

The Cass Review

Examen indépendant
des services d'identité de genre
pour enfants et jeunes



Examen indépendant des services d'identité de genre pour enfants et jeunes (GIDS) : Rapport final

Avril 2024

Première édition publiée en avril 2024.

Mise à jour en décembre 2024 pour des modifications mineures et l'accessibilité.

Toutes les images proviennent d'Adobe Stock et incluent certaines images générées par IA.

Traduction : Magali Pignard

Relecture : Laure Minassian

Note de la traductrice : La présente traduction couvre l'intégralité du rapport Cass à l'exception de ses 12 annexes, qui sont disponibles en version originale anglaise dans un document séparé. Ces annexes n'ayant pas fait l'objet d'une traduction, le lecteur souhaitant les consulter est invité à se référer au document joint.

⇒ Rapport final, [en anglais](#)

⇒ [Présentation du rapport final](#) sur le site officiel : [The Cass Review](#)

Le titulaire des droits d'auteur a consenti à ce que des tiers republient le matériel contenu dans ce rapport. Lorsque du matériel, ou les droits d'auteur sur ce matériel, est identifié comme étant détenu par un tiers, vous devrez obtenir la permission de ce tiers avant de republier ce matériel.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Avant-propos de la Présidente | 9 |
| À propos de ce rapport | 13 |
| Vocabulaire | 14 |
| Résumé et recommandations | 16 |
| Points clés et recommandations | 19 |
| Rapport intermédiaire | 21 |
| Compréhension de la cohorte de patients | 22 |
| Approche clinique et prise en charge | 23 |
| Évaluation | 24 |
| Diagnostic | 25 |
| Projet de soins individualisé | 25 |
| Psychothérapies | 26 |
| Transition sociale | 27 |
| Parcours médicaux | 28 |
| Résultats à long terme | 28 |
| Défis dans la prise de décision clinique | 29 |
| Modèle de service | 31 |
| Ressources humaines | 32 |
| Formation et Développement professionnel | 33 |
| Amélioration des services | 34 |
| Capacité de la recherche clinique | 34 |
| Parcours | 35 |
| Parcours au sein du service | 36 |
| Transfert vers les services de genre pour adultes | 36 |
| Détransition | 37 |
| Secteur privé | 37 |
| Nouveau numéro NHS | 38 |
| Mise en œuvre du modèle de service | 39 |
| Apprentissage systémique | 39 |
| Approche | 41 |
| 1. Méthodologie | 42 |
| Analyse des données probantes | 42 |
| S'appuyer sur les preuves | 47 |
| Implication des parties prenantes | 55 |
| Résumé | 58 |
| Contexte | 59 |
| 2. Historique des services de genre pour les enfants et les jeunes | 60 |
| Services précoces de genre pour les enfants et les jeunes | 60 |
| Émergence du Protocole Néerlandais | 61 |
| Évolution vers un modèle affirmatif | 63 |
| Utilisation des bloqueurs de puberté au Royaume-Uni | 63 |
| 3. Pourquoi cet Examen ? | 68 |
| <i>NHS England Policy Working</i> | 68 |

| | |
|---|------------|
| Group (PWG) | 68 |
| Évaluation des preuves du NICE | 68 |
| Commande de l'Examen Indépendant | 69 |
| 4. Contexte plus large | 71 |
| Affaire <i>Bell contre Tavistock</i> | 71 |
| Le rapport de la <i>Care Quality Commission (CQC)</i> | 72 |
| Rapport intermédiaire et développements ultérieurs | 73 |
| Comprendre la cohorte de patients | 75 |
| 5. Changements dans le profil des patients | 77 |
| Sources d'information | 77 |
| Données démographiques | 78 |
| Caractéristiques liées au genre | 83 |
| Conditions co-occurentes | 83 |
| Changements dans le profil des patients | 90 |
| 6. Considérations développementales chez les enfants et les adolescents | 91 |
| Changements de l'adolescence à l'âge adulte | 95 |
| 7. Grandir dans les années 2000 | 99 |
| Croyances générationnelles et identité de genre | 99 |
| Facteurs de stress et préjugés sur Internet | 102 |
| Santé mentale chez les enfants et les adolescents | 103 |
| 8. Facteurs susceptibles d'influencer l'évolution du profil des patients | 107 |
| Facteurs biologiques | 107 |
| Facteurs psychosociaux | 110 |
| Conclusion | 113 |
| Approche clinique et prise en charge | 117 |
| 9. Pratiques et directives à l'international | 119 |
| Évaluation des directives | 119 |
| Principaux enseignements pour le NHS | 125 |
| 10. Évaluation et diagnostic | 127 |
| Pratique internationale | 127 |
| Pratique du NHS | 129 |
| Points de vue des usagers et des familles | 131 |
| Cadre d'évaluation global | 132 |
| Synthèse clinique [<i>formulation</i>], diagnostic et projet de soins | 136 |
| 11. Prise en charge psychologique et psychosociale | 143 |
| Perspectives des usagers et des familles | 143 |
| Directives et pratiques internationales | 145 |
| Pratique actuelle du NHS | 147 |
| Résumé – Prise en charge psychologique et psychosociale | 148 |
| 12. Transition sociale | 150 |
| Pratiques internationales | 150 |
| Réflexions du <i>Multi Professional Review Group</i> | 150 |
| Point de vue des usagers et des familles | 151 |
| Résumé - transition sociale | 154 |
| 13. Parcours médical | 157 |

| | |
|--|------------|
| Points de vue des usagers et des familles | 157 |
| Pratiques endocriniennes actuelles au Royaume-Uni | 158 |
| Pratique internationale | 160 |
| Résumé – Parcours médicaux | 161 |
| 14. Bloqueurs de puberté | 162 |
| Développement normal de la puberté | 162 |
| Justification de l'utilisation des bloqueurs de puberté pour la dysphorie de genre | 163 |
| Pratiques internationales | 164 |
| Comprendre les bénéfices/risques attendus des bloqueurs de puberté | 165 |
| Résumé - Bloqueurs de puberté | 169 |
| 15. Hormones masculinisantes/féminisantes | 172 |
| Pratiques internationales | 172 |
| Considérations clés | 174 |
| 16. Défis dans la prise de décision clinique | 181 |
| Évaluation de l'indication clinique d'un traitement | 182 |
| Meilleures preuves et informations | 183 |
| Compétence et capacité à consentir | 184 |
| Intérêt supérieur de l'enfant/du jeune | 185 |
| Conclusion | 185 |
| Modèle de service | 187 |
| 17. Modèles de service existants | 189 |
| Service temporaire du NHS England – Mise en place des prestataires de la Phase 1 | 190 |
| Différents modèles de services au sein du NHS | 193 |
| 18. Un nouveau modèle de services liés au genre pour les enfants et les adolescents | 195 |
| Résumé - Modèle de service | 199 |
| Effectifs | 199 |
| Formation et éducation | 201 |
| Amélioration des services | 202 |
| Capacité de recherche | 203 |
| 19. Parcours | 205 |
| Pratiques internationales | 205 |
| Parcours d'orientation actuel | 205 |
| Parcours d'orientation recommandé | 207 |
| Parcours au sein du service | 209 |
| Sortie du service | 209 |
| Détransition | 212 |
| Recours au secteur privé | 213 |
| Modification du numéro NHS et accès aux soins | 214 |
| 20 Mise en œuvre | 215 |
| Apprentissage à l'échelle du système | 216 |
| Réflexions finales de la Présidente | 216 |
| Glossaire | 219 |
| Références | 230 |

