Commentaire sur "Le traitement médical des mineurs atteints de dysphorie de genre. Considérations éthiques et juridiques" par NEK-CNE

Jilles Smids,[1] 18-1-2025

[1] L'auteur a rédigé ce commentaire à la demande de l'Association pour une approche mesurée des questionnements de genre chez les jeunes - https://www.amqg.ch/. Bien qu'il soit quelque peu inhabituel pour des universitaires internationaux de s'impliquer dans le débat national d'un autre pays, l'éthique en tant que discipline n'est pas liée aux frontières nationales. En outre, tous les pays occidentaux, y compris les Pays-Bas, sont confrontés aux mêmes questions. Le commentaire est basé sur une traduction Deepl pro vérifiée et fournie par l'AMQG, dont la comparaison avec le texte original allemand a semblé à l'auteur d'une qualité suffisante.

L'auteur travaille dans la section Philosophie, éthique et histoire de la médecine, à l'Erasmus University Medical Center, aux Pays-Bas. Il a étudié la chimie et la philosophie et a obtenu son doctorat en philosophie et en éthique à l'Université de technologie d'Eindhoven en 2018. Il a commencé à travailler au centre médical Erasmus en 2020. Les questions éthiques dans les soins pédiatriques liés au genre sont l'un de ses sujets de recherche, et il participe activement à la discussion néerlandaise sur le sujet. L'auteur n'a reçu aucun financement pour la rédaction de ce commentaire. Enfin, si des inexactitudes factuelles ou des omissions devaient être observées, l'auteur serait heureux d'en être informé.

Contenu

Commentaire sur "Le traitement médical des mineurs atteints de dysphorie de genre. Considérations éthiques et juridiques" par NEK-CNE 1

1 Introduction 3

2 Les bloqueurs de puberté peuvent-ils protéger le droit des adolescents à un avenir ouvert? 4

3 Le profil modifié des adolescents à la recherche d'un traitement médical de l'inégalité entre les sexes 9

4 La discussion de la Prise de position sur les informations médicales et les risques 10

5 La discussion de la Prise de position sur l'éthique du traitement médical de la dysphorie de genre 15

6 Discussion finale 19

1 Introduction

Une réflexion éthique sur les questions difficiles des soins pédiatriques liés au genre est indispensable. Il est donc louable que des comités d'éthique nationaux tels que la NEK-CNE s'efforcent d'éclairer le débat scientifique et sociétal sur la meilleure prise en charge possible des mineurs atteints de dysphorie de genre (DG) en proposant une analyse éthique. La nécessité de ce type d'analyse et de conseil apparaît clairement dans le fait que, récemment, le comité de bioéthique italien a également émis un avis.[2] Aux Pays-Bas, le Conseil de la santé est sur le point d'entamer une démarche consultative similaire.

La Prise de position de la NEK-CNE contient de nombreuses observations et recommandations précieuses. En particulier, il prend très au sérieux le poids de la décision d'un adolescent de commencer un traitement médical, compte tenu également de son caractère invasif, de ses effets secondaires nocifs et de son caractère de plus en plus irréversible. En conséquence, la Prise de position souligne l'importance d'un consentement pleinement éclairé de la part de mineurs suffisamment mûrs et capables de prendre des décisions. Compte tenu de la nature fondamentale et hautement personnelle de la décision d'entamer une transition médicale, ce point de vue est tout à fait justifié. À plusieurs reprises, la NEK-CNE reconnaît le bien-fondé d'une approche d'attente vigilante qui reporte les interventions médicales jusqu'à ce que les enfants aient mûri et développé leur capacité de prise de décision, même si, en fin de compte, la Prise de position estime que les arguments contre l'attente devraient être décisifs. Néanmoins, la NEK-CNE affirme à juste titre que "la recherche de prédicteurs fiables de l'incongruité permanente du genre en particulier doit être intensifiée afin de prévenir les dommages potentiels par un diagnostic erroné". En effet, la valeur prédictive des diagnostics de dysphorie de genre (DG) à l'adolescence est trop faible (Cass Review 2024 ; Byrne 2024)[3]. Une autre caractéristique bienvenue est la grande attention portée par la NEK-CNE au rôle du contexte psychosocial (mais voir la section 3 de ce commentaire sur le profil modifié du patient). Enfin, tout au long du rapport, il y a une reconnaissance franche du manque de preuves scientifiques de bonne qualité sur les inconvénients, les risques et les avantages potentiels, accompagnée d'une recommandation visant à combler les nombreuses lacunes de la recherche.

Malgré ces caractéristiques importantes, l'auteur de ce commentaire estime que la Prise de position de la NEK-CNE présente également plusieurs faiblesses fondamentales qui le rendent inapte, dans sa forme actuelle, à contribuer à informer et à guider la prise de décision de la Suisse en ce qui concerne l'adoption de la nouvelle directive allemande. Ces faiblesses peuvent être résumées comme suit,

[2] Pour les liens pertinents, voir : https://segm.org/Italy-Puberty-Blockers-Therapy-Bioethics
[3] Pour une discussion utile sur l'article allemand de Bachman et al., voir: https://segm.org/gender-dysphoria-diagnosis-desistance-germany

chacune correspondant à l'une des sections de ce commentaire. Premièrement, la Prise de position accorde une grande importance à la réversibilité supposée de la suppression de la puberté, ce qui est loin d'être certain (voir section 2). Deuxièmement, elle n'aborde pas le changement de profil des patients, qui sont aujourd'hui majoritairement des femmes naturelles dont les troubles de DG ne sont pas apparus dans la petite enfance mais après le début de la puberté, et qui présentent souvent une ou plusieurs comorbidités psychiatriques (voir section 3). Troisièmement, la discussion sur les informations médicales relatives aux effets néfastes, aux risques et aux bénéfices est à plusieurs endroits incomplète, déséquilibrée ou même incorrecte (voir section 4). Enfin, l'analyse éthique de la NEK-CNE au regard des quatre principes de l'éthique médicale est incomplète et déséquilibrée (voir section 5). Mon commentaire se terminera par quelques remarques de conclusion générale (voir section 6).

2 Les bloqueurs de puberté peuvent-ils protéger le droit des adolescents à un avenir ouvert ?

L'argument le plus central de la Prise de position repose sur l'idée que la suppression de la puberté est un traitement réversible qui protège le droit des adolescents à un avenir ouvert. La NEK-CNE affirme fermement que le fait d'entamer une transition médicale de genre, ou un traitement médical d'affirmation du genre est une décision personnelle d'une telle portée que seule la personne concernée a le droit de la prendre. Cette position est justifiée par l'importance de l'autonomie et de l'autodétermination. D'une part, des doutes sont exprimés quant à la capacité des jeunes adolescents, dont la puberté vient de commencer, à donner un consentement éclairé à cette décision. D'autre part, le fait d'attendre que leur capacité se développe davantage les "forcerait" à subir une puberté non désirée de leur sexe natal. La Prise de position présente la suppression de la puberté comme une mesure réversible qui permet aux adolescents de développer davantage leur capacité de décision et qui leur donne le temps de réfléchir. Cet avis présente le blocage de la puberté comme une solution à ce dilemme :

> Si le droit à un avenir totalement ouvert est pratiquement impossible à réaliser, le respect de l'autodétermination des mineurs exige que les décisions de vie révolutionnaires soient prises par eux dans la mesure du possible. Cependant, la puberté commence à un âge où il n'est pas évident de savoir si la personne concernée est déjà capable de prendre des décisions concernant une éventuelle transition médicale. Ce n'est que si elle est capable d'évaluer les conséquences personnelles, sanitaires et sociales à long terme de sa décision que son autodétermination est préservée. Dans le même temps, une approche attentiste dans le cas d'un désir de transition signifie que le mineur doit vivre sa puberté dans le sexe non

désiré contre sa volonté et qu'une transition ultérieure serait rendue plus difficile par les changements physiques qui ont déjà eu lieu, ce qui, du point de vue de l'autodétermination, n'est pas une bonne chose. la détermination est également problématique. Le recours au blocage de la puberté chez les mineurs présentant une incongruité de genre peut donc également être compris comme une tentative de résoudre ce dilemme en retardant l'engagement dans un avenir de genre spécifique causé par la puberté. Cela explique également la grande pertinence, d'un point vue éthique, de la distinction entre les développements physiques réversibles et irréversibles et les interventions médicales dans ce contexte. Moins la personne concernée est en mesure de corriger la décision à une date ultérieure (c'est-à-dire après avoir atteint sa capacité), plus l'avenir ouvert est restreint (p. 16 ; d'autres endroits où le même argument est présenté plus brièvement sont la p. 11 "Objectif du traitement" et la p. 27 "Recommandation de traitement c").

Si les bloqueurs de puberté pouvaient effectivement remplir ce rôle sans causer de dommages significatifs, cette solution pourrait fonctionner. Cependant, la solution proposée par la NEK-CNE pour sortir du dilemme pose au moins trois problèmes. Tout d'abord , il a été prouvé que la suppression de la puberté n'est probablement pas réversible, mais qu'elle constitue plutôt, pour l'écrasante majorité, la première étape d'un traitement irréversible (pour une discussion approfondie, voir (Jorgensen, Athéa et Masson 2024 ; Baron et Dierckxsens 2022b)). Deuxièmement, il se peut très bien que les bloqueurs de puberté aient des effets secondaires néfastes qui excluent des options qui peuvent être considérées comme essentielles pour un avenir ouvert, comme les effets inconnus sur le développement du cerveau et l'altération de la fonction sexuelle (Baxendale 2024 ; Women's Voices [@WomenReadWomen] 2022) . Troisièmement, cette façon de formuler la situation décisionnelle accorde trop d'importance au respect de l'autonomie et sous-estime d'autres principes éthiques médicaux, notamment la bienfaisance et la non-malfaisance (ce troisième problème sera abordé dans la section 5).

