre. Si les dysphories corporelles* peuvent souvent être traitées efficacement par des moyens médicaux, le besoin d'une personne d'être reconnue comme appartenant au genre auquel elle s'identifie et acceptée comme telle ne peut être rempli (uniquement) par des interventions médicales. Les normes et attentes qui sont profondément ancrées dans la société quant à l'apparence et au comportement des personnes en fonction de leur genre sont également déterminantes. Par le passé, cela a conduit à ce que les traitements médicaux des personnes présentant une incongruence de genre visent principalement une transition médicale « parfaite », c'est-à-dire conforme aux stéréotypes de genre (Nieder et al. 2020 ; Brierley et al. 2024). Cet objectif répondait principalement aux besoins de la société et seulement indirectement, voire marginalement, à ceux des personnes concernées. Bien que les options thérapeutiques soient aujourd'hui plus diversifiées, la pression à la conformité de genre reste forte. Plus l'acceptation sociale d'une identité de genre individuelle repose sur la conformité aux codes de genres, plus la pression est grande pour les personnes concernées de recourir à des traitements modifiant le corps. Il en découle que la souffrance des personnes présentant une dysphorie de genre n'est pas seulement une souffrance liée à leur propre corps, mais également liée à un ordre social dans lequel l'attribution d'un genre repose principalement sur des caractéristiques physiques et dans lequel tout écart par rapport aux attentes qui en découlent est durement sanctionné (Miller & Grollman 2015). Ainsi, du point de vue éthique, non seulement la médecine et le cercle social immédiat des personnes concernées, mais également la société dans son ensemble sont appelés à remettre en question les conceptions établies des genres. Il faut veiller à ce que la souffrance des personnes présentant une dysphorie de genre ne soit aggravée ni par

la dévalorisation ou l'exclusion sociales en raison de stéréotypes, ni par une pression excessive à la conformité, ni encore par une représentation publique stigmatisante et faite de scandales. C'est pourquoi selon la CNE il est urgent d'agir non seulement au niveau du suivi médical, des traitements et de la recherche, mais aussi au niveau des conditions sociales et culturelles.

1) Suivi médical et traitement

a) L'accès à un accompagnement interdisciplinaire de qualité doit être garanti

L'accès à un accompagnement médical complet, compétent et exempt de discrimination pour les personnes mineures présentant une incongruence ou une dysphorie de genre, ainsi que pour leurs proches, doit être garanti. Pour assurer un accompagnement de qualité en matière de conseils, de suivi et de traitements, il est essentiel que toutes les personnes professionnellement impliquées bénéficient d'une formation adéquate ainsi que d'une formation continue. De plus, il est indispensable que les spécialistes des différentes disciplines concernées collaborent étroitement (pédopsychiatrie, pédiatrie, endocrinologie, gynécologie, chirurgie, etc.). Les directives et recommandations actuelles des sociétés des différentes spécialités médicales doivent être prises en compte.

b) Les décisions thérapeutiques doivent être prises en fonction de l'indication médicale individuelle

Toutes les décisions concernant les traitements doivent être prises sur la base de l'indication individuelle et en prenant en compte la situation de vie spécifique de la personne concernée. L'exclusion des personnes ayant un diagnostic psychiatrique ou d'un trouble du spectre de l'autisme des traitements permettant des modifications corporelles est discriminatoire si le diagnostic ne constitue pas une contre-indication dans le cas particulier. Il est également inadmissible du point de vue éthique de refuser un

traitement médicalement indiqué et souhaité par une personne capable de discernement si ce traitement fait partie des prestations de base.

c) Pas de consentement par représentation légale pour les traitements dont les effets sont des modifications corporelles irréversibles

Les traitements modifiant le corps dont certaines conséquences sont irréversibles (tels que les hormonothérapies d'affirmation de genre et les interventions chirurgicales) ne sont autorisés que si la personne mineure est capable de discernement concernant l'intervention envisagée et qu'elle a donné son consentement éclairé. Étant donné le caractère strictement personnel de telles décisions, celles-ci ne peuvent pas être prises par une autre personne qui aurait la représentation légale au cas où la personne concernée n'aurait pas la capacité de discernement. Cela est valable pour les personnes mineures comme pour celles majeures. Si la personne concernée n'est pas encore capable de discernement, il faut lui proposer un accompagnement et un suivi psychosociaux permettant de renforcer son autodétermination concernant son identité de genre dans le but qu'elle atteigne la capacité de discernement. Pour les traitements dont les conséquences sont réversibles, une décision peut en principe être prise par une représentation légale, mais seulement jusqu'à ce que la personne mineure atteigne la capacité de discernement. Ainsi, le recours à des bloqueurs de puberté est envisageable même si la personne mineure n'est pas encore capable de discernement, à condition qu'il y ait une indication médicale, que la personne concernée en exprime le souhait et que les titulaires de l'autorité parentale donnent leur accord.