Avant-propos de la Présidente

« L'état fondamental de la médecine est l'incertitude.
La sagesse - tant pour les patients que pour les médecins - se définit par la manière dont on y fait face. »

Atul Gawande, Complications (2002)

Cet Examen ne vise pas à définir ce que signifie être transgenre, ni à remettre en question la validité des identités trans, à contester le droit des personnes à s'exprimer, ou à remettre en question leur accès aux soins. Il se concentre sur l'approche médicale à adopter et sur la meilleure façon d'aider le nombre croissant d'enfants et de jeunes pris en charge par le NHS en lien avec leur identité de genre.

L'Examen ne s'est pas déroulé dans un contexte isolé. De nombreux éléments ont évolué simultanément, dans le cadre d'un débat public considérable aux enjeux importants. Bien que j'aie été confrontée à diverses questions tout au long de l'Examen, j'ai veillé à rester concentrée sur mon mandat.

Un des aspects les plus enrichissants de l'Examen a été de rencontrer et d'échanger avec un nombre important de personnes fascinantes. Je tiens à exprimer ma gratitude à tous ceux qui ont généreusement consacré de leur temps pour partager leurs histoires, leurs



Dr Hilary Cass

expériences et leurs points de vue. J'ai eu l'occasion de discuter avec des adultes transgenres menant des vies épanouies et réussies, se sentant renforcés par leur décision de transitionner. J'ai également échangé avec des individus ayant effectué une détransition, dont certains regrettent profondément leurs choix antérieurs. Mes échanges avec de nombreux parents ont révélé des points de vue très variés. Certains ont dû lutter pour que leurs enfants bénéficient d'un parcours médical, exprimant leur frustration face à la nécessité de se battre pour obtenir le suivi dont ils avaient besoin. D'autres ont estimé qu'un parcours médical était la mauvaise décision pour leur enfant, et ont exprimé leur désarroi face à des actions prises sans leur consentement et dans l'ignorance des diverses autres difficultés que leur enfant a pu traverser, telles que la perte d'un parent, un traumatisme, un diagnostic de trouble du neurodéveloppement, et l'isolement ou le harcèlement à l'école.

Outre les témoignages de personnes ayant une expérience vécue, j'ai échangé avec un très

large éventail de professionnels et de chercheurs. Les professionnels ayant passé de nombreuses années dans des cliniques de genre ont tiré des conclusions très différentes de leur expérience clinique sur la meilleure façon de soutenir les jeunes en détresse liée au genre. Certains estiment fermement qu'une majorité de ceux qui se présentent aux services de genre auront une identité trans à long terme et devraient être soutenus pour accéder à un parcours médical dès le début. D'autres pensent que nous médicalisons des enfants et des jeunes dont les multiples autres difficultés se manifestent par une confusion de genre et une détresse liée au genre.

Un point commun unit toutes ces personnes : elles croient passionnément en ce qu'elles m'ont dit, et ceux qui ont la responsabilité parentale ou clinique des enfants et des jeunes essaient de faire de leur mieux pour faire ce qu'ils estiment être le choix adapté pour les accompagner.

Malgré les meilleures intentions de tous ceux qui ont un intérêt dans cette question complexe, la toxicité du débat est exceptionnelle. J'ai été critiquée pour avoir interagi avec des groupes et des individus qui adoptent une approche de justice sociale et plaident pour l'affirmation de genre, et j'ai également été critiquée pour avoir impliqué des groupes et des individus qui prônent plus de prudence. La connaissance et l'expertise de professionnels expérimentés ayant formulé des avis divergents sur l'approche optimale en matière de soins, sont parfois rejetées et discréditées.

Il existe peu d'autres domaines de la santé où les professionnels ont si peur de discuter ouvertement de leurs opinions, où les individus sont dénigrés sur les réseaux sociaux, et où les insultes rappellent les pires comportements de harcèlement. Cela doit cesser.

La polarisation et l'étouffement du débat n'aident en rien les jeunes pris au milieu d'un discours social tumultueux, et à long terme, cela entravera également la recherche nécessaire pour mieux les accompagner. Il s'agit d'un domaine où les preuves sont remarquablement faibles, et pourtant les

résultats des études sont exagérés ou déformés par des personnes de chaque bord pour soutenir leur point de vue. La réalité est que nous n'avons pas de bonnes preuves sur les résultats à long terme des interventions pour gérer la détresse liée au genre.

Il faut souvent de nombreuses années avant que des résultats de recherche significatifs soient intégrés dans la pratique médicale. Les raisons en sont multiples. L'une d'elles est que les médecins peuvent être prudents dans l'application de nouvelles découvertes, en particulier lorsque leur propre expérience clinique leur indique que l'approche qu'ils utilisent depuis de nombreuses années est la bonne pour leurs patients. À l'inverse, dans le domaine de la médecine de genre chez les enfants, une seule étude néerlandaise, qui suggérait que les bloqueurs de puberté pourraient améliorer le bien-être psychologique d'un groupe défini de manière étroite d'enfants présentant une incongruence de genre, a conduit à une diffusion rapide de cette pratique vers d'autres pays. Il s'en est suivi une plus grande volonté de commencer à administrer des hormones masculinisantes/féminisantes chez les adolescents et, par l'extension de cette approche, à un groupe plus large d'adolescents qui n'auraient pas rempli les critères d'inclusion de l'étude néerlandaise originale. Certains praticiens ont abandonné les approches cliniques standards d'évaluation globale, ce qui a conduit à traiter ce groupe de jeunes comme un cas à part par rapport à d'autres jeunes présentant des tableaux cliniques complexes similaires. Ils méritent bien mieux.

Sur une note personnelle, j'aimerais discuter de ce préambule avec les enfants et jeunes qui sont au cœur de cet Examen. J'ai décidé de ne pas vous écrire séparément car il est important que tout le monde entende le même message. Certains d'entre vous ont été très clairs sur le fait qu'ils souhaitent de bien meilleurs conseils concernant les options proposées et sur les risques et bénéfices des différents types de parcours, et seront satisfaits du contenu de ce rapport. D'autres d'entre vous ont expliqué vouloir simplement accéder aux bloqueurs de puberté et aux hormones le plus rapidement possible, et pourraient être déçus que je ne

recommande pas cela. Je suis bien consciente que vous pourriez être déçus. Cependant, ce dont je veux m'assurer, c'est que vous obteniez la meilleure combinaison de traitements, et cela signifie mettre en place un programme de recherche pour examiner toutes les options possibles et déterminer celles qui donnent les meilleurs résultats. Cette décision s'appuie sur plusieurs éléments importants.