Le premier problème, à savoir que la suppression de la puberté (SP) pourrait ne pas être réversible du tout, a été reconnu dès le début par les cliniciens néerlandais de la clinique du genre d'Amsterdam (Cohen-Kettenis et van Goozen 1998) . Ils ont expliqué que les adolescents pourraient considérer la SP comme la première étape du traitement, une préoccupation reprise par d'autres (Wren 2000 ; Korte et al. 2008) . Des études ultérieures ont systématiquement montré que la quasi-totalité, c'est-à-dire plus de 95 %, des enfants qui commencent à prendre des PS continuent à prendre des hormones intersexes (CSH) (Brik et al. 2020 ; Wiepjes et al. 2018 ; Carmichael et al. 2021) . Ces chiffres suggèrent que les enfants ne s'engagent pas nécessairement dans une réflexion approfondie sur leur identité (de genre) et leurs souhaits en matière de traitement ou d'alternatives. En effet, comme l'a déclaré Anna Hutchinson, qui a travaillé à la clinique anglaise Tavistock, quelle serait la probabilité

que, si on leur donnait "le temps de réfléchir", ils parviendraient pratiquement tous à la même conclusion (Barnes 2023) ? Quoi qu'il en soit, ces chiffres élevés méritent d'être expliqués.

L'une des explications pourrait être que les cliniciens spécialisés dans les questions de genre sont très doués pour repérer les personnes ayant une identité transgenre stable, dont il est très peu probable que la dysphorie de genre se résorbe. Cette explication est privilégiée par un certain nombre d'éminents cliniciens du genre (de Vries et al. 2021) . Cependant, l'autre explication est que la SP a un effet iatrogène en *provoquant* la persistance du trouble de la personnalité sexuelle chez les adolescents sous bloqueurs de puberté. Il ne s'agit pas d'une simple possibilité, car un mécanisme plausible est suggéré par Hillary Cass, plus clairement dans son rapport intérimaire :

> La question la plus difficile est de savoir si les bloqueurs de puberté offrent effectivement un temps précieux aux enfants et aux jeunes pour réfléchir à leurs options, ou s'ils "enferment" effectivement les enfants et les jeunes dans un parcours de traitement qui aboutit à une progression vers des hormones féminisantes/masculinisantes en entravant le processus habituel de développement de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre. (Cass 2022, 38) .

Des études éthiques empiriques menées par des chercheurs qui favorisent eux-mêmes une approche fondée sur l'affirmation du genre apportent d'autres preuves qui minent la justification de la "réversibilité" et du "temps de réflexion". Dans une étude néerlandaise par entretiens, les huit adolescents participants qui ont continué à fréquenter les CSH ont déclaré qu'ils ne considéraient pas les bloqueurs de puberté comme un moyen permettant un temps de réflexion, confirmant ainsi la préoccupation néerlandaise très précoce citée plus haut :

> ...aucun des huit adolescents interrogés qui ont eu recours aux HAG [hormones d'affirmation du genre], et aucun de leurs parents, n'a déclaré que le fait de disposer de plus de temps pour explorer et décider de poursuivre ou non le TMAG [traitement médical d'affirmation du genre] était pour eux une fonction de la SP. Ils ont mentionné qu'ils étaient (ou que leur enfant était) déjà certains de vouloir procéder à un TMAG lorsqu'ils ont commencé la SP (Lieke J.J.J. Vrouenraets et al. 2022, 433) .[4]

Il est important de noter que les parents semblaient avoir déjà décidé qu'une voie de traitement médical était la meilleure pour leurs enfants. Étant donné l'importance des parents et du contexte social des enfants dans la prise de décision concernant le traitement médical de leur DG, une telle attitude des parents peut facilement porter atteinte au droit à un avenir ouvert et à une prise de décision autonome de la part de l'enfant.

[4] Le lecteur est invité à consulter le site (Jorgensen, Athéa et Masson 2024) pour plusieurs autres citations éloquentes tirées d'études d'entretiens menées aux Pays-Bas.

Ces constatations et observations ont amené les cliniciens d'Amsterdam, il y a déjà plusieurs années, à recommander de considérer le début de la SP comme le véritable moment de prise de décision et, par conséquent, de discuter de tous les risques dès ce moment-là :

> En outre, d'après notre expérience clinique, la plupart des adolescents et des parents ressentent la suppression de la puberté comme la première étape de la transition de genre. Il est donc important de discuter des risques iatrogènes d'éventuels traitements d'affirmation du genre (par exemple, hormones transsexuelles et chirurgies d'affirmation du genre), *même s'il peut s'écouler plusieurs années avant que l'adolescent ne soit éligible à de tels traitements*. Ces discussions peuvent, par exemple, inclure l'information des patients sur la sensibilité génitale après une chirurgie génitale et sur la possibilité (en cas de thérapie hormonale) ou la certitude (en cas d'ablation de l'utérus et des ovaires) d'une perte de fertilité [26]." (Steensma, Wensing-Kruger, and Klink 2017) - c'est moi qui souligne.

En résumé, il est très douteux que la SP soit une intervention médicale réellement réversible qui permette aux enfants de poursuivre leur maturation jusqu'à ce qu'ils aient développé une capacité suffisante pour donner leur consentement éclairé à des hormones transsexuelles. Au contraire, tout porte à croire que la véritable décision est prise au moment de la mise en place de la SP. Par conséquent, la SP n'est pas la solution souhaitée au dilemme ; elle n'assure pas un avenir ouvert, mais ferme plutôt un avenir non médicalisé pour les enfants atteints de DG à un âge où leur capacité à donner un consentement éclairé est très incertaine (Baron et Dierckxsens 2022b ; Levine, Abbruzzese et Mason 2022 ; Lieke Josephina Jeanne Johanna Vrouenraets et al. 2015) . Une manière appropriée de résumer la discussion ci-dessus pourrait être de dire que même si les adolescents *peuvent* arrêter les bloqueurs de puberté *s'ils* le souhaitent, il est très probable que la SP soit *psychologiquement* irréversible pour l'écrasante majorité d'entre eux.[5]

À cela s'ajoute le deuxième problème que pose la solution proposée par la NEK-CNE : les bloqueurs de puberté peuvent avoir des effets secondaires nocifs, dont certains concernent directement des capacités dont on peut penser qu'elles sont importantes pour l'avenir ouvert d'un enfant. L'un des plus importants est l'impact négatif potentiel des SP sur le développement du cerveau et les

[5] À ce stade, il convient de noter que l'histoire de la DG, même dans la présentation classique d'apparition dans l'enfance, est largement inconnue (Byrne 2024 ; Abbruzzese, Levine, et Mason 2023). Si nous savions qu'après Tanner 2, tout DG présentr a très peu de chances de se résoudre, cela soutiendrait l'utilisation de la SP à Tanner 2. Les cliniciens néerlandais spécialistes du genre revendiquent une telle connaissance (Kreukels et Cohen-Kettenis 2011 ; de Vries et Cohen-Kettenis 2012), principalement basée sur l'expérience clinique et sur une étude qualitative des soi-disant personnes persistantes (Steensma et al. 2011). Cependant, il s'agissait dans tous les cas d'enfants qui avaient déjà reçu un diagnostic GD de la clinique d'Amsterdam dans la petite enfance, avant l'âge de 12 ans. Ces enfants savaient donc que si leur DG persistait à l'entrée dans la puberté, à l'âge de 12 ans, ils pouvaient retourner à la clinique pour recevoir des bloqueurs de puberté (présentés comme une intervention entièrement réversible). Malheureusement, nous ne disposons pas d'études épidémiologiques sur la prévalence de la dysphorie de genre dans la population générale. Par conséquent, nous ne savons tout simplement pas ce qui se passerait si les enfants atteints de DG n'étaient pas traités par bloqueurs de puberté, et le risque de surdiagnostic et de surtraitement préjudiciable est donc élevé

capacités cognitives. Là encore, le rapport intérimaire de Cass est très clair, juste après le passage cité ci-dessus :

> Une préoccupation étroitement liée est celle des impacts inconnus sur le développement, la maturation et la cognition si un enfant ou un jeune n'est pas exposé aux changements physiques, psychologiques, physiologiques, neurochimiques et sexuels qui accompagnent les poussées d'hormones de l'adolescence. On sait que l'adolescence est une période de changements importants dans la structure, la fonction et la connectivité du cerveau. Au cours de cette période, le cerveau renforce certaines connexions (myélinisation) et en réduit d'autres (élagage synaptique). Il y a maturation et développement des fonctions du lobe frontal qui contrôlent la prise de décision, la régulation des émotions, le jugement et la capacité de planification. Si les hormones sexuelles pubertaires sont essentielles à ces processus de maturation cérébrale, cela soulève la question secondaire de savoir s'il existe une fenêtre temporelle critique pour que ces processus aient lieu, ou si un rattrapage est possible lorsque l'œstrogène ou la testostérone sont introduits plus tard. (Cass 2022, 38)

Dans la section 4, nous expliquerons pourquoi l'opinion rassurante de la Prise de position sur ce risque est basée sur une représentation inadéquate de la littérature. Les autres risques médicaux de la SP sont l'augmentation des chances d'infertilité, l'altération de la fonction sexuelle et une chirurgie génitale plus compliquée. La SP, en particulier le début précoce à Tanner 2, aura un impact négatif sur la fertilité, tandis que les options de préservation de la fertilité sont invasives, coûteuses et ne garantissent en aucun cas le succès (Stolk et al. 2023 ; Brik et al. 2019) . Le fait que la Prise de position fasse largement référence à ces problèmes de fertilité est une reconnaissance appropriée de leur gravité. Cependant, malheureusement, la suppression de la puberté n'est pas l'intervention réversible qui pourrait apaiser les inquiétudes de la NEK-NCE. Le début précoce de la SP est également susceptible de conduire à l'anorgasmie (Women's Voices [@WomenReadWomen] 2022) .[6] Enfin, le début précoce de la SP, au stade 2/3 de Tanner, se traduit généralement par une quantité insuffisante de tissu pénien pour permettre les techniques d'inversion standard en chirurgie génitale. Pour résoudre ce problème, un morceau de côlon est prélevé sur la personne pour créer un vagin artificiel, ce qui est une procédure chirurgicale plus risquée (Biggs 2023) . En fait, l'une des 70 participantes à l'étude PS néerlandaise pionnière (de Vries et al. 2011) est décédée plus tard de complications après sa chirurgie génitale (Negenborn et al. 2017) .