d) Le processus de prise de décision doit être ouvert et participatif (*Shared Decision Making*)

Si la personne mineure est capable de discernement, elle est seule habilitée à consentir ou à refuser des mesures médicales. Les parents n'ont aucun droit légal de codécision. Toutefois, dans la plupart des cas, il est judicieux d'un point de vue thérapeutique d'impliquer étroitement les titulaires de l'autorité parentale dans le processus décisionnel dans le but que la dé-

cision finale soit consensuelle. Il est essentiel que les différentes options d'action, médicales ou non, soient présentées, afin que ce processus de prise de décision soit ouvert. Les mesures proposées doivent être adaptées à la situation individuelle de la personne en demande d'aide et être choisies dans un processus participatif et de manière conjointe avec les spécialistes traitants (*Shared Decision Making*). Le droit des personnes concernées à participer à ce processus à la mesure de leurs capacités ne dépend ni de leur âge ni de leur capacité de discernement et est protégé par les droits humains.

e) Il faut éviter la pathologisation des personnes concernées

L'attribution d'un diagnostic entraîne inévitablement une certaine pathologisation des personnes concernées. Toutefois, étant donné le système de santé suisse, un diagnostic est nécessaire pour garantir l'accès aux services médicaux ainsi qu'une éventuelle prise en charge des coûts par les caisses d'assurance maladie. Bien qu'une consultation et un accompagnement psychiatriques puissent être utiles, imposer une psychothérapie comme condition préalable à un traitement médical somatique est inadmissible du point de vue éthique et n'a pas de sens du point de vue médical, à moins qu'il y ait une indication médicale psychiatrique. Dans la nouvelle classification des maladies CIM-11, l'incongruence de genre n'est d'ailleurs plus classée comme un trouble mental, ce qui constitue une étape importante vers la déstigmatisation.

Chez les enfants prépubères qui n'ont pas besoin d'interventions médicales outre un éventuel accompagnement psychosocial, l'utilité d'un diagnostic spécifique (CIM-11 : HA61) peut être remise en question et considérée comme une pathologisation inutile de la diversité de genre.

f) Le processus de décision devrait être si besoin soutenu par une consultation d'éthique clinique lorsque c'est possible

Les décisions concernant les traitements médicaux liés à la transition des personnes mineures sont généralement prises dans des centres cliniques. Beaucoup d'entre eux disposent de structures de conseil

en éthique clinique dont l'objectif est de soutenir les prises de décisions complexes du point de vue éthique. En cas de besoin, ces services devraient être utilisés, car ils apportent une perspective externe et une délibération éthique structurée qui permettent souvent que les positions de toutes les parties prenantes se rapprochent et qui favorisent une prise de décision responsable du point de vue éthique et réalisable sur le long terme.

2) Preuves scientifiques et recherche

a) Il faut identifier et combler les lacunes de la recherche existante

Les données actuelles concernant le traitement médical des personnes mineures présentant une dysphorie de genre sont insuffisantes dans plusieurs domaines, en particulier, en ce qui concerne les éventuelles conséquences à long terme. Des études avec des méthodes plus robustes sont également nécessaires pour améliorer la qualité des données disponibles sur l'efficacité des différentes options de traitement, ce qui permettrait une meilleure évaluation individuelle des bénéfices et des risques. Cependant, les exigences en matière de qualité des données ne devraient pas être plus élevées que pour des interventions comparables, pour lesquelles des études randomisées en double aveugle ne sont pas non plus possibles ou justifiables.

Un aspect crucial pour la prise de décision en matière de traitement est de déterminer si les symptômes de dysphorie de genre apparaissant à l'adolescence sont susceptibles de persister à l'âge adulte ou s'ils ne sont que temporaires. Les futurs projets de recherche devraient donc se concentrer spécifiquement sur les questions particulièrement pertinentes pour la pratique clinique, telles que les prédicteurs d'une incongruence de genre persistante, les effets de l'hormonothérapie sur la fertilité et la santé osseuse, ainsi que les mesures visant à minimiser les risques.

b) Le principe de précaution ne justifie pas un renoncement systématique au traitement