Tout d'abord, vous devez bénéficier des mêmes standards de soins que l'ensemble des patients du NHS, et cela signifie que les traitements doivent être basés sur des preuves solides. J'ai été déçue par le manque de preuves sur l'impact à long terme de la prise d'hormones à un jeune âge ; la recherche nous a tous déçus, et vous les premiers. Cependant, nous ne pouvons pas vous demander de prendre des décisions ayant un impact sur la vie future à l'aveugle, sans pouvoir évaluer leurs risques et bénéfices maintenant et à long terme, et nous devons désormais construire la base de preuves avec des études solides.

C'est la raison pour laquelle je vous demande de participer à toutes les études de recherche qui examinent les résultats à long terme de ces interventions, afin que vous puissiez aider tous ceux qui viendront après vous. Nous devons prouver que les traitements sont sûrs et produisent les résultats positifs que vous attendez d'eux. Les personnes participant à des études de recherche s'en sortent souvent mieux que celles qui suivent un traitement régulier, car elles ont la chance d'essayer de nouvelles approches, ainsi que de bénéficier d'un suivi et beaucoup plus rapproché.

Deuxièmement, les traitements médicaux sont fondés sur une logique binaire (homme/femme), alors que le groupe qui connaît la plus forte croissance parmi les personnes de genre divers est celui des individus non binaires. Or, les données disponibles sur les effets et les résultats des traitements pour ce groupe sont encore plus limitées. Certains d'entre vous deviendrez également plus fluides dans votre identité de genre à mesure que vous grandirez. Nous ne savons pas quel est le « moment idéal » où une personne se sent stable dans son identité, ni

quelles personnes sont les plus susceptibles de tirer bénéfice d'une transition médicale. Lors de la prise de décisions qui impacteront la vie future, quel est le bon équilibre, entre garder les options aussi flexibles et ouvertes que possible en entrant dans l'âge adulte, et répondre à ce que vous ressentez dans le moment présent ?

Enfin, je sais que vous avez besoin de plus qu'une intervention médicale, mais les services sont vraiment débordés, et vous ne recevez pas le suivi plus large dont vous avez besoin pour gérer d'éventuels problèmes de santé mentale, organiser la préservation de la fertilité, obtenir de l'aide par rapport aux troubles du neurodéveloppement, ou même bénéficier d'un accompagnement pour travailler sur des questions et des problèmes que vous pourriez avoir. Nous devons évaluer toutes les composantes essentielles dans une palette de soins qui vous aidera à vous épanouir et à réaliser vos objectifs de vie.

La première étape pour le NHS est d'élargir sa capacité, d'offrir des interventions plus variées, de former davantage le personnel, d'adopter une approche individualisée et personnelle des soins, et de mettre en place les outils pour collecter les données nécessaires à l'amélioration de la qualité et la recherche.

L'élargissement de la capacité à tous les niveaux du système permettra non seulement d'offrir des soins plus rapides et un espace pour explorer, mais également de libérer les services spécialisés pour ceux qui en ont le plus besoin. Je suis consciente que de nombreuses personnes ont déjà attendu trop longtemps et elles continueront d'attendre, et que, comme moi, des collègues du NHS en sont profondément préoccupés. Nous ne pouvons pas tout résoudre du jour au lendemain, mais nous devons commencer.

J'aimerais également partager quelques réflexions avec tous mes collègues. Nous devons considérer avant tout que ce groupe d'enfants et de jeunes ne sont, avant toute chose, que des enfants et des jeunes, et pas uniquement des personnes définies par leur incongruence de genre ou leur détresse liée au genre. Nous devons mettre de côté les débats

polarisants pour reconnaître que ces personnes doivent avoir accès à des soins médicaux de la même qualité que ceux offerts à tous les autres enfants et adolescents, en fonction de leurs besoins spécifiques.

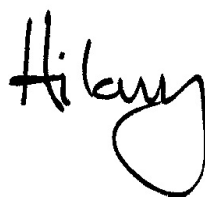
Ces jeunes, ainsi que leurs parents/tuteurs, ont les mêmes attentes que tout individu : être entendus, respectés et crus ; obtenir des réponses à leurs interrogations ; et accéder à de l'aide et des conseils. Ce n'est que lorsqu'ils ont été placés sur de très longues listes d'attente, et mis à l'écart des soins habituels dans les services locaux, qu'ils sont contraints de faire leurs propres recherches et peuvent en arriver à considérer la réponse médicale comme seule solution de leurs problèmes.

En tant que professionnels expérimentés, vous êtes habitués à gérer des profils complexes, mais concernant ce groupe de jeunes, l'expertise est détenue par un petit nombre de personnes, ce qui limite l'accès à la connaissance. Nous avons entendu de nombreux membres du personnel clinique remettre en question leur capacité et leurs compétences, ce qui les a rendus nerveux à l'idée de travailler avec cette population. Je pense que vous avez simplement besoin de formation appropriée et surtout, de confiance pour faire ce pour quoi vous avez été formés et traiter cette population comme vous le feriez pour tout autre jeune en détresse.

En menant cet Examen, j'ai dû formuler des recommandations basées sur les informations actuellement disponibles. Je suis bien consciente que ces recommandations sont faites à un instant donné et qu'à mesure que de nouvelles preuves sont collectées, d'autres perspectives pourraient émerger. J'ai recommandé un modèle de service qui intègre des processus capables d'évoluer et de s'adapter à la recherche émergente, supervisés par des structures de gouvernance appropriées, tant au sein des organisations du NHS individuelles qu'à un niveau national.

Les défis émotionnels et sociaux ne concernent pas uniquement les enfants et les jeunes avec une détresse liée au genre, mais toute la population adolescente. Nous ne pouvons

effectuer notre travail qu'en étant ambitieux pour tous les enfants et les jeunes et en priorisant le développement de services pour répondre à leurs besoins plus larges.



Dr Hilary Cass, OBE

À propos de ce rapport

L'Examen indépendant des services d'identité de genre pour les enfants et les jeunes a été commandé par le NHS England afin de formuler des recommandations sur les questions relatives aux services de soins, comme stipulé dans le mandat (Annexe 1).

L'Examen a été prospectif. Son rôle était d'envisager comment la prise en charge actuelle et le modèle de service devraient être améliorés. Dans cet objectif, il a été nécessaire de comprendre le contexte actuel et les raisons justifiant un changement, afin que tout modèle futur puisse répondre aux défis existants.

Ce rapport est principalement destiné aux commanditaires et aux prestataires de soins et de services pour les enfants et les jeunes ayant besoin de suivi concernant leur identité de genre. Cependant, en raison du grand intérêt pour ce sujet, des efforts ont été faits pour le rendre aussi accessible que possible, tout en présentant les données qui sont parfois détaillées et complexes.

L'Examen est conscient des débats culturels et sociétaux plus larges relatifs aux droits des personnes transgenres. Il n'est pas du rôle de l'Examen de prendre position sur les croyances qui sous-tendent ces débats. Au contraire, cet Examen se concentre strictement sur les services cliniques proposés aux enfants et aux jeunes qui recherchent de l'aide auprès du NHS pour résoudre leur détresse liée au genre.