Tout ceci remet en cause la présentation des SP comme une intervention réversible préservant un avenir ouvert, car il s'agit clairement de préjudices potentiels qui, s'ils se matérialisent, ont un impact

[6] Un article néerlandais récent affirme qu'il n'y a pas de relation entre une puberté précoce et une puberté tardive pour ce qui est de la capacité d'orgasme et de la fonction sexuelle en général (van der Meulen et al. 2024) . Cependant, la taille de l'échantillon était si petite que cette conclusion n'est pas justifiée sur la base des résultats de l'étude.

substantiel sur la vie adulte des personnes affectées. Surtout, ces préjudices sont irréversibles et constituent donc un autre aspect de la non-réversibilité des bloqueurs de puberté, en plus de l'irréversibilité psychologique expliquée plus haut. On pourrait objecter qu'en l'absence de preuves scientifiques de bonne qualité sur les effets néfastes et les avantages de la SP, ces effets secondaires néfastes sont "simplement" potentiels. Cependant, la charge de la preuve de l'innocuité des bloqueurs de puberté et de leur réversibilité au sens approprié incombe à ceux qui proposent ces interventions médicales et à ceux qui proposent la SP comme solution au problème éthique d'une intervention (trop) précoce, c'est-à-dire à la NEK-CNE. Ajoutons à cela que les préjudices ne sont pas simplement potentiels, comme nous l'avons vu plus haut, mais qu'ils sont tous clairement justifiés et étayés par des preuves empiriques.

En conclusion, l'appel de la NEK-CNE à considérer la suppression de la puberté comme une intervention médicale réversible qui aide à résoudre le dilemme entre l'attente vigilante et la médicalisation précoce de la DG, et qui maintient l'avenir des enfants ouvert, n'est pas justifié. Étant donné qu'il s'agit de la pierre angulaire de l'analyse et de l'argumentation de la Prise de position en faveur de l'offre de bloqueurs de puberté et d'hormones transsexuelles aux mineurs atteints de dysphorie de genre, il s'agit d'un résultat extrêmement significatif.

3 L'évolution du profil des adolescents à la recherche d'un traitement médical d'affirmation du genre

L'une des questions les plus centrales dans le débat scientifique et sociétal actuel est le changement de profil des patients (Aitken et al. 2015 ; Kaltiala-Heino et al. 2015 ; 2018 ; Zucker 2019 ; De Vries 2020 ; Littman 2018 ; Bauer, Lawson, et Metzger 2021 ; Cass Review 2024 ; Leonhardt et al. 2024 ; Ashley 2020) . Alors que l'approche néerlandaise est basée sur le traitement d'un nombre à peu près égal d'hommes et de femmes relativement stables sur le plan psychologique, présentant une grave maladie de GD persistant depuis la petite enfance sur le site (de Vries et al. 2011 ; de Vries et Cohen-Kettenis 2012 ; Delemarre-van de Waal et Cohen-Kettenis 2006) , actuellement le groupe de patients prédominant est constitué de femmes natales, dont les problèmes de genre apparaissent généralement après le début de la puberté, et qui présentent une comorbidité psychiatrique significativement plus importante (Arnoldussen, de Rooy, et al. 2022 ; de Rooy et al. 2024 ; Kaltiala-Heino et al. 2015 ; 2018) . La modification du sex-ratio est observée dans plusieurs pays occidentaux (Aitken et al. 2015) .

La littérature et les sociétés s'inquiètent clairement de savoir si ce nouveau groupe de patients peut inclure des adolescents qui s'identifient comme transgenres sur la base de l'interprétation de leurs difficultés préexistantes à travers le prisme du genre (Bechard et al. 2017 ; Bradley 2022 ; Cass Review 2024) . De toute évidence, si tel est le cas, il est peu probable que le traitement médical leur soit bénéfique, en particulier à long terme, alors qu'une psychothérapie exploratoire et des interventions psychosociales prudentes pourraient contribuer à réduire la détresse psychologique de ces adolescents et améliorer leur fonctionnement global. Plusieurs auteurs plaident en faveur de telles approches non médicales comme première intervention, et un certain nombre de rapports de cas dans la littérature indiquent que cela se produit effectivement et que c'est donc une possibilité réelle (Churcher Clarke et Spiliadis 2019 ; Spiliadis 2019 ; Lemma 2018 ; D'Angelo 2023 ; D'Angelo et al. 2021) .

La NEK-CNE passe complètement à côté de ces questions.[7] La section "2.2.1 Soutien psychologique, systémique et psychothérapeutique" traite principalement des approches psychothérapeutiques en tant qu'aide aux personnes transgenres pour faire face à la discrimination et à l'exclusion, et en tant que soutien au début d'un parcours de traitement médical. Il n'y a aucune reconnaissance du nouveau profil des patients, ni de ses implications pour la base de données probantes (qui est déjà faible pour la cohorte originale de patients néerlandais), ni pour les meilleures interventions de première ligne. D'un point de vue éthique et juridique, un traitement médical invasif ne peut être justifié que si des approches psychothérapeutiques moins invasives ont été essayées et ont échoué pour aider à résoudre la détresse des adolescents atteints de DG. Contrairement aux affirmations de la littérature (Ashley 2022), une telle thérapie peut tout à fait être éthique et ne doit pas être assimilée à une thérapie de conversion (D'Angelo 2023 ; Spiliadis 2019) .

4 L'examen des informations médicales et des risques

À plusieurs endroits, notamment au chapitre 2, la présentation et l'analyse par la NEK des informations médicales pertinentes et des risques liés aux bloqueurs de puberté, aux hormones antagonistes et à la chirurgie sont incomplètes, insuffisamment équilibrées, voire incorrectes. J'évoquerai brièvement les problèmes les plus saillants.

[7] Cette omission est également visible dans les recommandations de la section 4.3.

Commencer la PS au stade 2 de Tanner n'est pas la meilleure pratique

L'affirmation selon laquelle la meilleure pratique actuelle est de commencer la SP "au plus tôt à partir de Tanner 2 si cela est indiqué" (p. 10) n'est pas fondée. Le fait que cela soit recommandé par le Standard of Care 8 de la World Professional Association for Transgender Health (Coleman et al. 2022) n'est pas une bonne référence, car il s'agit d'une ligne directrice problématique (Block 2024 ; Cass Review 2024). La NEK-CNE ne reconnaît pas le fait que la directive suédoise récemment modifiée exige que les adolescents atteignent un stade de Tanner 3 avant de pouvoir bénéficier d'une SP.[8] Notamment, avec les directives finlandaises, ce sont les seules directives qualifiées de "fondées sur des preuves" par la revue Cass (Cass Review 2024 ; Taylor, Hall, Heathcote, Hewitt, et al. 2024) .

Il n'y a pas de résultats rassurants concernant l'impact des bloqueurs de la puberté sur le développement du cerveau.

Dans la section "Risques et effets secondaires", l'influence du PB sur le développement cérébral et cognitif est présentée comme quelque chose qui "ne peut être exclu", ce qui est trop faible à la lumière de l'ensemble des preuves. Les signaux d'un impact négatif possible proviennent tous d'études qui ne fournissent pas de preuves solides, mais ensemble , ils peuvent être considérés comme préoccupants et justifiant d'urgence une étude plus approfondie (Baxendale 2024 ; Chen et al. 2020 ; Biggs 2023) . L'appel à une étude néerlandaise sur l'association entre le QI avant traitement et les résultats scolaires après traitement pour suggérer qu'il n'y a peut-être pas de problèmes n'est pas fondé, car elle présente aussi de graves limites méthodologiques pour tirer des conclusions rassurantes, comme le découvrira toute personne lisant l'étude elle-même (Arnoldussen, Hooijman, et al. 2022) , ou lisant la revue systématique de (Baxendale 2024)[9]. De même, la brève discussion de

[8] https://segm.org/Swedish-2022-trans-guidelines-youth-experimental

[9] Baxendale (p9) : « Arnoldussen et al.52 ont rapporté les résultats d'une évaluation du QI, avant le début du traitement par analogue de la GnRH chez 72 enfants et ont examiné la relation entre cette mesure et un indice très simplifié et dichotomisé de progrès/réussite scolaire ('éducation professionnelle' vs 'éducation professionnelle supérieure/éducation académique'). Avant le traitement, la moyenne et l'écart-type du score de QI dans le groupe étaient comparables à ceux de la population générale (moyenne = 100, écart-type = 15). Quarante pour cent des sujets éligibles ont refusé de participer au suivi. Aucune conclusion ne peut être tirée de cette étude en ce qui concerne l'impact de la suppression de la puberté sur le développement des fonctions cognitives. »
Pour compléter l'analyse de Baxendale, voici une raison pour laquelle les 40 % de non-participants pourraient avoir inclus un nombre relativement plus élevé d'adolescents « ayant suivi une formation professionnelle ». L'étude indique que « certains ont accepté de participer mais n'ont pas rempli les questionnaires malgré des rappels répétés ». Un facteur prédictif important de la réussite scolaire est un bon « fonctionnement exécutif », et le fait de ne pas donner suite à des rappels répétitifs peut être considéré comme un indicateur d'un fonctionnement exécutif moins développé. Et il y a plusieurs autres sources de biais dans cette étude.
Un autre cas de référence problématique à l'article d'Arnoldussen, avec omission de la référence à toutes les études dont les résultats sont préoccupants, se trouve dans un article néerlandais rédigé par un certain nombre

la Prise de position sur une autre étude néerlandaise (Staphorsius et al. 2015) affirme à tort que dans cette étude "aucune différence significative dans les performances [cognitives] ... n'a été trouvée" (p. 12).[10] Il est à noter qu'au lieu de se référer à cette étude systématique, la Prise de position choisit de fournir une discussion narrative brève et sélective de la littérature. Il n'y a pas non plus de référence à la déclaration de consensus sur les effets cognitifs des PB, qui constitue un effort de recherche urgent (Chen et al. 2020) .

Discussion incomplète et déséquilibrée sur les regrets et les taux de regrets

Voici l'essentiel de la discussion de la Prise de position sur la prévalence des regrets :

"Seules quelques personnes regrettent l'intervention. Selon une méta-analyse, dans laquelle ont été évaluées les données relatives à la satisfaction d'environ 8 000 personnes après diverses opérations de changement de sexe, 77 personnes ont regretté l'opération (environ 1 %) (Bustos et al.2022)."

Cette affirmation pose deux problèmes majeurs. Premièrement, la méta-analyse de (Bustos et al. 2021) présente de graves lacunes (Expósito-Campos et D'Angelo 2021) .[11] La Prise de position ne

---

d'éminents cliniciens néerlandais spécialistes du genre (Claahsen - van der Grinten et al. 2023), comme indiqué dans (Smids et Vankrunkelsven 2023).

[10] La Prise de position : "Aucune différence significative de performance (temps, taux d'erreur) n'a été constatée entre les deux groupes d'enfants dysphoriques avec et sans blocage de la puberté".