Étant donné les conséquences irréversibles de l'hormonothérapie de réassignation de genre, il convient

d'adopter une pratique prudente et surveiller attentivement les effets obtenus et les éventuels effets secondaires. Cependant, en l'absence de signalement de dommages graves à long terme jusqu'à présent inconnus et au vu des résultats prometteurs des pratiques actuelles sur la santé mentale des personnes concernées, il n'est pas justifié, au vu des données actuellement disponibles, de renoncer de manière générale à l'hormonothérapie d'affirmation de genre. La prescription d'un traitement repose sur l'indication individuelle qui doit comprendre une évaluation approfondie des bénéfices et des risques pour chaque cas particulier. Les nouvelles données scientifiques doivent être prises en compte de manière appropriée. En ce qui concerne l'information aux personnes concernées, il est également essentiel de communiquer de manière transparente sur les incertitudes existant encore quant à l'efficacité ou aux éventuels effets secondaires du traitement envisagé.

c) Il faut prendre en compte les facteurs sociaux dans les études sur l'efficacité d'un traitement

Il a été démontré que les chances de succès du traitement médical d'une personne mineure présentant une dysphorie de genre ne dépendent pas uniquement du protocole de traitement lui-même, mais également du soutien social dont bénéficie la personne en cours de traitement. Étant donné cette interaction étroite, les études sur l'efficacité des méthodes de traitement dans le contexte de la dysphorie de genre devraient prendre en compte de manière systématique dans leurs analyses les différences en matière de soutien social ainsi que les expériences de discrimination.

3) Contexte social

La question des causes et des conséquences psychologiques d'une incongruence de genre est complexe et ne peut être comprise et discutée qu'en tenant compte des normes sociales de conformité au genre en matière d'apparence et de comportement. Le poids de ces normes qui prennent la forme d'assignation de rôles et d'attentes en fonction du genre ne doit donc pas être négligé dans le débat sur le traitement médical des personnes mineures présentant

une dysphorie de genre. Le dépassement des stéréotypes et des rôles de genre définis de manière restrictive pourrait contribuer de manière déterminante à réduire la souffrance des personnes concernées. Dans ce contexte, il est particulièrement important de prendre en compte les aspects suivants :

a) Le genre doit être compris comme un spectre comprenant différentes dimensions

Une conception du genre strictement binaire conduit à une limitation injustifiée des options d'action et de traitement pour les personnes dont l'identité de genre n'est pas conforme. Une conception du genre plutôt comme un spectre reflète non seulement mieux la réalité ressentie par de nombreuses personnes, mais contribue également à réduire la pression de conformité ainsi que les risques qui en découlent pour la santé mentale des personnes qui ne satisfont pas aux attentes liées au genre exclusivement binaires.

b) La reconnaissance sociale d'une identité de genre spécifique ne devrait pas dépendre de traitements qui induisent des modifications corporelles

Plus la reconnaissance sociale de l'identité de genre d'une personne dépend de la conformité de son apparence aux normes de genre, plus la pression exercée sur les personnes concernées pour recourir à des traitements qui induisent des modifications corporelles est grande. Cela est problématique du point de vue éthique : ces personnes ne devraient pas être contraintes de subir des interventions qui modifient leur corps pour que leur personnalité soit reconnue et acceptée.

c) Les scandales autour de ce sujet nuisent aux personnes concernées et compromettent un suivi médical fondé sur les preuves

Les personnes mineures présentant une dysphorie de genre doivent non seulement surmonter les défis personnels liés à la construction de leur identité, mais elles se retrouvent également au cœur d'un débat public hautement polarisé. Leur identité, leur souffrance et leurs décisions personnelles font l'objet de discussions publiques quotidiennes – souvent nourries par des personnes qui ne disposent ni des compétences

professionnelles nécessaires ni d'une expérience de vie pertinente. Le climat social ainsi généré contrevient de manière flagrante au besoin particulier de protection dont ces personnes vulnérables devraient bénéficier. Cela empêche également que le débat concernant les conditions sociétales et médicales nécessaires pour accompagner ces personnes et leur prodiguer des soins de manière optimale soit objectif et fondé sur des preuves.