1. Approche

2. Contexte

3. Comprendre la cohorte de patients

4. Approche clinique et prise en charge

5. Modèle de service

Le rapport comporte cinq parties :

Tout au long de l'Examen, nous avons accordé une importance particulière à un large éventail de points de vue afin de mieux cerner les défis du système actuel et les attentes concernant les solutions possibles. Ce rapport ne présente pas l'intégralité des témoignages recueillis, mais il résume les thèmes récurrents en reproduisant des citations directes pour illustrer les points soulevés, le cas échéant.

Le rapport inclut les résultats des revues systématiques commandées à l'Université de York pour éclairer le travail. Les articles complets évalués par des pairs sont disponibles en libre accès à l'adresse <https://adc.bmj.com/pages/gender-identity-service-series>.

Le rapport représente une situation à un instant donné, il tire des conclusions et fait des recommandations basées sur les preuves actuellement disponibles.

L'Examen est indépendant du NHS et du Gouvernement, et n'a ni requis ni recherché l'approbation ou la validation du contenu de ce rapport avant sa publication.

Vocabulaire

Le choix des termes peut parfois prêter à confusion, car il n'existe pas de consensus sur le vocabulaire le plus approprié à utiliser dans ce domaine. De plus, le langage lié à cette thématique a évolué rapidement, et les jeunes ont développé diverses manières d'exprimer leurs expériences à travers des termes et des formulations qui leur semblent les plus adaptés.

L'Examen s'efforce d'adopter un vocabulaire respectueux, reflétant la diversité tout en décrivant avec précision la complexité des sujets abordés.

Il est possible que certains termes ne conviennent pas à tous. Toutefois, il est essentiel de préciser que le choix du vocabulaire ne reflète aucune position particulière de l'Examen. Un glossaire est mis à disposition à la fin de ce rapport. Ci-dessous, les définitions clés :

L'incongruence de genre est le terme utilisé dans la Classification Internationale des Maladies, 11^e révision (CIM-11) (Organisation Mondiale de la Santé, 2022) pour décrire « une incongruence marquée et persistante entre le genre ressenti d'un individu et le sexe assigné ». Il a été déplacé du chapitre des « Troubles mentaux et du comportement » au chapitre des « Conditions relatives à la santé sexuelle » afin qu'il ne soit pas perçu comme un trouble de santé mentale. Il n'inclut pas de références à la dysphorie ou à la dysfonction.

La dysphorie de genre est le terme utilisé dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5^e édition, Texte Révisé (DSM-5-TR) (*American Psychiatric Association*, 2022). Dans la définition du DSM-5-TR, l'incongruence de genre doit être associée à une détresse cliniquement significative ou à une altération du fonctionnement. Les jeunes enfants avec une incongruence de genre peuvent ne pas éprouver de dysphorie, mais elle apparaît souvent ou s'intensifie lorsqu'ils entrent dans la puberté.

La dysphorie de genre est le terme le plus couramment utilisé dans la recherche et les milieux cliniques. Il est également largement connu du grand public, en grande partie grâce à son utilisation fréquente dans les médias traditionnels et les réseaux sociaux. À l'instar de la dépression, ce terme peut être employé aussi bien pour décrire des ressentis que comme un diagnostic formel.

Dans ce rapport, nous privilégions le terme « incongruence de genre », tel que défini précédemment, ainsi que « détresse liée au genre » pour désigner les sentiments qui émergent ou s'intensifient généralement pendant la puberté et amènent un jeune à s'adresser au NHS.

Le terme « enfant » fait référence aux jeunes prépubères, tandis que « jeune » désigne les moins de 18 ans ayant entamé la puberté. Le rapport utilise également le terme « adolescent » lorsqu'il aborde le développement cérébral et emploie « adolescents ou jeunes » selon les termes utilisés dans les études citées. Enfin, « jeunes adultes » désigne les personnes âgées de 18 à 30 ans.

Au fil de l'Examen, le terme « trans » a évolué, passant d'une définition relativement restreinte à un concept plus large englobant diverses identités de genre.

Dans ce rapport, le terme « transgenre » est employé pour désigner les individus transgenres binaires, tandis que « non-binaire » fait référence à ceux qui ne s'identifient pas exclusivement au genre masculin ou féminin.

L'expression « non conforme au genre » est utilisée pour décrire les personnes qui choisissent de ne pas adhérer aux normes de genre traditionnelles. De plus, le terme « questionnement de genre » s'applique plus largement aux enfants et aux jeunes en cours de réflexion sur leur identité de genre. Enfin, le terme « trans » est utilisé comme un terme parapluie englobant l'ensemble de ces identités.

Les termes « patient » et « usager » sont également présents tout au long du rapport. Bien qu'ils soient parfois employés de manière interchangeable, nous avons privilégié le terme « usager » pour désigner une personne ayant bénéficié d'un service mais n'étant plus considérée comme « patient » au sein de ce service.

Ce rapport intègre également des citations provenant de diverses sources. Il est important de souligner que ces citations peuvent contenir un vocabulaire ou une terminologie que l'Examen n'aurait pas nécessairement adoptée. De manière générale, le rapport conserve le lexique utilisé dans les publications référencées. Toute modification apportée à une citation afin d'en améliorer la clarté est signalée par l'usage de crochets.

L'Examen a été commandé par et pour le NHS en Angleterre, cependant, tout au long du rapport, nous utilisons les termes NHSE, NHS et UK, dans l'objectif de s'aligner avec les articles et la recherche discutés.

Résumé et recommandations

1. L'objectif de cet Examen est de formuler des recommandations afin de garantir que les enfants et les jeunes qui questionnent leur identité de genre ou qui vivent une dysphorie de genre reçoivent des soins de haute qualité. Des soins répondant à leurs besoins, qui sont sûrs, complets et efficaces. Au cœur de cette démarche se trouvent des enfants et des jeunes vulnérables et un service du NHS incapable de faire face à la demande.

2. Pourtant, dès le début, l'Examen s'est engagé dans un domaine où des opinions fortes et très divergentes, non étayées par des preuves adéquates, prévalaient. Les opinions non fondées et le débat public de plus en plus toxique, idéologique et polarisé ont rendu le travail de l'Examen beaucoup plus difficile et ne bénéficie pas aux enfants et jeunes qui vivent déjà une situation difficile..

3. Dans ce contexte, l'Examen a cherché à comprendre les raisons de l'augmentation des demandes et de l'évolution de l'épidémiologie, et à identifier le type d'approche et le modèle de service qui conviendraient le mieux à cette population.

4. Les avis divergent sur la prise en charge, avec des attentes parfois éloignées de la pratique clinique. Cela a conduit certains professionnels à hésiter à travailler avec ces jeunes, alors que leur profil est similaire à celui d'autres jeunes pris en charge par le NHS

5. Bien que certains pensent que la prise en charge devrait être basée sur un modèle de justice sociale, le NHS se base sur des preuves. Dans ce contexte de « guerre culturelle » environnante, l'Examen a été de plus en plus conscient de la nécessité de preuves pour soutenir sa réflexion et en définitive les recommandations finales formulées dans ce rapport.