Le résumé de l'étude : "Nous n'avons pas trouvé d'effet significatif de la GnRHa sur les scores de performance de la ToL (temps de réaction et précision) en comparant les hommes-femmes traités à la GnRHa (MF supprimés, *n* = 8) avec les MF non traités (*n* = 10) ou en comparant les femmes-hommes traitées à la GnRHa (FM supprimés, *n* = 12) avec les FM non traités (*n* = 10). *Cependant, les MF supprimés avaient des scores de précision significativement inférieurs à ceux des groupes de contrôle et des FM non traités*. (je souligne) (Staphorsius et al. 2015))"

Et Baxendale à propos de cette étude (p. 8) : "Alors que les groupes ne différaient pas en ce qui concerne le temps de réaction au test de la Tour de Londres, les hommes et les femmes ayant subi une suppression avaient des scores de précision significativement inférieurs à ceux des groupes de contrôle. Cette tendance est restée significative après avoir contrôlé le QI. Malgré cela, les résultats concernant le temps de réaction a ensuite été rapportée comme preuve de l'absence d'effets préjudiciables sur les performances dans des citations de la littérature ultérieure44 et dans des documents politiques". La Prise de position de la NEK-NCE en est un exemple. Un autre exemple de cette référence problématique à l'article de Staphorsius se trouve dans un article néerlandais rédigé par un certain nombre d'éminents cliniciens néerlandais spécialistes du genre (Smids et Vankrunkelsven 2023).

[11] Extrait de (Expósito-Campos et D'Angelo 2021) : "Dans cette lettre, nous soutenons que les conclusions de leur revue systématique et de leur méta-analyse sont discutables en raison des limites de leurs méthodes et des lacunes études sélectionnées. En ce qui concerne les méthodes, les auteurs ont négligé de nombreuses études pertinentes, y compris l'une des plus connues,2 soulevant des problèmes de santé publique.
des questions sur l'adéquation de leur stratégie de recherche. Une étude3 a été incluse à tort, car elle ne portait que sur les regrets concernant le choix de la procédure chirurgicale, et non sur la chirurgie elle-même. En outre, d'importantes erreurs d'extraction de données ont été commises, ce qui a conduit à des conclusions erronées. Par exemple, l'échantillon concernant les regrets liés à la chirurgie dans leur plus grande étude incluse4 a été gonflé de 2627 à 4863, probablement en raison d'un calcul erroné à partir d'un tableau rapportant les schémas de traitement de la population totale étudiée dans cet article".

mentionne pas non plus le fait qu'un grand nombre des études sélectionnées présentent d'importantes pertes de suivi. Par exemple, l'article le plus important, qui rassemble environ la moitié des participants, fait état d'une perte de suivi de 36 % (Wiepjes et al. 2018) . Cela signifie que la conclusion du très faible taux de regret dans cette étude est d'une validité douteuse (Cf. Dettori 2011).

Le deuxième problème majeur est que cette méta-analyse inclut plusieurs études portant sur des cohortes de patientes moins récentes, qui ont effectué leur transition à une autre époque et qui n'incluent pas les nouvelles cohortes d'adolescentes natales dont il a été question dans la section précédente. Chez ces patientes dont la transition est plus récente, le taux de regret est inconnu, même s'il existe des signaux clairs indiquant que leur regret peut survenir plus tôt après la transition et que les taux de regret peuvent être plus élevés (Cohn 2023 ; Jorgensen 2023 ; Hall, Mitchell, et Sachdeva 2021 ; Expósito-Campos et D'Angelo 2021).[12]

Référence infondée aux "tendances suicidaires aiguës" dans les arguments contre l'attente vigilante

À la page 20, la Prise de position indique que

> Cependant, cela [c'est-à-dire adopter une approche d'attente vigilante au lieu d'arrêter la puberté et de provoquer potentiellement des effets secondaires nocifs] ne tient pas compte du fait qu'une intervention médicale trop tardive peut également causer de grands dommages, par exemple parce qu'elle peut rendre nécessaires des interventions chirurgicales importantes lors d'une transition médicale ultérieure qui aurait pu être évitée ou parce que les symptômes de la dysphorie de genre s'aggravent à mesure que la puberté progresse, ce qui peut accroître considérablement la souffrance des personnes affectées, jusqu'*à des tendances suicidaires aiguës* (voir Bauer et al. 2015). (je souligne).

La référence aux tendances suicidaires pour étayer l'argument selon lequel une approche prudente pourrait être préjudiciable est très problématique. Comme le reconnaît une étude systématique commandée par la WPATH, rien ne prouve que le traitement médical réduise le nombre de suicides (Baker et al. 2021) . Ce constat est confirmé par une étude finlandaise qui montre également que le nombre réel de suicides est heureusement faible (Ruuska et al. 2024). Bien sûr, les tendances suicidaires sont également un sujet sérieux, mais elles sont très fréquentes chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et peuvent être dues à une comorbidité psychiatrique existante autant qu'à une souffrance liée à la dysphorie de genre. Il appartient aux professionnels de

[12] Voir aussi (Boyd, Hackett et Bewley 2022, 12) : *« Ainsi, le taux de détransition constaté dans cette population est inédit et on peut s'interroger sur le phénomène de surdiagnostic, de surtraitement ou de préjudice iatrogène tel qu'on le trouve dans d'autres domaines médicaux. »*

la santé mentale de traiter de manière adéquate la suicidalité, et cela ne doit pas être considéré comme une justification pour la transition médicale des adolescents vulnérables.

La discussion sur les inconvénients et les effets secondaires est incomplète.

Plusieurs effets secondaires graves sont absents de la discussion de la NEK-CNE. Par exemple, ne sont pas mentionnés les problèmes de plancher pelvien (tels que les douleurs pelviennes, qui peuvent amener les hommes trans à opter pour une hystérectomie non désirée), l'atrophie vaginale et les dysfonctionnements sexuels (da Silva et al. 2024 ; Tordoff et al., n.d. ; Zwickl et al. 2023 ; Dominoni et al. 2025)

En ce qui concerne les risques des hormones transsexuelles, le document de synthèse indique que : «Outre les effets susmentionnés de l'hormonothérapie sur la fertilité, les principaux effets secondaires concernent la santé des os et les risques de thrombose et de cancer. Les preuves scientifiques disponibles suggèrent que l'hormonothérapie ne présente pas de graves inconvénients pour la santé chez les personnes en bonne santé (Hembree et al. 2009) ». Ceci est particulier, puisque (Hembree et al. 2009) est l'ancienne et non l'actuelle ligne directrice (Hembree et al. 2017) de l'Endocrine Society. L'absence de preuves de graves inconvénients pour la santé n'est bien sûr pas une preuve de l'absence de ces effets secondaires néfastes. Il convient de noter que depuis 2009 et surtout ces cinq dernières années, la quantité de littérature médicale sur la médecine de genre a augmenté de façon exponentielle.

Une vaste étude de cohorte rétrospective néerlandaise sur les résultats de santé des adultes transgenres montre divers risques de santé et de mortalité élevés, nonobstant le fait que la causalité peut être difficile à répartir entre les effets des hormones, les facteurs liés au mode de vie, le stress de la minorité et d'autres facteurs encore (Blok et al. 2021). Certaines recherches préliminaires suggèrent des changements cardiométaboliques altérés chez les jeunes transgenres (Nokoff et al. 2020). Bien qu'il existe des signaux clairs de risques pour la santé et d'effets secondaires néfastes, le principal message des récentes analyses réalisées dans le cadre du rapport Cass est que les études de haute qualité qui pourraient fournir des informations fiables sur les méfaits médicaux font défaut (Taylor, Mitchell, Hall, Langton, et al. 2024 ; Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote, et al. 2024).

En résumé, la discussion suisse devrait s'appuyer sur une analyse beaucoup plus complète, équilibrée et précise des préjudices et des risques médicaux que celle qui est actuellement fournie dans la Prise de position de la NEK-CNE.

5 La discussion sur l'éthique du traitement médical de la dysphorie de genre

En soi, il est utile de fournir une analyse éthique du traitement médical de l'adolescent exprimant une DG, basée sur les quatre principes de bienfaisance, de non-malfaisance, de respect de l'autonomie et de justice (Beauchamp et Childress 2019 ; Varkey 2021) , comme le fait la Prise de position de la NEK/CNE. Toutefois, la discussion manque d'équilibre, tant en ce qui concerne l'espace consacré à chacun d'entre eux séparément que le poids accordé à chacun d'entre eux dans la pesée finale des avantages et des inconvénients du traitement médical.

La considération éthique médicale de base est que pour offrir un traitement médical, celui-ci doit présenter un équilibre positif entre les avantages et les inconvénients, tels qu'ils sont établis par des preuves scientifiques de qualité suffisante (cf. 3.2.1, p. 19). Cependant, comme nous le verrons plus loin, la discussion de la NEK-CNE sur la bienfaisance (3.3) n'identifie pas de bénéfices clairs et scientifiquement établis qui pourraient justifier les dommages et les risques graves. Il est assez surprenant de constater que le point 3.3 aborde longuement le rôle de la famille et du contexte social dans le bien-être des adolescents atteints de DG, mais qu'il n'aborde pas les avantages potentiels du traitement médical de ces adolescents par des bloqueurs de puberté, des CSH et des interventions chirurgicales. On aurait pu s'attendre à une brève discussion sur les conclusions des différentes revues systématiques, qui concluent toutes qu'il n'existe que des preuves de faible ou de très bonne qualité sur les bénéfices psychologiques de la SP et des CSH. (NICE 2020 ; Ludvigsson et al. 2023 ; Zepf et al. 2024 ; Taylor, Mitchell, Hall, Langton, et al. 2024 ; Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote, et al. 2024) .