5. Références

- Anacker, C., Sydnor, E., Chen, B. K., LaGamma, C. C., McGowan, J. C., Mastrodonato, A., ... & Denny, C. A. (2021). Behavioral and neurobiological effects of GnRH agonist treatment in mice—potential implications for puberty suppression in transgender individuals. *Neuropsychopharmacology*, 46(5), 882–890.
- Arnoldussen, M., Hooijman, E. C., Kreukels, B. P., & de Vries, A. L. (2022). Association between pre-treatment IQ and educational achievement after gender-affirming treatment including puberty suppression in transgender adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*, 27(4), 1069–1076.
- Ashley, F. (2019). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24(2), 223–236.
- AWMF (2018). Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung, AWMF-Register-Nr. 138|001.
- AWMF (n.d.). Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung, Sk2-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 028|014. A paraître.
- AWMF (n.d.). S2k-Leitlinie Geschlechtsangleichende chirurgische Massnahmen bei Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie, AWMF-Register-Nr. 043|052. A paraître.
- Ayhan, C. H. B., Bilgin, H., Uluman, O. T., Sukut, O., Yilmaz, S., & Buzlu, S. (2020). A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. *International Journal of Health Services*, 50(1), 44–61.
- Başar, K., Öz, G., & Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *The journal of sexual medicine*, 13(7), 1133–1141.
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC public health*, 15, 1–15.
- Beauchamp, T., Childress, J. (2019). *Principles of biomedical ethics*. 8th Edition. Oxford University Press: Oxford.
- Bergström, I., Freyschuss, B., Jacobsson, H., & Landgren, B. M. (2005). The effect of physical training on bone mineral density in women with endometriosis treated with GnRH analogs: a pilot study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 84(4), 380–383.
- Bockting, W.O. (2008). Psychotherapy and the real-life experience: from gender dichotomy to gender identity. *Sexologies*, 17, 211–224.
- Brierley, J., Larcher, V., Hadjipanayis, A. A., & Grossman, Z. (2024). European Academy of Paediatrics statement on the clinical management of children and adolescents with gender dysphoria. *Frontiers in Pediatrics*, 12, 1298884.

- Brinkman, B. G., Rabenstein, K. L., Rosén, L. A., & Zimmerman, T. S. (2014). Children's gender identity development: The dynamic negotiation process between conformity and authenticity. *Youth & Society*, 46(6), 835–852.
- Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Kim, E. A., ... & Manrique, O. J. (2021). Regret after gender-affirmation surgery: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 9(3), e3477.
- Campbell, T., Mann, S., Rodgers, Y. V. D. M., & Tran, N. (2023). Family Matters: Gender Affirmation and the Mental Health of Transgender Youth. Available at SSRN 4503648.
- Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., ... & Garofalo, R. (2020). Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth. *Transgender health*, 5(4), 246–257.
- Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A., & Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 209.
- Ciancia, S., Dubois, V., & Cools, M. (2022). Impact of gender-affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth. *Endocrine Connections*, 11(11).
- Cohen-Kettenis, P.T. (2005). Gender identity disorders. In: Gillberg, C. (Ed.), *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 695–725.
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International journal of transgender health*, 23(sup1), S1–S259.
- Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (2020). L'enregistrement officiel du sexe. Considérations éthiques sur l'inscription du sexe dans le registre de l'état civil. Prise de position n° 36/2020, Bern.
- CSDH (2020). Les droits de l'enfant en Suisse : Mise en œuvre du droit de participation inscrit à l'article 12 de la Convention relative aux droits de l'enfant. Centre suisse de compétence pour les droits humains. URL: <https://skmr.ch/publikationen-dokumentationen/studien-gutachten/kinderrechte-in-der-schweiz> (20.06.2024).
- Cuzzolin, L., Zaccaron, A., & Fanos, V. (2003). Unlicensed and off-label uses of drugs in paediatrics: a review of the literature. *Fundamental & clinical pharmacology*, 17(1)f, 125–131.
- Davey, A., Bouman, W. P., Arcelus, J., & Meyer, C. (2014). Social support and psychological well-being in gender dysphoria: A comparison of patients with matched controls. *The journal of sexual medicine*, 11(12), 2976–2985.
- De Lara, D. L., Rodríguez, O. P., Flores, I. C., Masa, J. L. P., Campos-Muñoz, L., Hernández, M. C., & Amador, J. T. R. (2020). Psychosocial assessment in transgender adolescents. *Anales de Pediatría* (English Edition), 93(1), 41–48.

- De Vries, A. L., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C., Doreleijers, T. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696–704.
- De Vries, A. L., Noens, I. L., 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.
- DiDonato, M. D., & Berenbaum, S. A. (2013). Predictors and consequences of gender typicality: The mediating role of communality. *Archives of Sexual Behavior*, 42(3), 429–436.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 297–304.
- 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.
- Egan, S. K., & Perry, D. G. (2001). Gender identity: a multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental psychology*, 37(4), 451.
- Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S., & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLoS One*, 12(8), e0183014.
- Feil, K. (2023). Fertilität, Kontrazeption und Fertilitätsprotektion bei Transpersonen. *Dtsch Arztebl Int*, 120, 243–50.
- Fuss, J., Auer, M. K., & Briken, P. (2015). Gender dysphoria in children and adolescents: a review of recent research. *Current opinion in psychiatry*, 28(6), 430–434.
- Garcia Nuñez, D., Frigerio, G., Perler, L. D., Jäggi, T., Schönbucher, V., & von Känel, R. (2024). Quality of life and associated factors in Swiss trans people: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1233625.
- GATE (2013). Critique and Alternative Proposal to the “Gender Incongruence of Childhood” Category in ICD-11. GATE Civil Society Expert Working Group, Buenos Aires, April 4–6.
- Green, A. E., DeChants, J. P., Price, M. N., & Davis, C. K. (2022). Association of gender-affirming hormone therapy with depression, thoughts of suicide, and attempted suicide among transgender and nonbinary youth. *Journal of adolescent health*, 70(4), 643–649.
- Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A., & Russell, S. T. (2021). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: Associations with parent support, parental abuse, and youths’ psychological adjustment. *Journal of Homosexuality*, 68(8), 1260–1277.