6. Lorsque l'Examen a débuté, la base de preuves, en particulier concernant l'utilisation des bloqueurs de puberté et des hormones masculinisantes/féminisantes, avait déjà été évaluée comme faible. Beaucoup de fausses informations ont circulé, et circulent toujours en ligne, les deux côtés du débat citant des recherches pour justifier telle ou telle position, indépendamment de la qualité des études.

7. Afin de déterminer la meilleure façon d'accompagner les enfants et les jeunes, l'Examen visait non seulement à analyser les preuves existantes, mais également à renforcer la base de connaissances. L'objectif était de permettre aux jeunes, à leurs familles et aux professionnels de s'appuyer sur des informations fiables pour prendre des décisions éclairées.

8. Afin d'examiner les preuves existantes, l'Examen a commandé une évaluation des preuves rigoureuse et indépendante, ainsi qu'un programme de recherche à l'Université de York pour guider ses recommandations, tout en restant prudent dans ses conseils dans l'attente des résultats.

9. Les recherches menées par l'Université de York ont mis en évidence la persistance d'un manque de preuves de haute qualité dans ce domaine. Malheureusement, comme il apparaîtra clairement dans ce rapport, les tentatives d'améliorer la base de preuves ont été entravées par l'absence de coopération des services de genre pour adultes.

10. L'Examen a donc dû baser ses recommandations sur les preuves actuellement disponibles, complétées par son propre programme d'implication approfondi.

11. L'écoute directe des personnes concernées et des professionnels a apporté des éclairages précieux sur la manière dont les services sont actuellement dispensés et perçus. Cela a permis de mieux comprendre les expériences positives vécues par les personnes trans ou de genre divers, tout en mettant en lumière les incertitudes, les complexités et les défis

rencontrés par les enfants, les jeunes, leurs familles, ainsi que par les professionnels œuvrant à leur accompagnement.

12. Ce rapport est organisé en cinq parties :

- **Partie 1** – Description de l'approche de l'Examen.
- **Partie 2** - Contexte explorant l'histoire des services pour les enfants et les jeunes avec dysphorie de genre, mettant en évidence l'évolution démographique et l'augmentation du taux de demandes.
- **Partie 3** - Compréhension de la cohorte de patients : elle décrit ce que nous avons appris sur le profil des enfants et des jeunes qui sollicitent une prise en charge au sein du NHS pour l'incongruence de genre et examine ce qui pourrait être à l'origine de l'augmentation des orientations et du changement du profil de cette population.
- **Partie 4** - Approche clinique et prise en charge : cette partie examine ce que nous devons faire pour aider les enfants et les jeunes à s'épanouir : le but, les avantages attendus et les résultats des interventions cliniques dans le parcours, y compris la prise d'hormones et la manière d'accompagner les profils complexes.
- **Partie 5** - Modèle de service : cette partie considère le modèle de prestation de services de genre, les exigences en ressources humaines, les parcours de soins vers ce service spécialisé, le développement ultérieur de la base de preuves et la manière d'intégrer une amélioration clinique continue et la recherche.

13. À l'issue de cet Examen, bien que des incertitudes subsistent, plusieurs éléments demeurent incontestables :

- Les enfants et jeunes, les familles et les soignants s'efforcent de comprendre leurs situations individuelles, en faisant souvent face à des défis considérables.
- La longueur des listes d'attente pour accéder aux services de genre a des répercussions majeures, tant pour les personnes concernées que pour l'organisation des soins au sein du NHS.

- Les généralisations concernant les enfants et les jeunes qui questionnent leur identité de genre ou qui éprouvent une dysphorie de genre sont inutiles. Chaque personne est unique.
- La perception/compréhension qu'ont les jeunes de leur propre identité n'est pas toujours fixée et peut évoluer avec le temps. Il ne devrait exister aucune hiérarchie dans la manière dont elle est vécue ou exprimée, que ce soit sur le plan social ou médical. Aucun individu ne devrait se sentir contraint d'invalider son propre vécu par crainte de ses répercussions sur d'autres identités et parcours.
- Bien que certains jeunes puissent ressentir une urgence à faire une transition, les jeunes adultes, avec le recul, conseilleraient souvent de ne pas se précipiter.
- Pour certains, la meilleure réponse sera la transition, tandis que d'autres pourront résoudre leur détresse d'autres manières. Certains peuvent faire une transition puis détransitionner et/ou éprouver des regrets. Le NHS doit assurer un accompagnement à tous ceux qui le demandent.
- L'approche des soins doit être globale et personnalisée. Elle peut inclure une large palette d'interventions et de services, dont certains peuvent être proposés en dehors des services spécialisés du NHS.
- Il existe une diversité d'opinions concernant la meilleure manière d'intervenir auprès de ces enfants et ces jeunes. Les preuves sont faibles et, selon les professionnels, il est impossible de déterminer avec certitude quels enfants et jeunes auront une identité trans durable.
- De nombreux professionnels de santé de 1^{re} ligne/primaire (généralistes) et 2^e ligne/secondaire (spécialistes) ont des doutes concernant leur capacité et leur compétence à travailler avec cette population, et certains craignent de le faire en raison du débat social environnant.

- Notre compréhension actuelle des impacts à long terme des interventions hormonales est limitée et doit être mieux comprise.
- Les jeunes deviennent particulièrement vulnérables au moment de leur orientation vers les services pour adultes.

14. Quel que soit le point de vue sur l'identité de genre, il est indéniable que de plus en plus d'enfants et de jeunes sollicitent le NHS pour des questions liées à leur détresse de genre. Ils

doivent bénéficier du même niveau de soins que tout autre enfant ou adolescent en détresse.

15. Une société bienveillante et soucieuse du bien-être de tous doit se rappeler qu'au-delà des débats passionnés, il y a des enfants, des jeunes, des familles et des professionnels de santé. L'Examen insiste sur la nécessité d'offrir à chaque enfant et jeune recherchant de l'aide auprès du NHS un accompagnement adapté pour favoriser son épanouissement.

Points clés et recommandations

Dans l'analyse des principales questions définies dans le mandat de l'Examen, ce rapport se limite à exposer ce qui est connu et inconnu sur le sujet. Il examine comment le NHS peut y répondre de manière sécurisée, efficace et bienveillante, laissant certaines questions à un débat sociétal plus large.