En ce qui concerne le principe éthique de non-malfaisance, la discussion de ce principe (3.2) souffre naturellement de la présentation et de la discussion incomplètes et parfois déséquilibrées, voire inexactes, de la Prise de position sur les différents risques et préjudices des bloqueurs de puberté et des hormones transsexuelles dans les sections précédentes (dans son chapitre 2). L'essentiel de la discussion au point (3.2) porte sur les lacunes des preuves scientifiques et sur la manière de les combler dans la prise de décision médicale avec les mineurs en ce qui concerne les traitements médicaux. La Prise de position fait référence aux résultats de la recherche sur les bloqueurs de puberté pour l'indication *pubertas praecox* : "Ces résultats ne peuvent pas être directement transposés au traitement des mineurs atteints de dysphorie de genre, mais ils fournissent néanmoins des informations précieuses sur les risques et les effets secondaires possibles. Bien que ces résultats soient en effet précieux, il existe plusieurs désanalogies qui rendent la comparaison d'une valeur limitée. En particulier, les bloqueurs de puberté pour la *puberté précoce* sont administrés pour réduire les hormones sexuelles à des niveaux adaptés à l'âge et au développement et sont arrêtés au

moment où le développement pubertaire normal devrait se produire ; ils ne suscitent donc pas d'inquiétude quant à un effet de verrouillage et ne placent pas les enfants sur la voie d'une médicalisation plus poussée. En outre, l'affection traitée - la puberté précoce - *présente des* symptômes observables et biologiquement mesurables (c'est-à-dire des signes de puberté avant un certain âge) et une évolution naturelle claire (maturation sexuelle prématurée, fusion des plaques de croissance entraînant une petite taille à l'âge adulte) ; en revanche, il n'existe pas de marqueur biologique pour la DG et l'évolution naturelle n'est pas connue. Troisièmement, des essais ont été menés sur l'utilisation de bloqueurs dans la puberté précoce ; ils sont approuvés dans l'UE par l'EMA et aux États-Unis par la FDA, contrairement à l'utilisation dans le cas de la dysphorie de genre.

La NEK-CNE reconnaît clairement les limites de la preuve, mais affirme néanmoins que le traitement médical peut être justifié :

> En l'absence d'alternatives thérapeutiques efficaces et compte tenu des résultats prometteurs des traitements en ce qui concerne la santé mentale et la qualité de vie des personnes touchées (cf. Nobili et al. 2018) et de la présence d'une souffrance parfois énorme, le seuil de justification éthique d'une décision générale de ne pas traiter est particulièrement élevé (cf. de Lara et al. 2020).

Ce raisonnement ne tient pas. Implicitement dans cette citation, et à juste titre, la Prise de position reconnaît la nécessité d'un bénéfice pour justifier un traitement médical. Toutefois, la référence à (Nobili, Glazebrook et Arcelus 2018) concerne une étude portant sur des adultes et non sur des mineurs traités avec des bloqueurs de puberté et des hormones transsexuelles. Il est évidemment problématique de faire appel à une revue systématique des traitements fournis aux adultes pour justifier le traitement des mineurs, en particulier lorsque les revues systématiques des études sur les traitements pour les mineurs ne rapportent systématiquement que des preuves de bénéfice de faible ou très faible qualité (voir les revues citées dans la discussion ci-dessus sur (3.3)). Quelle que soit la gravité de la souffrance liée à la DG, compte tenu des inconvénients et des risques substantiels de la SP et des hormones, il doit y avoir suffisamment de preuves de bénéfice pour l'emporter sur ces inconvénients. En effet, les preuves de souffrance, même fortes, sont totalement indépendantes des preuves cliniques du soulagement de la souffrance.

Il est donc très significatif que, parmi d'autres, la Suède ait procédé à cette évaluation des risques et des avantages et qu'elle soit parvenue à une conclusion différente :

> Au niveau du groupe (c'est-à-dire pour le groupe d'adolescents souffrant de dysphorie de genre dans son ensemble), le Conseil national de la santé et du bien-être estime actuellement que les risques des bloqueurs

de la puberté et des traitements d'affirmation du genre sont suscptibles de l'emporter sur les avantages attendus de ces traitements.[13]

Contrairement à la pesée de la Prise de position de la NEK-CNE, celle de la Suède est basée sur un examen systématique correct des études sur les adolescents.

Autre problème, cette section (3.2) répète la référence problématique à des taux de regret prétendument faibles, évoquée dans la section 4 ci-dessus.

Enfin, la Prise de position affirme à juste titre que les décisions de traitement doivent être prises sur une base individuelle. L'idée semble être qu'une évaluation individualisée minutieuse des risques et des avantages peut conduire à la conclusion que "dans ce cas particulier", il y a un équilibre positif entre les avantages et les inconvénients. Toutefois, il convient de noter que le manque de preuves scientifiques sur les risques connus et inconnus et sur les bénéfices potentiels est si faible que même les évaluations individualisées sont trop entachées d'incertitudes pour que l'on puisse parvenir en toute confiance à de tels jugements, même pour des adolescents individuels. La NEK-CNE note donc à juste titre (p. 22) que les procédures de consentement éclairé devraient comporter une déclaration et une discussion complètes des risques et des inconvénients, si, bien entendu, les traitements sont médicalement indiqués et peuvent être proposés sur la base d'un profil risques-avantages favorable.

En ce qui concerne le principe de justice, la Prise de position examine assez longuement l'importance de l'égalité d'accès aux soins médicalement nécessaires (Cf. Daniels 2008) . Toutefois, les systèmes de santé européens n'accordent généralement pas de droit aux soins médicaux qui ne sont pas suffisamment fondés sur des preuves. En effet, de tels traitements ne sont pas considérés comme

[13] https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-1-8330.pdf La citation ci-dessus se poursuit comme suit : "Le Conseil national de la santé et du bien-être émet donc les recommandations faibles et négatives suivantes à titre d'orientation pour le système de santé :
- Le traitement par analogues de la GnRH, les hormones de confirmation du sexe et la mastectomie peuvent être administrés dans des cas exceptionnels.
Les soins doivent être prodigués sur la base de preuves scientifiques et d'expériences avérées et selon le principe de faire le bien et non le mal. En révisant ses recommandations, le Conseil national de la santé et du bien-être a tenu compte du fait que l'efficacité et la sécurité, les bénéfices et les risques des traitements ne sont pas prouvés [2] et que trois facteurs ont fait pencher la balance entre les bénéfices et les risques dans une direction négative :
- L'incertitude résultant du manque de clarté sur les causes, le nombre de personnes diagnostiquées avec une dysphorie de genre a continué à augmenter depuis la publication des lignes directrices en 2015, en particulier dans le groupe d'âge de 13 à 17 ans et surtout parmi les personnes dont le sexe enregistré à la naissance est le sexe féminin. 4
- La prévalence documentée chez les jeunes adultes de la détransition médicale, qui est le processus par lequel une personne interrompt un traitement médical affirmant le genre pour quelque raison que ce soit ou cherche à inverser les effets médicaux d'un traitement affirmant le genre terminé [3, 4]. Selon le SBU, il n'est pas possible d'évaluer la fréquence à laquelle les jeunes changent par la suite leur perception de leur identité de genre ou interrompent un traitement d'affirmation du genre [2].
- Les connaissances fondées sur l'expérience des experts participants sont moins uniformes qu'en 2015".

médicalement nécessaires : il ne peut y avoir de besoin médical que pour un traitement qui est effectivement efficace pour guérir une maladie, soulager une souffrance, etc. Par conséquent, mettre l'accent sur la légitimité de l'accès aux traitements médicaux d'affirmation de genre présuppose l'efficacité de ces traitements, qui, comme nous l'avons vu, est sujette à caution.

Cela nous amène enfin à l'examen du principe du respect de l'autonomie dans la Prise de position. Ici, la discussion peut être assez brève, car beaucoup de choses ont déjà été dites plus haut en ce qui concerne la SP et le droit à un avenir ouvert. Un point fort de l'analyse est l'accent mis sur le poids de la décision de d'un mineur pour entamer un parcours de traitement médical. De même, il est noté avec précision que les mineurs ont le droit de participer à la prise de décision partagée. Et en effet, les cliniciens experts devraient faire de leur mieux pour soutenir les mineurs dans ce processus de prise de décision partagée, et donc construire une relation de confiance.

Pourtant, malgré toutes ces observations précieuses, comme nous l'avons vu en détail dans la section (2), l'idée que la SP est une intervention médicale réversible qui permet au mineur de mûrir jusqu'à ce qu'il ait manifestement la capacité de prendre des décisions n'est pas fondée. Cela signifie que la mise en œuvre de la SP n'est pas compatible avec l'affirmation forte de la NEK-CNE selon laquelle seuls les mineurs eux-mêmes doivent donner leur consentement éclairé à la mise en œuvre d'un traitement médical, et non leurs parents ou d'autres mandataires. En résumé, l'engagement ferme de la NEK-CNE en faveur d'un véritable consentement éclairé de la part du mineur semble directement incompatible avec la SP, en particulier lorsque la SP débute au stade 2 de Tanner.

Enfin, la discussion approfondie de la Prise de position sur l'autonomie et l'autodétermination, qui occupe nettement plus de pages que les autres principes médico-éthiques, pourrait donner lieu à un malentendu selon lequel il s'agirait du principe le plus important. Bien qu'il faille souligner que ce n'est pas l'approche défendue par la Prise de position, le respect de l'autonomie est parfois considéré comme justifiant l'instauration d'un traitement ou comme impliquant un droit au traitement préféré (Cf. Goodman et Houk 2022) . C'est une erreur, car le respect de l'autonomie implique avant tout le droit d'être informé de manière adéquate sur les risques et les bénéfices, et de consentir ou de refuser un traitement qui a une indication médicale préalable (c'est-à-dire dont le profil risque-bénéfice favorable est scientifiquement établi) (Cf. Gorin 2024)). L'autonomie du patient ne garantit pas le droit du patient à des interventions médicales qui font plus de mal que de bien.

En conclusion, l'analyse médico-éthique de la NEK-CNE soulève plusieurs points valables et importants. Néanmoins, sa thèse la plus centrale, selon laquelle il existe actuellement une justification éthique suffisante pour les SP et les CSH pour les mineurs atteints de DMG, n'est pas fondée. En particulier, les principes de bienfaisance et de non-malfaisance impliquent l'exigence que

les bloqueurs de puberté et les hormones transsexuelles aient un profil risque-bénéfice positif, pour lequel il n'y a pas de preuves de qualité suffisantes.

6 Discussion finale

En conclusion, l'argument central du Commentaire est jugé défaillant : il n'a pas été démontré que la suppression de la puberté (SP) est une intervention psychologiquement réversible et, au contraire, il existe des preuves alarmantes de l'effet de verrouillage ; par conséquent, la SP ne peut pas sauvegarder le droit d'un mineur à un avenir ouvert. En d'autres termes, les bloqueurs de puberté ne peuvent pas interrompre le développement pubertaire tout en permettant aux enfants de poursuivre leur maturation jusqu'à ce qu'ils aient la capacité et la possibilité de choisir d'interrompre le traitement médical ou de continuer à prendre des hormones du sexe opposé. Au contraire, une fois qu'ils sont traités avec des bloqueurs de puberté, près de 100% des enfants poursuivent leur transition médicale, ce qui fait d'eux des patients à vie.