- 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. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903.
- Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A., Gorman, G. H., Nylund, C. M., & Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with autism spectrum disorder. *LGBT health*, 6(3), 95–100.
- Howell, J. D., & Maguire, R. (2023). Factors associated with experiences of gender-affirming health care: A systematic review. *Transgender Health*, 8(1), 22–44.
- Javier, C., Crimston, C. R., & Barlow, F. K. (2022). Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 255–273.
- Jewell, J. A., & Brown, C. S. (2014). Relations among gender typicality, peer relations, and mental health during early adolescence. *Social Development*, 23(1), 137–156.
- Johansson, A., Sundbom, E., Höjerback, T., & Bodlund, O. (2010). A five-year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Archives of sexual behavior*, 39, 1429–1437.
- Kallitsounaki, A., Williams, D. M., & Lind, S. E. (2021). Links between autistic traits, feelings of gender dysphoria, and mentalising ability: replication and extension of previous findings from the general population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 1458–1465.
- Kallitsounaki, A., & Williams, D. M. (2023). Autism spectrum disorder and gender dysphoria/incongruence. A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(8), 3103–3117.
- Kimland, E., & Odling, V. (2012). Off-label drug use in pediatric patients. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 91(5), 796–801.
- Kornienko, O., Santos, C. E., Martin, C. L., & Granger, K. L. (2016). Peer influence on gender identity development in adolescence. *Developmental psychology*, 52(10), 1578.
- Krüger, P., Pfister, A., Eder, M., & Mikolasek, M. (2023). *Gesundheit von LGBT-Personen in der Schweiz. Nomos*.
- Leibowitz, S., Green, J., Massey, R., Boleware, A. M., Ehrensaft, D., Francis, W., ... & WPATH, USPATH, and EPATH Executive Committee and Board of Directors. (2020). Statement in response to calls for banning evidence-based supportive health interventions for transgender and gender diverse youth. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 111–112.
- Lühnen, J., Albrecht, M., Hanßen, K., Hildebrandt, J., & Steckelberg, A. (2015). Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation: Einblick in die Methodik der Entwicklung und Implementierung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109(2), 159–165.

- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Zepf, F. D., & Lin, A. (2017). Puberty suppression in transgender children and adolescents. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(10), 816–826.
- Medico, D., Pullen Sansfacon, A., Zufferey, A., Galantino, G., Bosom, M., & Suerich-Gulick, F. (2020). Pathways to gender affirmation in trans youth: A qualitative and participative study with youth and their parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 1002–1014.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674.
- Michaud, L., Stiefel, F., Jox, R., J., Pamfile, D., Brovelli, S., Pécoud, P., Plessen, K., J., Harari, M., M. (2024), Transidentités : pertinence de l'implication des psychiatres, *Rev Med Suisse*, 20, no. 872, 894–898.
- Miller, L. R. and Grollman, E. A. (2015), The Social Costs of Gender Nonconformity for Transgender Adults: *Implications for Discrimination and Health. Sociological Forum*, 30: 809–831.
- Money, J. (1975). Ablatio penis: normal male infant sex-reassigned as a girl. *Archives of sexual behavior*, 4(1), 65–71.
- Moravek, M. B., Kinnear, H. M., George, J., Batchelor, J., Shikanov, A., Padmanabhan, V., & Randolph, J. F. (2020). Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. *Endocrinology*, 161(3), bqaa014.
- Nieder, T. O., Elaut, E., Richards, C., & Dekker, A. (2016). Sexual orientation of trans adults is not linked to outcome of transition-related health care, but worth asking. *Int Rev Psychiatry*, 28(1), 103–11.
- Nieder, T. O., Eyssel, J., & Köhler, A. (2020). Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2661–2672.
- Nieder, T. O., Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S., Herrmann, L., & Becker-Hebly, I. (2021). Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: a prospective clinical cohort study. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(3), 632–645.
- Nieder, T. O., & Strauss, B. (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und trans-gesundheit. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(02), 70–79.
- Nobili, A., Glazebrook, C., & Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 199–220.
- Olson, J., Forbes, C., & Belzer, M. (2011). Management of the transgender adolescent. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165(2), 171–176.
- Olson, J., Schragar, S. M., Belzer, M., Simons, L. K., & Clark, L. F. (2015). Baseline Physiologic and Psychosocial Characteristics of Transgender Youth Seeking Care for Gender Dysphoria. *Journal of adolescent health*, 57(4), 374–380.