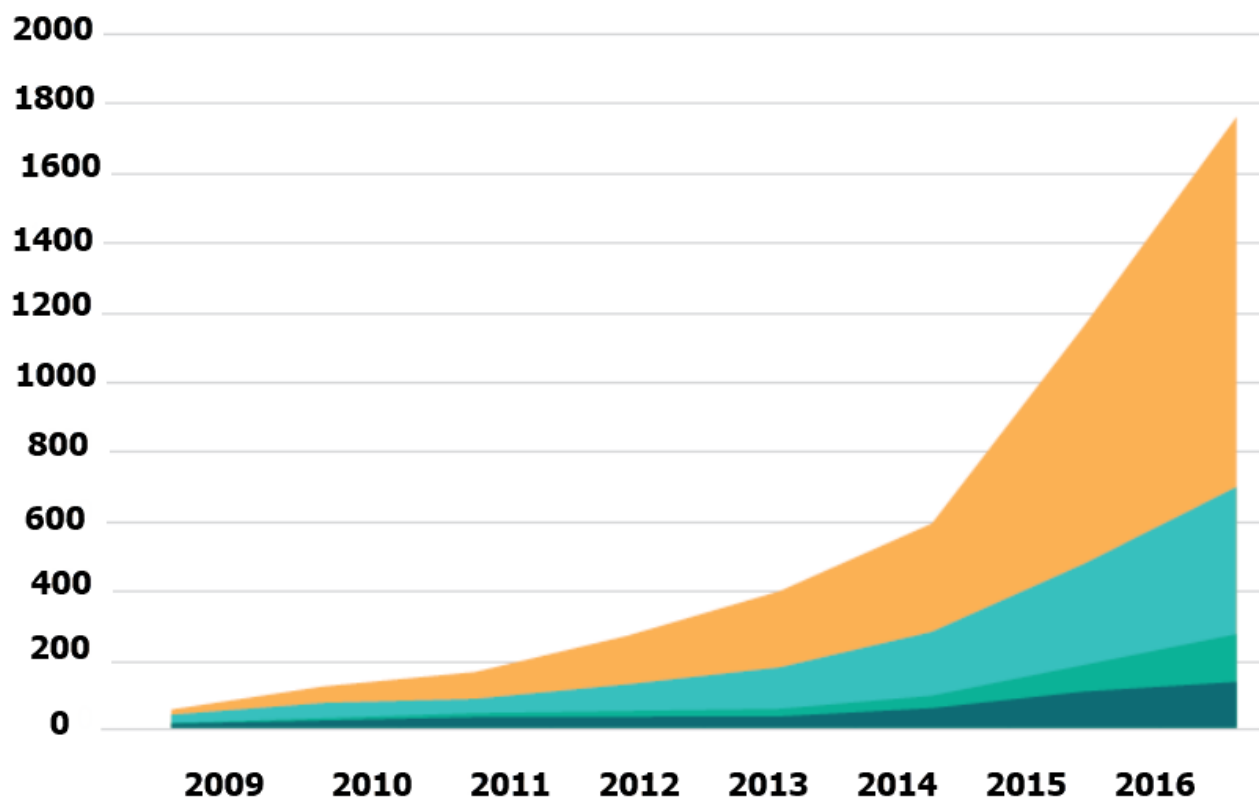
Cependant, afin d'obtenir une compréhension aussi complète que possible, l'Examen s'est appuyé sur plusieurs sources d'information (voir Figure 1), en se basant sur des principes scientifiques et cliniques fondamentaux.

Figure 1 : Sur quoi l'Examen s'est-il appuyé ?



Le nombre d'enfants et de jeunes se présentant au Service d'Identité de Genre du NHS britannique (GIDS) a augmenté d'année en année depuis 2009, avec une hausse exponentielle en 2014.

Figure 2 : Proportion d'enfants et d'adolescents filles ou garçons orientés au GIDS au RU (2009-16)



| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Adolescents F | 15 | 48* | 78* | 141* | 221* | 134* | 689* | 1071* |
| Adolescents M | 24 | 44* | 41 | 77 | 120* | 185* | 293* | 426* |
| Enfants F | 2 | 7 | 12 | 17 | 22 | 36 | 77* | 138* |
| Enfants M | 10 | 19 | 29 | 30 | 31 | 55 | 103* | 131 |

AFAB = Assigné femme à la naissance

AMAB = Assigné homme à la naissance

*Indique $p < 0,05$, ce qui montre une augmentation significative des orientations par rapport à l'année précédente.

Source : Graphique adapté de de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009-2016). *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1301-1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>, avec l'accord de Springer Nature.

18. Avant 2009, le GIDS suscitait peu d'attention. À cette époque, le service prenait en charge moins de 50 enfants par an, et encore moins recevant un traitement médical. Cependant, une augmentation sans précédent de la demande, ainsi qu'un changement dans le profil démographique des jeunes consultant pour des questions de genre, ont engendré plusieurs problèmes non résolus, une liste d'attente considérable et un modèle de service non viable, qui n'était pas conçu pour gérer la nouvelle population.

19. Bien que l'Examen se concentre sur l'avenir des services, il est essentiel de revenir sur le passé afin de mieux comprendre le contexte ayant conduit à la situation actuelle. Cette rétrospective permet également de tirer des enseignements sur la prise en charge, tant passée qu'actuelle, et de comprendre pourquoi un changement s'impose.

20. Le GIDS a été créé en 1989. À cette époque, le service prenait en charge moins de 10 enfants par an, principalement des garçons prépubères. L'approche était principalement thérapeutique, et seuls quelques patients étaient orientés vers un traitement hormonal aux alentours de 16 ans.

21. L'approche du traitement a évolué avec l'émergence du *Dutch Protocol*, (protocole néerlandais) qui comprenait l'utilisation de bloqueurs de puberté dès le début de la puberté. En 2011, le Royaume-Uni a mené une étude pilote, l'*early intervention study*, afin d'évaluer l'utilisation de ces bloqueurs de puberté.

22. Les résultats préliminaires de l'*early intervention study* en 2015-2016 n'ont pas rapporté de bénéfices. Les résultats de l'étude n'ont pas été officiellement publiés avant 2020, date à laquelle, ils ont montré l'absence de résultats positifs mesurables. Malgré cela, à partir de 2014, les bloqueurs de puberté sont passés d'un protocole de recherche à une disponibilité dans la pratique clinique courante, et ont été administrés à un groupe plus large de

patients qui n'auraient pas correspondu aux critères d'inclusion du protocole initial.

23. L'adoption d'un traitement aux bénéfices incertains sans analyse plus poussée représente un écart significatif par rapport aux pratiques établies. Ceci, combiné avec le long délai de publication des résultats de l'étude, a entraîné des conséquences significatives en termes d'attentes des patients concernant les bénéfices escomptés et la demande de traitement.

24. Afin d'actualiser le cahier des charges en 2019, le NHS England a évalué les preuves existantes sur les interventions médicales dans ce domaine et les a trouvées faibles. En l'absence d'une base de preuves claire sur la meilleure façon de soutenir le nombre croissant d'enfants et de jeunes qui questionnent leur genre et s'adressent au NHS, cet Examen indépendant a été commandé par le NHS England à l'automne 2020.

Rapport intermédiaire

25. En 2022, l'Examen a publié un rapport intermédiaire [*Interim report*], apportant des premières recommandations. Il a souligné l'importance du développement de services basés sur des preuves et a mis en évidence des lacunes et des faiblesses majeures dans la base de recherche, notamment en ce qui concerne l'évaluation et le traitement des enfants et des jeunes présentant une incongruence de genre et une dysphorie de genre. De manière critique, ce rapport a souligné les inconnues à moyen et long terme pour les enfants et les jeunes bénéficiant d'un suivi et/ou d'un traitement du NHS.