Une deuxième constatation importante de ce commentaire est que la présentation et la discussion par la NEK-CNE des différents risques et effets secondaires nocifs de la suppression de la puberté et des hormones tout au long de son analyse sont souvent incomplètes, insuffisamment équilibrées, et parfois même incorrectes.

Troisièmement, l'analyse médico-éthique souffre d'un manque de véritable prise en compte et d'évaluation éthique de l'ensemble des risques et des préjudices par rapport aux bénéfices potentiels. Par conséquent, la recommandation de la NEK-CNE de proposer de tels traitements, même si c'est sur une base individualisée, semble infondée.

Ces lacunes observées sont regrettables, car le traitement de la DG, qu'il soit médical ou non médical, soulève des questions et des dilemmes éthiques. Il est donc recommandé que la discussion éthique entre les professionnels suisses et la société dans son ensemble soit enrichie par la réflexion éthique plus large disponible dans la littérature.[14] A cet égard, étant donné que les deux parties du débat ont ressenti le besoin de s'engager dans l'examen très complet et approfondi de Cass (Cheung et al. 2024), il est remarquable que la NEK-CNE ne fasse aucune référence à cet examen qui fait date. Compte tenu de l'impact du rappport Cass, il est fortement recommandé de le prendre en

[14] Il y a plusieurs articles sur l'éthique des deux côtés du débat qui ne semblent pas encore avoir été pris en compte dans la Prise de position de la NEK-CNE (Lemma et Savulescu 2021 ; Gorin 2024 ; Wenner et George, n.d.Jorgensen, Athéa et Masson 2024 ; Baron et Dierckxsens 2022b ; Ashley 2021 ; Baron et Dierckxsens 2022a ; Lieke Josephina Jeanne Johanna Vrouenraets et al. 2015 ; D'Angelo 2023 ; Gorin, Smids et Lantos 2025 ; Giordano et Holm 2020 ; Ashley 2023).

considération également dans les réflexions et les discussions en Suisse. Des considérations similaires s'appliquent au récent appel à la prudence de la Société européenne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ESCAP) (Drobnič Radobuljac et al. 2024) .

Une dernière remarque concerne la nécessité de poursuivre et d'améliorer la recherche. Tout au long de son analyse, la NEK-CNE admet franchement la faiblesse des preuves scientifiques. C'est tout à fait approprié. L'utilisation des bloqueurs de la puberté est "hors étiquette", ce qui devrait être régi par l'exigence clé qu'il doit y avoir une attente raisonnable de bénéfice (Smeehuijzen et Smids 2024) . Alors qu'en 2006, les cliniciens néerlandais ont noté des résultats positifs et les ont utilisés pour promouvoir cette pratique "off-label", nous disposons aujourd'hui de plus de 30 ans de données qui ont fait l'objet d'une douzaine de revues systématiques qui ont conclu que l'observation des bénéfices n'est pas fiable en raison de la conception limitée des études (Abbruzzese, Levine, and Mason 2023) .[15]

Par conséquent, la recommandation 2a de la Prise de position stipulant que "les lacunes existantes en matière de recherche devraient être identifiées et comblées" (p. 28) est clairement à saluer.

[15] Si les personnes intéressées par le débat, mais qui ne sont pas encore très familières, doivent lire un document, celui-ci devrait être ce document. Il soutient de manière convaincante que les deux études néerlandaises (de Vries et al. 2011 ; 2014) , qui constituent la pierre angulaire des preuves en faveur de la médecine pédiatrique fondée sur le genre, sont profondément erronées.

Littérature citée

Abbruzzese, E., Stephen B. Levine, and Julia W. Mason. 2023. 'The Myth of "Reliable Research" in Pediatric Gender Medicine: A Critical Evaluation of the Dutch Studies—and Research That Has Followed'. *Journal of Sex & Marital Therapy* 49 (6): 673–99. https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346.

Aitken, Madison, Thomas D. Steensma, Ray Blanchard, Doug P. VanderLaan, Hayley Wood, Amanda Fuentes, Cathy Spegg, et al. 2015. 'Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria'. *The Journal of Sexual Medicine* 12 (3): 756–63. https://doi.org/10.1111/jsm.12817.

Arnoldussen, Marijn, Evelien C Hooijman, Baudewijntje PC Kreukels, and Annelou LC de Vries. 2022. 'Association between Pre-Treatment IQ and Educational Achievement after Gender-Affirming Treatment Including Puberty Suppression in Transgender Adolescents'. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, May, 13591045221091652. https://doi.org/10.1177/13591045221091652.

Arnoldussen, Marijn, Frédérique B. B. de Rooy, Annelou L. C. de Vries, Anna I. R. van der Miesen, Arne Popma, and Thomas D. Steensma. 2022. 'Demographics and Gender-Related Measures in Younger and Older Adolescents Presenting to a Gender Service'. *European Child & Adolescent Psychiatry*, November. https://doi.org/10.1007/s00787-022-02082-8.

Ashley, Florence. 2020. 'A Critical Commentary on "Rapid-Onset Gender Dysphoria"'. *The Sociological Review* 68 (4): 779–99. https://doi.org/10.1177/0038026120934693.

———. 2021. 'Flawed Reasoning on Two Dilemmas: A Commentary on Baron and Dierckxsens (2021)'. *Journal of Medical Ethics*, August. https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107647.

———. 2022. 'Interrogating Gender-Exploratory Therapy'. *Perspectives on Psychological Science*, September, 17456916221102325. https://doi.org/10.1177/17456916221102325.

———. 2023. 'Youth Should Decide: The Principle of Subsidiarity in Paediatric Transgender Healthcare'. *Journal of Medical Ethics* 49 (2): 110–14. https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107820.

Bachmann, C.J., Y. Golub, J. Holstiege, and F. Hoffmann. 2024. 'Gender Identity Disorders Among Young People in Germany: Prevalence and Trends, 2013–2022 (31.05.2024)'. *Deutsches Ärzteblatt* 121:370–71.

Baker, Kellan E, Lisa M Wilson, Ritu Sharma, Vadim Dukhanin, Kristen McArthur, and Karen A Robinson. 2021. 'Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life Among Transgender People: A Systematic Review'. *Journal of the Endocrine Society* 5 (4): bvab011. https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011.

Bakker, Alex. 2021. *The Dutch Approach: Fifty years of transgender health care at the VU Amsterdam gender clinic*. Translated by Hilde Bakker, Carl Buijs, and Maureen Steiniger. 1st edition. Amsterdam: Boom.

Barnes, Hannah. 2023. *Time to Think: The Inside Story of the Collapse of the Tavistock's Gender Service for Children*.

Baron, Teresa, and Geoffrey Dierckxsens. 2022a. 'Defending Two Dilemmas'. *Journal of Medical Ethics* 48 (9): 639–40. https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107856.

———. 2022b. 'Two Dilemmas for Medical Ethics in the Treatment of Gender Dysphoria in Youth'. *Journal of Medical Ethics* 48 (9): 603–7. https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107260.

Bauer, Greta R., Margaret L. Lawson, and Daniel L. Metzger. 2021. 'Do Clinical Data from Transgender Adolescents Support the Phenomenon of "Rapid Onset Gender Dysphoria"?' *The Journal of Pediatrics* 0 (0). https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020.

Baxendale, Sallie. 2024. 'The Impact of Suppressing Puberty on Neuropsychological Function: A Review'. *Acta Paediatrica*, February, apa.17150. https://doi.org/10.1111/apa.17150.

Beauchamp, Tom L., and James F. Childress. 2019. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th edition. New York: Oxford University Press.

Bechard, Melanie, Doug P. VanderLaan, Hayley Wood, Lori Wasserman, and Kenneth J. Zucker. 2017. 'Psychosocial and Psychological Vulnerability in Adolescents with Gender Dysphoria: A "Proof of Principle" Study'. *Journal of Sex & Marital Therapy* 43 (7): 678–88. https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1232325.

Biggs, Michael. 2023. 'The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence'. *Journal of Sex & Marital Therapy* 49 (4): 348–68. https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2121238.

Blok, Christel JM de, Chantal M. Wiepjes, Daan M. van Velzen, Annemieke S. Staphorsius, Nienke M. Nota, Louis JG Gooren, Baudewijntje PC Kreukels, and Martin den Heijer. 2021. 'Mortality Trends over Five Decades in Adult Transgender People Receiving Hormone Treatment: A Report from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria'. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 9 (10): 663–70. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00185-6.

Boyd, Isabel, Thomas Hackett, and Susan Bewley. 2022. 'Care of Transgender Patients: A General Practice Quality Improvement Approach'. *Healthcare* 10 (1): 121. https://doi.org/10.3390/healthcare10010121.

Bradley, Susan Jane. 2022. 'Understanding Vulnerability in Girls and Young Women with High-Functioning Autism Spectrum Disorder'. *Women* 2 (1): 64–67. https://doi.org/10.3390/women2010007.

Brik, Tessa, Lieke J. J. J. Vrouenraets, Sebastian E. E. Schagen, Andreas Meissner, Martine C. de Vries, and Sabine E. Hannema. 2019. 'Use of Fertility Preservation Among a Cohort of Transgirls in the Netherlands'. *Journal of Adolescent Health* 64 (5): 589–93. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.008.

Brik, Tessa, Lieke J. J. J. Vrouenraets, Martine C. de Vries, and Sabine E. Hannema. 2020. 'Trajectories of Adolescents Treated with Gonadotropin-Releasing Hormone Analogues for Gender Dysphoria'. *Archives of Sexual Behavior* 49 (7): 2611–18. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8.

Brix, Nis, Andreas Ernst, Lea Lykke Braskhøj Lauridsen, Erik Parner, Henrik Støvring, Jørn Olsen, Tine Brink Henriksen, and Cecilia Høst Ramlau-Hansen. 2019. 'Timing of Puberty in Boys and Girls: A Population-Based Study'. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 33 (1): 70–78. https://doi.org/10.1111/ppe.12507.

Bustos, Valeria P., Samyd S. Bustos, Andres Mascaro, Gabriel Del Corral, Antonio J. Forte, Pedro Ciudad, Esther A. Kim, Howard N. Langstein, and Oscar J. Manrique. 2021. 'Regret after Gender-Affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence'. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open* 9 (3): e3477. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003477.