- Panagiotakopoulos, L., Chulani, V., Koyama, A., Childress, K., Forcier, M., Grimsby, G., & Greenberg, K. (2020). The effect of early puberty suppression on treatment options and outcomes in transgender patients. *Nature Reviews Urology*, 17(11), 626–636.
- Pauli, D. (2017). Geschlechtsinkongruenz und Genderdysphorie bei Kindern und Jugendlichen. *PSYCH up2date*, 11(06), 529–543.
- Pauli, D. (2019). Nicht-binäre Geschlechtsorientierung bei Kindern und Jugendlichen: Eine Herausforderung für die Betroffenen, das Umfeld und die Behandelnden. *Kinderanalyse*, 27(1), 53–64.
- Pauli, D. (2023). *Die anderen Geschlechter: Nicht-Binarität und (ganz) trans* normale Sachen* (Vol. 6533). CH Beck.
- Peitzmeier, S. M., Silberholz, J., Gardner, I. H., Weinand, J., & Acevedo, K. (2021). Time to first onset of chest binding–related symptoms in transgender youth. *Pediatrics*, 147(3).
- Perry, D. G., Pauletti, R. E., & Cooper, P. J. (2019). Gender identity in childhood: A review of the literature. *International Journal of Behavioral Development*, 43(4), 289–304.
- Peter, C. & Tuch, A. (2024). Suizidales Erleben und Verhalten – In der Bevölkerung der Schweiz 2022 (Obsan Bulletin 08/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pfister, A., & Mikolasek, M. (2019). *Suizidversuche von LGBT-Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Einschätzung der Machbarkeit einer qualitativen Untersuchung in der Schweiz*. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Puckett, J. A., Tornello, S., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2022). Gender variations, generational effects, and mental health of transgender people in relation to timing and status of gender identity milestones. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9(2), 165.
- Ren, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., & Eisenberg, M. E. (2018). Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: A population-based study. *Pediatrics*, 141(3).
- Ren, T., Galenchik-Chan, A., Erlichman, Z., & Krajewski, A. (2024). Prevalence of Regret in Gender-Affirming Surgery: A Systematic Review. *Annals of Plastic Surgery*, 92(5), 597–602.
- Rew, L., Young, C. C., Monge, M., & Bogucka, R. (2021). Puberty blockers for transgender and gender diverse youth – a critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 3–14.
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13–20.
- Roy, M., & Strate, P. (2023). Autism spectrum disorders in adulthood – symptoms, diagnosis, and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(6), 87.
- Ruble, D.N., Taylor, L.J., Cyphers, L., Greulich, F.K., Lurye, L.E. and Shrout, P.E. (2007). The Role of Gender Constancy in Early Gender Development. *Child Development*, 78, 1121–1136.

- Rütsche, B. (2024). Zwischen Rationalität und Werturteil: Begriff und Methodik der Interessenabwägung. Schweizerischer Juristentag 2024, ZSR 143 II 5–99, S. 75 f.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2016). Autonomie und Beziehung. Selbstbestimmung braucht das Gegenüber, Bericht zur Tagung vom 7. Juli 2016 des Veranstaltungszyklus «Autonomie in der Medizin». *Swiss Academies Communications*, 11 (12).
- Simons, L., Schrage, S. M., Clark, L. F., Belzer, M., & Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of adolescent health*, 53(6), 791–793.
- Skordis, N., Kyriakou, A., Dror, S., Mushailov, A., & Nicolaidis, N. C. (2020). Gender dysphoria in children and adolescents: an overview. *Hormones*, 19(3), 267–276.
- Sotomo (2021). Geschlechtergerechter: Studie #1 Geschlecht und Identität.
- Staphorsius, A. S., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., Burke, S. M., Schagen, S. E., ... & Bakker, J. (2015). Puberty suppression and executive functioning: an fMRI-study in adolescents with gender dysphoria. *Psychoneuroendocrinology*, 56, 190–199.
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and behavior*, 64(2), 288–297.
- Sun, C. F., Xie, H., Metsutnan, V., Draeger, J. H., Lin, Y., Hankey, M. S., & Kablinger, A. S. (2023). The mean age of gender dysphoria diagnosis is decreasing. *General psychiatry*, 36(3).
- Surace, T., Fusar-Poli, L., Voza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., ... & Aguglia, E. (2021). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 1147–1161.
- Tate, C. C., Bettergarcia, J. N., & Brent, L. M. (2015). Re-assessing the role of gender-related cognitions for self-esteem: The importance of gender typicality for cisgender adults. *Sex Roles*, 72(5–6), 221–236.
- Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024a). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109, 33–47.
- Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024b). Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109, 48–56.
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J., & Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA network open*, 5(2), e220978–e220978.
- Trautner, H. M., Gervai, J., & Németh, R. (2003). Appearance-reality distinction and development of gender constancy understanding in children. *International Journal of Behavioral Development*, 27(3), 275–283.