26. Cette absence de preuves a limité les conseils qui pouvaient être donnés par l'Examen. Un programme de recherche indépendant a été commandé dans le but de fournir à l'Examen la meilleure compilation possible des preuves publiées, ainsi que des recherches qualitatives et quantitatives pour combler les lacunes.

27. Le programme de recherche, mené par l'Université de York, comprenait l'évaluation des preuves publiées et des lignes directrices, une enquête internationale ainsi que des recherches quantitatives et qualitatives. L'Examen a mis en place un *Clinical Expert Group* (CEG) afin d'aider à analyser et interpréter les résultats.

28. Ce rapport final fournit des détails complets sur l'approche et la méthodologie de recherche utilisées par l'équipe de recherche, ainsi qu'une synthèse des résultats, accompagnée de leur implication concernant l'Examen. Les revues systématiques évaluées par des pairs ont été publiées en même temps que ce rapport.

29. En plus de la recherche formelle, l'Examen a conçu un programme impliquant la participation des parties prenantes. Une approche à méthodes mixtes a été adoptée, priorisant les contributions des personnes ayant une expérience vécue pertinente et des organisations travaillant avec les jeunes LGBTQ+ ou les enfants et les jeunes en général, ainsi que des professionnels de santé et responsables des services de genre.

Compréhension de la cohorte de patients

30. L'Examen a étudié les raisons expliquant l'augmentation des demandes de consultation, notamment pourquoi cette augmentation a été particulièrement marquée chez les adolescentes, et les implications pour le service.

31. Il s'agit d'une population différente de celle des études précédentes. Parmi les demandes de consultation, il existe une plus grande complexité des profils avec des niveaux élevés de troubles du neurodéveloppement et/ou de problèmes de santé mentale co-occurents, et une prévalence plus élevée par rapport à la population générale de traumatismes de l'enfance et d'enfants placés. L'augmentation des demandes de consultation et le changement de profil de la cohorte sont également observés à l'échelle internationale.

32. Une compréhension du profil des usagers est nécessaire pour adapter l'accompagnement. Par conséquent, afin d'obtenir une vision complète,

l'Examen a examiné les données concernant la nature et les causes de l'incongruence de genre et de la dysphorie, qui sont au cœur de certaines des controverses dans ce domaine.

33. L'absence de réflexion sur les raisons du changement de profil des patients a conduit à des positions divergentes sur la prise en charge de ces jeunes, sans débat approfondi sur les origines de leur expérience de genre et de leur détresse.

34. Il existe un large consensus selon lequel l'incongruence de genre, comme de nombreuses autres caractéristiques humaines, résulte d'une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels.

35. Une explication couramment avancée est que l'augmentation du nombre de demandes de consultation est due à une plus grande acceptation. Bien qu'il semble effectivement y avoir une bien plus grande acceptation des identités trans, en particulier parmi les jeunes générations, pouvant expliquer une partie cette augmentation, le changement exponentiel de ces demandes sur une période particulièrement courte de 5 ans est bien plus rapide que ce que l'on attendrait pour une évolution normale de l'acceptation d'un groupe minoritaire. Cela n'explique également pas de manière satisfaisante le changement de ratio entre personnes de sexe masculin et féminin, qui diffère du profil de cette population dans le passé.

36. La prise en charge liée au genre soulève des enjeux différents chez les enfants et les jeunes par rapport aux adultes. Les enfants et jeunes sont sur une trajectoire de développement qui se poursuit jusqu'à la mi-vingtaine, et cela doit être pris en compte lorsqu'on examine les facteurs qui peuvent influencer l'incongruence de genre. Une compréhension du développement cérébral et des étapes de développement durant l'adolescence est essentielle pour comprendre comment le développement de l'identité de genre se rapporte aux autres aspects du développement adolescent.

37. Ce groupe de jeunes devrait également être considéré dans le contexte d'un groupe plus large d'adolescents au profil complexe, qui s'adressent

au NHS. La dernière décennie a connu une augmentation substantielle des taux de problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents à travers le Royaume-Uni, avec une augmentation de l'anxiété et de la dépression, particulièrement chez les adolescentes, et une augmentation de jeunes présentant d'autres manifestations corporelles de détresse comme des troubles alimentaires, des tics et des troubles dysmorphiques corporels.

38. Les recherches suggèrent que l'expression de genre est probablement déterminée par un mélange variable de facteurs tels que la prédisposition biologique, les expériences de la petite enfance, la sexualité et les attentes liées à la puberté. Pour certains, les difficultés de santé mentale sont difficiles à démêler. L'impact de diverses influences sociétales et facteurs de stress contemporains (y compris réseaux sociaux) reste flou. L'influence des pairs est également très forte durant l'adolescence.

39. De manière pragmatique, les explications ci-dessus concernant les changements observés dans la population sont probablement toutes vraies à des degrés divers selon les individus.

40. Il s'agit d'une population hétérogène, présentant des profils très variés, avec souvent des besoins complexes allant au-delà de la détresse liée au genre, ce qui doit être pris en compte dans les services proposés par le NHS.

41. Trop souvent, cette cohorte est considérée comme un groupe homogène pour lequel il existe une cause unique et une approche de traitement optimale, ce qui est une simplification excessive de la situation. Être en questionnement de genre ou avoir une identité transgenre revêt des significations variées d'une personne à l'autre. Parmi ceux qui sont dirigés vers les services de genre pour enfants et jeunes, certains peuvent tirer bénéfice d'une intervention médicale, tandis que d'autres peuvent ne pas en avoir besoin : la prise en charge doit refléter cette réalité.

42. Se repérer dans ce développement identitaire prend du temps, et le rôle de l'équipe de professionnels est d'aider le jeune à aborder certaines de ces questions afin qu'il puisse mieux

comprendre son identité de genre et évaluer les options disponibles.

Approche clinique et prise en charge

43. Les professionnels de santé ont des opinions variées sur la manière de prendre en charge les enfants et les jeunes en questionnement de genre, ce qui laisse beaucoup d'entre eux incertains quant à la meilleure approche à adopter. Il existe une diversité de points de vue concernant les désirs et les besoins des jeunes : certains nous ont confié avoir besoin d'espace et de temps pour explorer, mais aussi que ce questionnement peut sembler intrusif. Par ailleurs, certains parents estiment qu'il y a moins besoin de questionnement, tandis que d'autres jugent que le processus n'est pas suffisamment approfondi.

44. L'Examen a cherché à mieux comprendre les différentes approches, y compris par une procédure standardisée pour évaluer les lignes directrices cliniques internationales (réalisée par l'équipe de recherche de l'Université de York).

45. Les résultats soulèvent des questions concernant la qualité de ces lignes directrices. La plupart des recommandations ne respectent pas les standards internationaux d'élaboration, C'est pour cette raison que l'équipe de recherche n'a pu recommander que deux lignes directrices pour la pratique : celle finlandaise publiée en 2020 et celle suédoise publiée en 2022.

46. Cependant, même ces directives manquent de recommandations claires concernant certains aspects pratiques et seraient plus aisément applicables si elles décrivaient des conseils plus détaillés sur la manière de mettre en œuvre les recommandations.