Byrne, Alex. 2024. 'Another Myth of Persistence?' *Archives of Sexual Behavior* 53 (10): 3705–9. https://doi.org/10.1007/s10508-024-03005-1.

Carmichael, Polly, Gary Butler, Una Masic, Tim J. Cole, Bianca L. De Stavola, Sarah Davidson, Elin M. Skageberg, Sophie Khadr, and Russell M. Viner. 2021. 'Short-Term Outcomes of Pubertal Suppression in a Selected Cohort of 12 to 15 Year Old Young People with Persistent Gender Dysphoria in the UK'. *PLOS ONE* 16 (2): e0243894. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894.

Cass, Hillary. 2022. 'Interim Report – Cass Review'. 2022. https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/.

Cass Review. 2024. 'Final Report – Cass Review'. 2024. https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/.

Chen, Diane, John F. Strang, Victoria D. Kolbuck, Stephen M. Rosenthal, Kim Wallen, Deborah P. Waber, Laurence Steinberg, et al. 2020. 'Consensus Parameter: Research Methodologies to Evaluate Neurodevelopmental Effects of Pubertal Suppression in Transgender Youth'. *Transgender Health* 5 (4): 246–57. https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0006.

Cheung, C. Ronny, Evgenia Abbruzzese, Elaine Lockhart, Ian K. Maconochie, and Camilla C. Kingdon. 2024. 'Gender Medicine and the Cass Review: Why Medicine and the Law Make Poor

Bedfellows'. *Archives of Disease in Childhood*, October. https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327994.

Churcher Clarke, Anna, and Anastassis Spiliadis. 2019. '"Taking the Lid off the Box": The Value of Extended Clinical Assessment for Adolescents Presenting with Gender Identity Difficulties'. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 24 (2): 338–52. https://doi.org/10.1177/1359104518825288.

Claahsen - van der Grinten, Hedi, Sabine E Hannema, Daniel Klink, Joep Roeffen, Marian A. Spath, Chris Verhaak, and Annelou L. C. De Vries. 2023. 'Jongeren met genderincongruentie. Dilemma's in de multidisciplinaire behandeling met hormonen.' *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 167 (July). https://www.ntvg.nl/artikelen/hedi-claahsen.

Cohen-Kettenis, P. T., and S. H. M. van Goozen. 1998. 'Pubertal Delay as an Aid in Diagnosis and Treatment of a Transsexual Adolescent'. *European Child & Adolescent Psychiatry* 7 (4): 246–48. https://doi.org/10.1007/s007870050073.

Cohn, J. 2023. 'The Detransition Rate Is Unknown'. *Archives of Sexual Behavior*, June. https://doi.org/10.1007/s10508-023-02623-5.

Coleman, E., A. E. Radix, W. P. Bouman, G. R. Brown, A. L. C. de Vries, M. B. Deutsch, R. Ettner, et al. 2022. 'Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8'. *International Journal of Transgender Health* 23 (sup1): S1–259. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644.

D'Angelo, Roberto. 2023. 'Supporting Autonomy in Young People with Gender Dysphoria: Psychotherapy Is Not Conversion Therapy'. *Journal of Medical Ethics*, November. https://doi.org/10.1136/jme-2023-109282.

D'Angelo, Roberto, Ema Syrulnik, Sasha Ayad, Lisa Marchiano, Dianna Theadora Kenny, and Patrick Clarke. 2021. 'One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria'. *Archives of Sexual Behavior* 50 (1): 7–16. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2.

Daniels, Norman. 2008. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. 1st edition. Cambridge ; New York: Cambridge University Press.

De Vries, Annelou L.C. 2020. 'Challenges in Timing Puberty Suppression for Gender-Nonconforming Adolescents'. *Pediatrics* 146 (4): e2020010611. https://doi.org/10.1542/peds.2020-010611.

Delemarre-van de Waal, Henriette A, and Peggy T Cohen-Kettenis. 2006. 'Clinical Management of Gender Identity Disorder in Adolescents: A Protocol on Psychological and Paediatric Endocrinology aspectsThis Paper Was Presented at the 4th Ferring Pharmaceuticals International Paediatric Endocrinology Symposium, Paris (2006). Ferring Pharmaceuticals Has Supported the Publication of These Proceedings.' *European Journal of Endocrinology* 155 (Supplement_1): S131–37. https://doi.org/10.1530/eje.1.02231.

Dettori, Joseph R. 2011. 'Loss to Follow-Up'. *Evidence-Based Spine-Care Journal* 2 (1): 7–10. https://doi.org/10.1055/s-0030-1267080.

Dominoni, Mattia, Annachiara Licia Scatigno, Marianna Francesca Pasquali, Carola Bergante, Fulvio Gariboldi, and Barbara Gardella. 2025. 'Pelvic Floor and Sexual Dysfunctions after Genital Gender-Affirming Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis'. *Journal of Sexual Medicine* 22 (1): 184–95. https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae146.

Drobnič Radobuljac, Maja, Urh Grošelj, Riittakerttu Kaltiala, Maja Drobnič Radobuljac, Robert Vermeiren, Dimitris Anagnostopoulos, Füsun Çuhadaroglu Çetin, et al. 2024. 'ESCAP Statement on the Care for Children and Adolescents with Gender Dysphoria: An Urgent Need for Safeguarding Clinical, Scientific, and Ethical Standards'. *European Child & Adolescent Psychiatry*, April. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02440-8.

Expósito-Campos, Pablo, and Roberto D'Angelo. 2021. 'Letter to the Editor: Regret after Gender-Affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence'. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open* 9 (11): e3951. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003951.

Giordano, Simona, and Søren Holm. 2020. 'Is Puberty Delaying Treatment "Experimental Treatment"?' *International Journal of Transgender Health* 21 (2): 113–21. https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1747768.

Goodman, Colin, and Timothy Houk. 2022. 'Misapplying Autonomy: Why Patient Wishes Cannot Settle Treatment Decisions'. *Theoretical Medicine and Bioethics* 43 (5): 289–305. https://doi.org/10.1007/s11017-022-09593-0.

Gorin, Moti. 2024. 'What Is the Aim of PEDIATRIC "Gender-Affirming" Care?' *Hastings Center Report* 54 (3): 35–50. https://doi.org/10.1002/hast.1583.

Gorin, Moti, Jilles Smids, and John Lantos. 2025. 'Toward Evidence-Based and Ethical Pediatric Gender Medicine'. *JAMA*, January. https://doi.org/10.1001/jama.2024.28203.

Hall, R., L. Mitchell, and J. Sachdeva. 2021. 'Access to Care and Frequency of Detransition among a Cohort Discharged by a UK National Adult Gender Identity Clinic: Retrospective Case-Note Review'. *BJPsych Open* 7 (6). https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022.

Hembree, Wylie C., Peggy Cohen-Kettenis, Henriette A. Delemarre-van de Waal, Louis J. Gooren, Walter J. Meyer III, Norman P. Spack, Vin Tangpricha, and Victor M. Montori. 2009. 'Endocrine Treatment of Transsexual Persons:An Endocrine Society Clinical Practice Guideline'. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 94 (9): 3132–54. https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345.

Hembree, Wylie C, Peggy T Cohen-Kettenis, Louis Gooren, Sabine E Hannema, Walter J Meyer, M Hassan Murad, Stephen M Rosenthal, Joshua D Safer, Vin Tangpricha, and Guy G T'Sjoen. 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. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658.

Jorgensen, Sarah C. J. 2023. 'Transition Regret and Detransition: Meanings and Uncertainties'. *Archives of Sexual Behavior*, June. https://doi.org/10.1007/s10508-023-02626-2.

Jorgensen, Sarah C. J., Nicole Athéa, and Céline Masson. 2024. 'Puberty Suppression for Pediatric Gender Dysphoria and the Child's Right to an Open Future'. *Archives of Sexual Behavior* 53 (5): 1941–56. https://doi.org/10.1007/s10508-024-02850-4.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu, Hannah Bergman, Marja Työläjärvi, and Louise Frisén. 2018. 'Gender Dysphoria in Adolescence: Current Perspectives'. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 9 (March):31–41. https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu, Maria Sumia, Marja Työläjärvi, and Nina Lindberg. 2015. 'Two Years of Gender Identity Service for Minors: Overrepresentation of Natal Girls with Severe Problems in Adolescent Development'. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 9. https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y.

Korte, Alexander, David Goecker, Heiko Krude, Ulrike Lehmkuhl, Annette Grüters-Kieslich, and Klaus Michael Beier. 2008. 'Gender Identity Disorders in Childhood and Adolescence'. *Deutsches Ärzteblatt International* 105 (48): 834–41. https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0834.

Kreukels, Baudewijntje P. C., and Peggy T. Cohen-Kettenis. 2011. 'Puberty Suppression in Gender Identity Disorder: The Amsterdam Experience'. *Nature Reviews Endocrinology* 7 (8): 466–72. https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78.

Lemma, Alessandra. 2018. 'Trans-Itory Identities: Some Psychoanalytic Reflections on Transgender Identities'. *The International Journal of Psychoanalysis* 99 (5): 1089–1106. https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1489710.

Lemma, Alessandra, and Julian Savulescu. 2021. 'To Be, or Not to Be? The Role of the Unconscious in Transgender Transitioning: Identity, Autonomy and Well-Being'. *Journal of Medical Ethics*, July, medethics-2021-107397. https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107397.

Leonhardt, André, Martin Fuchs, Manuela Gander, and Kathrin Sevecke. 2024. 'Gender Dysphoria in Adolescence: Examining the Rapid-Onset Hypothesis'. *Neuropsychiatrie*, July. https://doi.org/10.1007/s40211-024-00500-8.

Levine, Stephen B., E. Abbruzzese, and Julia M. Mason. 2022. 'Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults'. *Journal of Sex & Marital Therapy* 0 (0): 1–22. https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2046221.

Littman, Lisa. 2018. 'Parent Reports of Adolescents and Young Adults Perceived to Show Signs of a Rapid Onset of Gender Dysphoria'. *PLOS ONE* 13 (8): e0202330. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.

Ludvigsson, Jonas F., Jan Adolfsson, Malin Höistad, Per-Anders Rydelius, Berit Kriström, and Mikael Landén. 2023. 'A Systematic Review of Hormone Treatment for Children with Gender Dysphoria and Recommendations for Research'. *Acta Paediatrica* 112 (11): 2279–92. https://doi.org/10.1111/apa.16791.