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. *Journal of Adolescent Health, 69*(6), 991–998.

Turner, D., Briken, P., & Nieder, T. O. (2020). Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. *PSYCH up2date, 14*(04), 347–363.

Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., & Kreukels, B. P. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: a follow-up study. *Journal of sex & marital therapy, 44*(2), 138–148.

Wallien, M. S., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(12), 1413–1423.

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J., Klaver, M., de Vries, A. L., Wensing-Kruger, S. A., ... & den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *The journal of sexual medicine, 15*(4), 582–590.

Wiesemann, C. (2020). Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen: Medizinethische Grundsätze für individuelle Behandlungsentscheidungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 69*(6), 517–523.

Yunger, J. L., Carver, P. R., & Perry, D. G. (2004). Does gender identity influence children's psychological well-being? *Developmental psychology, 40*(4), 572.

Zentner, M., & von Aufsess, C. (2020). Is being gender nonconforming distressing? It depends where you live: gender equality across 15 nations predicts how much gender nonconformity is related to self-esteem. *Psychological medicine, 52*(10), 1857–1865.

Zitelny, H., Dror, T., Altman, S., & Bar-Anan, Y. (2021). The relation between gender identity and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin, 48*(4), 495–515.

Sources sur internet

PES (2020). Transgender Health – An Endocrine Society Position Statement. URL: <https://www.endocrine.org/advocacy/position-statements/transgender-health> (16.08.2024).

WHO (2022). WHO/Europe brief – transgender health in the context of ICD-11. URL: <https://who-sandbox.squiz.cloud/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/whoeurope-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11> (16.08.2024).

6. Glossaire

Caractères sexuels

Les caractères sexuels biologiques comprennent la dotation génétique en chromosomes sexuels (par exemple, XY, XX, XXY, X0), les organes sexuels primaires (par exemple, testicules, pénis, utérus, vagin), les caractères sexuels secondaires (par exemple, seins, pilosité faciale, pomme d'Adam) ainsi que le statut hormonal d'une personne.

cis, cisgenre

Les termes « cis » ou « cisgenre » désignent les personnes qui s'identifient au genre qui leur a été assigné à la naissance (contraire : transgenre).

« Coming-out »/« Outing »

Un « coming-out » (abrégé de « coming out of the closet ») désigne le moment où une personne non cisgenre ou non hétérosexuelle révèle pour la première fois son orientation sexuelle ou son identité de genre à son entourage ou au public. Avant le coming-out extérieur, il y a généralement un coming-out intérieur, où la personne prend conscience de son orientation sexuelle ou de son identité de genre, mais la garde d'abord pour elle. Le terme « outing » fait référence à une situation où des tiers révèlent l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne non cisgenre ou non hétérosexuelle sans son consentement.

Comportement conforme ou non conforme au genre

Un comportement est conforme par rapport au genre s'il correspond aux attentes sociales associées à un genre spécifique. Lorsqu'un comportement s'écarte de ces attentes, on parle de comportement non conforme au genre. Ce qui est considéré comme conforme ou non conforme varie culturellement et peut évoluer au fil du temps.

Dysphorie corporelle

Dans le contexte de la dysphorie de genre, la dysphorie corporelle désigne la souffrance pouvant résulter de l'incongruence ressentie entre les caractéristiques physiques et l'identité de genre telle qu'elle est ressentie subjectivement.

Dysphorie de genre

La dysphorie de genre désigne la souffrance pouvant être provoquée par l'incongruence entre le genre assigné à la naissance et l'identité de genre d'une personne. Cette souffrance peut venir à la fois des caractéristiques physiques, de la manière dont elle est perçue par d'autres et des attentes sociales d'un comportement conforme au genre assigné.

Expression de genre

Les vêtements, la coiffure, le maquillage, les expressions faciales, la gestuelle et les comportements sociaux sont souvent codifiés selon des catégories « typiquement féminines » et « typiquement masculines ».

L'expression de genre décrit comment une personne se présente publiquement au sein de cette codification.