Meulen, Isabelle S van der, Sara L Bungener, Anna I R van der Miesen, Sabine E Hannema, Baudewijntje P C Kreukels, Thomas D Steensma, Mark-Bram Bouman, and Annelou L C de Vries. 2024. 'Timing of Puberty Suppression in Transgender Adolescents and Sexual Functioning after Vaginoplasty'. *The Journal of Sexual Medicine*, November, qdae152. https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae152.

Negenborn, Vera L., Wouter B. van der Sluis, Wilhelmus J. H. J. Meijerink, and Mark-Bram Bouman. 2017. 'Lethal Necrotizing Cellulitis Caused by ESBL-Producing E. Coli after Laparoscopic Intestinal Vaginoplasty'. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 30 (1): e19–21. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.09.005.

NICE. 2020. 'Nice Evidence Reviews – Cass Review'. https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/.

Nobili, Anna, Cris Glazebrook, and Jon Arcelus. 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. https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y.

Nokoff, Natalie J, Sharon L Scarbro, Kerrie L Moreau, Philip Zeitler, Kristen J Nadeau, Elizabeth Juarez-Colunga, and Megan M Kelsey. 2020. 'Body Composition and Markers of Cardiometabolic Health in Transgender Youth Compared With Cisgender Youth'. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 105 (3): e704–14. https://doi.org/10.1210/clinem/dgz029.

Rooy, Frédérique B. B. de, Marijn Arnoldussen, Anna I. R. van der Miesen, Thomas D. Steensma, Baudewijntje P. C. Kreukels, Arne Popma, and Annelou L. C. de Vries. 2024. 'Mental Health Evaluation of Younger and Older Adolescents Referred to the Center of Expertise on Gender Dysphoria in Amsterdam, The Netherlands'. *Archives of Sexual Behavior*, July. https://doi.org/10.1007/s10508-024-02940-3.

Ruuska, Sami-Matti, Katinka Tuisku, Timo Holttinen, and Riittakerttu Kaltiala. 2024. 'All-Cause and Suicide Mortalities among Adolescents and Young Adults Who Contacted Specialised Gender Identity Services in Finland in 1996–2019: A Register Study'. *BMJ Ment Health* 27 (1). https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300940.

Silva, Lyvia Maria Bezerra da, Silvana Neves Dias Freire, Eduarda Moretti, and Leila Barbosa. 2024. 'Pelvic Floor Dysfunction in Transgender Men on Gender-Affirming Hormone Therapy: A Descriptive Cross-Sectional Study'. *International Urogynecology Journal*, April. https://doi.org/10.1007/s00192-024-05779-3.

Sinai, Joanne, and Peter Sim. 2024. 'Psychodynamic Psychotherapy for Gender Dysphoria Is Not Conversion Therapy'. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal De l'Academie Canadienne De Psychiatrie De L'enfant Et De L'adolescent* 33 (2): 145–53.

Smeehuijzen, J. L., and J. Smids. 2024. 'Toediening van puberteitsremmers aan minderjarigen met genderdysforie en de Geneesmiddelen-wet'. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 48 (6): 517–30. https://doi.org/10.5553/TvGR/016508742024048006003.

Smids, Jilles, and Patrik Vankrunkelsven. 2023. '[Uncertainties around the current gender care: five problems with the clinical lesson 'Youth with gender incongruence']'. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde* 167 (November):D7941.

Spiliadis, Anastassis. 2019. 'Towards a Gender Exploratory Model: Slowing Things down, Opening Things up and Exploring Identity Development'. *Metalogos Systemic Therapy Journal* 35:1–9.

Staphorsius, Annemieke S., Baudewijntje P. C. Kreukels, Peggy T. Cohen-Kettenis, Dick J. Veltman, Sarah M. Burke, Sebastian E. E. Schagen, Femke M. Wouters, Henriëtte A. Delemarre-van de Waal, and Julie Bakker. 2015. 'Puberty Suppression and Executive Functioning: An fMRI-Study in Adolescents with Gender Dysphoria'. *Psychoneuroendocrinology* 56 (June):190–99. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.03.007.

Steensma, Thomas D., Roeline Biemond, Fijgje de Boer, and Peggy T. Cohen-Kettenis. 2011. 'Desisting and Persisting Gender Dysphoria after Childhood: A Qualitative Follow-up Study'. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 16 (4): 499–516. https://doi.org/10.1177/1359104510378303.

Steensma, Thomas D., S. Annelijn Wensing-Kruger, and Daniel T. Klink. 2017. 'How Should Physicians Help Gender-Transitioning Adolescents Consider Potential Iatrogenic Harms of Hormone Therapy?' *AMA Journal of Ethics* 19 (8): 762–70. https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.8.ecas3-1708.

Stolk, T. H. R., J. D. Asseler, J. A. F. Huirne, E. van den Boogaard, and N. M. van Mello. 2023. 'Desire for Children and Fertility Preservation in Transgender and Gender-Diverse People: A Systematic Review'. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 87 (March):102312. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2023.102312.

Taylor, Jo, Ruth Hall, Claire Heathcote, Catherine Elizabeth Hewitt, Trilby Langton, and Lorna Fraser. 2024. 'Clinical Guidelines for Children and Adolescents Experiencing Gender Dysphoria or Incongruence: A Systematic Review of Guideline Quality (Part 1)'. *Archives of Disease in Childhood* 109 (Suppl 2): s65–72. https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326499.

Taylor, Jo, Alex Mitchell, Ruth Hall, Claire Heathcote, Trilby Langton, Lorna Fraser, and Catherine Elizabeth Hewitt. 2024. 'Interventions to Suppress Puberty in Adolescents Experiencing Gender Dysphoria or Incongruence: A Systematic Review'. *Archives of Disease in Childhood*, April. https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326669.

Taylor, Jo, Alex Mitchell, Ruth Hall, Trilby Langton, Lorna Fraser, and Catherine Elizabeth Hewitt. 2024. 'Masculinising and Feminising Hormone Interventions for Adolescents Experiencing Gender Dysphoria or Incongruence: A Systematic Review'. *Archives of Disease in Childhood*, April. https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326670.

Tordoff, Diana M., Mitchell R. Lunn, Annesa Flentje, Diana Atashroo, Bertha Chen, Zubin Dastur, Micah E. Lubensky, Matthew Capriotti, and Juno Obedin-Maliver. n.d. 'Chronic Pelvic Pain among Transgender Men and Gender Diverse Adults Assigned Female at Birth'. *Andrology* n/a (n/a). Accessed 1 August 2024. https://doi.org/10.1111/andr.13703.

Varkey, Basil. 2021. 'Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice'. *Medical Principles and Practice* 30 (1): 17–28. https://doi.org/10.1159/000509119.

Vries, Annelou L. C. de, and Peggy T. Cohen-Kettenis. 2012. 'Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach'. *Journal of Homosexuality* 59 (3): 301–20. https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300.

Vries, Annelou L. C. de, Christina Richards, Amy C. Tishelman, Joz Motmans, Sabine E. Hannema, Jamison Green, and Stephen M. Rosenthal. 2021. 'Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing Current Knowledge and Uncertainties in Decisions about Gender-Related Treatment for Transgender Adolescents'. *International Journal of Transgender Health* 22 (3): 217–24. https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1904330.

Vries, Annelou L. C. de, Thomas D. Steensma, Theo A. H. Doreleijers, and Peggy T. Cohen-Kettenis. 2011. 'Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study'. *The Journal of Sexual Medicine* 8 (8): 2276–83. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x.

Vries, Annelou L.C. de, Jenifer K. McGuire, Thomas D. Steensma, Eva C.F. Wagenaar, Theo A.H. Doreleijers, and Peggy T. Cohen-Kettenis. 2014. 'Young Adult Psychological Outcome After

Puberty Suppression and Gender Reassignment'. *Pediatrics* 134 (4): 696–704. https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958.

Vrouenraets, Lieke J.J.J., Martine C. de Vries, Irma M. Hein, Marijn Arnoldussen, Sabine E. Hannema, and Annelou L.C. de Vries. 2022. 'Perceptions on the Function of Puberty Suppression of Transgender Adolescents Who Continued or Discontinued Treatment, Their Parents, and Clinicians'. *International Journal of Transgender Health* 23 (4): 428–41. https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1974324.

Vrouenraets, Lieke Josephina Jeanne Johanna, A. Miranda Fredriks, Sabine E. Hannema, Peggy T. Cohen-Kettenis, and Martine C. de Vries. 2015. 'Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study'. *Journal of Adolescent Health* 57 (4): 367–73. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.004.

Wenner, Danielle M., and B. R. George. n.d. 'Not Just a Tragic Compromise: The Positive Case for Adolescent Access to Puberty-Blocking Treatment'. *Bioethics* n/a (n/a). Accessed 18 October 2021. https://doi.org/10.1111/bioe.12929.

Wiepjes, Chantal M., Nienke M. Nota, Christel J. M. de Blok, Maartje Klaver, Annelou L. C. de Vries, S. Annelijn Wensing-Kruger, Renate T. de Jongh, et al. 2018. 'The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets'. *The Journal of Sexual Medicine* 15 (4): 582–90. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016.

Women's Voices [@WomenReadWomen]. 2022. '@chasestrangio "Every Single Child Who Was Truly Blocked at Tanner Stage 2 (9 - 11 Years Old) Has Never Experienced Orgasm." — Marci Bowers Trans-Identified Male President of WPATH Https://T.Co/ZNHORy1aFZ'. Tweet. *Twitter*. https://twitter.com/WomenReadWomen/status/1522604424958713856.

Wren, Bernadette. 2000. 'Early Physical Intervention for Young People with Atypical Gender Identity Development'. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 5 (2): 220–31. https://doi.org/10.1177/1359104500005002007.

Zepf, Florian D., Laura König, Anna Kaiser, Carolin Ligges, Marc Ligges, Veit Roessner, Tobias Banaschewski, and Martin Holtmann. 2024. 'Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzlage der Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie'. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, February. https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1422-4917/a000972.

Zucker, Kenneth J. 2019. 'Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues'. *Archives of Sexual Behavior* 48 (7): 1983–92. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01518-8.

Zwickl, Sav, Laura Burchill, Alex Fang Qi Wong, Shalem Y. Leemaqz, Teddy Cook, Lachlan M. Angus, Kalen Eshin, et al. 2023. 'Pelvic Pain in Transgender People Using Testosterone Therapy'. *LGBT Health* 10 (3): 179–90. https://doi.org/10.1089/lgbt.2022.0187.