L'expression de genre peut ou non correspondre à l'identité de genre d'une personne. Elle peut être constante ou variable, claire, ambiguë ou neutre du point de vue du genre.

« Gender variant »

Les personnes qualifiées de « gender variant » sont celles dont l'expression de genre et le comportement ne correspondent pas aux attentes sociales liées au genre qui leur a été attribué à la naissance. Ces personnes peuvent être trans, gender fluid ou non-binaires, mais aussi cisgenres. Le comportement « gender variant », à lui seul, n'est pas un indicateur fiable de transidentité (voir : expression de genre).

Genre assigné

Le genre assigné à une personne – généralement sur la base des caractères sexuels externes – au moment de sa naissance. Ce genre est inscrit sur l'acte de naissance et considéré comme le « sexe officiel ».

Identité de genre

L'identification subjective d'une personne à un genre donné (par exemple, masculin, féminin, non-binaire).

Incongruence de genre

Une incongruence de genre survient lorsque le genre assigné à la naissance ne correspond pas à l'identité de genre de la personne.

Non-binaire

Le terme « non-binaire » désigne les personnes qui ne s'identifient pas, pas exclusivement ou pas complètement, à l'une des deux catégories binaires de genre « masculin » ou « féminin ».

« Passing »

Le terme « passing », emprunté à l'anglais, désigne le fait qu'une personne est perçue par les autres comme appartenant au genre auquel elle s'identifie. Dans les catégories binaires, cela signifie qu'elle est reconnue comme une femme ou un homme et qu'on s'adresse à elle comme telle.

« Persister »/« Désister »

Les personnes qui *persistent* sont celles dont l'incongruence de genre perdure au-delà de l'enfance, c'est-à-dire à l'adolescence ou à l'âge adulte. À l'inverse, les personnes qui *désistent* sont celles chez qui l'incongruence de genre disparaît au cours de l'enfance ou à l'entrée dans la puberté.

Stades de Tanner

Les stades de Tanner décrivent le développement sexuel déclenché par la puberté en différents stades.

Le stade de Tanner 1 correspond au corps prépubère de l'enfant, tandis que le stade de Tanner 5 décrit le développement physique atteint lorsque la puberté est achevée.

trans, trans*, transgenre

Les termes « trans* » ou « transgenre » désignent les personnes qui ne s'identifient pas, ou pas entièrement, au genre qui leur a été assigné à la naissance. L'écriture trans* (avec astérisque) est utilisée pour souligner que les identités non binaires sont également incluses. Cependant, toutes les personnes non binaires ne se définissent pas comme trans* (contraire : cisgenre).

Transition

La transition désigne le passage d'un genre à un autre. On distingue la transition sociale (par exemple, changement de l'expression de genre, de prénom ou de mention du sexe à l'état civil) de la transition médicale (mesures induisant des modifications corporelles, comme la prise d'hormones ou des interventions chirurgicales).

transmasculin/transféminin

Le terme « transmasculin » qualifie les personnes trans qui s'identifient sur le spectre masculin. Le terme « transféminin » qualifie les personnes trans qui s'identifient sur le spectre féminin.

Typicité de genre

La typicité de genre désigne en psychologie la perception d'une personne d'être un membre plus ou moins typique de son genre assigné, en fonction du degré de similitude perçu entre ses compétences et ses intérêts et ceux de ses pairs du même genre assigné.

Ce document a été approuvé à l'unanimité par la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine le 7 novembre 2024.

Membres de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine :

Président

Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann

Vice-présidente

Prof. Dr. med. Samia Hurst-Majno

Membres

PD Dr. Iren Bischofberger, Prof. Dr. phil. Christine Clavien,
Prof. Dr. iur. Stéphanie Dagron, Prof. Dr. med. Karin Fattinger,
Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Krones,
Prof. Dr. iur. Mélanie Levy, Dr. med. Roberto Malacrida,
Prof. Dr. theol. Frank Mathwig, Dr. phil. Simone Romagnoli,
Dr. med. Benno Röthlisberger, Prof. Dr. iur. Bernhard Rüttsche

Graphisme et mise en page

Terminal8 GmbH, Monbijoustrasse 99, 3007 Bern, www.terminal8.ch

Bureau

Dr. phil. Anna Zuber, Responsable du bureau
Dr. phil. Elodie Malbois, Collaboratrice scientifique

**Commission nationale d'éthique dans
le domaine de la médecine humaine**

CH-3003 Berne

Tel. +41 58 469 77 64

info@nek-cne.admin.ch

www.nek-cne.admin.ch

Cette prise de position est publiée en français, en allemand et en anglais.
La version allemande est la version originale.

© 2024 Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine, Berne. Reproduction autorisée avec mention de la source.