47. L'Association Mondiale Professionnelle pour la Santé des personnes Transgenres (*World Professional Association of Transgender Healthcare*, WPATH) a exercé une influence considérable sur les directives sur le plan international, bien que ses lignes directrices aient été jugées insuffisamment rigoureuses

sur le plan méthodologique par l'équipe de l'Université de York.

48. Les premières versions de deux lignes directrices internationales (Endocrine Society 2009 et WPATH 7) ont influencé presque toutes les autres lignes directrices, à l'exception des récentes lignes directrices des pays nordiques.

49. En raison du manque de lignes directrices fondées sur des preuves, il est essentiel que le personnel des services de genre du NHS soit conscient des limites de la base de preuves existante, et distinguent clairement ce qui est établi de ce qui reste incertain.

Évaluation

50. Le rapport intermédiaire a conseillé la nécessité d'un cadre d'évaluation prenant en compte le développement de l'individu, afin de réduire les incohérences et les lacunes dans le processus d'évaluation des besoins, avec une responsabilité claire et des orientations précises pour les différentes composantes du processus aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire.

51. Bien que les directives internationales s'accordent sur la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire et partagent certaines similitudes dans les domaines évalués, le problème le plus notable reste l'absence de consensus sur les objectifs du processus d'évaluation du jeune.

52. En réponse à ces constats, l'Examen a demandé à son *Clinical Expert Group* (CEG) de développer un consensus concernant l'objectif et le type d'approche utilisée pour cette évaluation.

53. Conscient des incohérences dans la recherche publiée et de la complexité des profils, le CEG a travaillé à l'élaboration d'un cadre d'évaluation global des besoins. Son but est d'élaborer une synthèse clinique [*formulation*] multi-niveaux menant à un projet de soins individualisé [*individual care plan*] qui soutient le développement du bien-être et du fonctionnement global de l'enfant/jeune. Cette approche est cohérente avec celles utilisées pour les adolescents présentant d'autres tableaux cliniques complexes.

54. Lors de l'évaluation, les professionnels devront garder à l'esprit que les situations, les parcours et les résultats varient considérablement d'un individu à l'autre. L'accent doit être mis sur l'accompagnement de chaque jeune vers le parcours le mieux adapté à sa situation. Les évaluations doivent respecter le vécu de chacun et s'appuyer sur une approche développementale.

Recommandation 1

Étant donné la complexité de cette population, ces services doivent fonctionner selon les mêmes standards que les autres services qui suivent des enfants et des jeunes avec des profils complexes et/ou des facteurs de risque supplémentaires. Un praticien médical désigné (pédiatre/psychiatre pour enfants) doit assumer la responsabilité clinique globale de la sécurité des patients au sein du service.

Recommandation 2

Les professionnels doivent appliquer le cadre d'évaluation développé par le *Clinical Expert Group* de l'Examen afin de s'assurer que les enfants/jeunes adressés aux services de genre du NHS bénéficient d'une évaluation globale de leurs besoins, dans l'objectif d'élaborer un projet de soins individualisé. Cela devrait inclure un dépistage des conditions neurodéveloppementales, y compris les troubles du spectre de l'autisme, et une évaluation de la santé mentale. Le cadre doit être constamment réévalué et évoluer pour prendre en compte les preuves émergentes.

Diagnostic

55. L'Examen a recueilli des avis partagés concernant la manière dont les jeunes perçoivent un diagnostic de dysphorie de genre. De nombreux jeunes ne se considèrent pas comme ayant une condition médicale et certains peuvent considérer cela comme une atteinte à leur autonomie et à leur droit à l'autodétermination. D'autres considèrent le diagnostic comme une validation, et une étape importante lorsqu'il s'agit d'accéder à un traitement hormonal.

56. Certains usagers et militants considèrent qu'une exploration approfondie d'autres conditions et diagnostics est une tentative de trouver « toute autre raison » à la détresse de la personne, plutôt que de reconnaître qu'elle est trans.

57. Des diagnostics formels pertinents pour ce groupe d'enfants et de jeunes sont essentiels pour plusieurs raisons :

- afin de fournir les soins basés sur les meilleures preuves, il est important que le professionnel prenne en compte tous les diagnostics possibles (parfois multiples) qui peuvent entraver le bien-être et la capacité de l'adolescent à s'épanouir ;

- le professionnel de santé endosse la responsabilité de l'évaluation, des recommandations de traitement qui s'en suivent, ainsi que de tout préjudice qui pourrait être causé à un patient. Il doit définir de manière aussi claire et reproductible que possible la condition exacte qu'il traite car il a la responsabilité de ses décisions concernant les options proposées au patient. S'il propose des traitements médicaux potentiellement irréversibles à un patient, il est important de déterminer si ce patient répond aux critères diagnostiques formels de la dysphorie de genre ou de toute autre condition ;
- enfin, la revue systématique commandée par l'Examen a démontré que les autres diagnostics au sein de ce groupe de patients n'étaient pas documentés de manière cohérente, et pour mieux comprendre et soutenir ces jeunes, il est essentiel que tous les diagnostics soient systématiquement documentés à des fins cliniques et de recherche.

58. Bien qu'un diagnostic de dysphorie de genre puisse être considéré comme nécessaire pour initier un traitement médical, il ne prédit pas de manière fiable si le jeune aura une incongruence de genre à l'avenir, ou si l'intervention médicale est l'option qui lui convient le mieux. Il est également important de comprendre comment la détresse liée au genre a évolué chez un individu particulier, quels autres facteurs peuvent contribuer, et quels sont les besoins et préférences de l'individu en matière de traitement.

59. Il est par ailleurs essentiel de porter une attention particulière au fonctionnement, au bien-être général et à la résilience, afin de s'assurer que l'enfant ou le jeune est en mesure de prendre des décisions réfléchies concernant son parcours.

Projet de soins individualisé

60. Historiquement, le modèle de soins pour les enfants et les jeunes présentant une incongruence ou une détresse liée au genre était entièrement basé sur un modèle psychosocial, les interventions médicales ayant été introduites plus récemment. La plupart des équipes cliniques

considèrent encore les interventions psychosociales comme le point de départ dans un parcours de soins.

61. La controverse entourant l'utilisation de traitements médicaux a détourné l'attention de l'objectif principal d'un projet de soins et de traitement individualisé, tant pour les enfants et les jeunes que pour l'ensemble de la population.

62. L'Examen a toujours mis l'accent sur le fait que les professionnels traitent un groupe d'enfants et de jeunes qui, bien que ce ne soit pas systématique, s'adressent au NHS dans un état de grande détresse et avec de nombreux besoins non satisfaits.

63. Une approche en plusieurs niveaux est nécessaire pour :

- traiter les situations urgentes ;
- réduire la détresse et les problèmes de santé mentale associés ainsi que les facteurs de stress psychosociaux, afin que le jeune puisse avoir la capacité de prendre des décisions complexes ;
- co-construire un projet pour aborder les questions de genre, pouvant inclure toute combinaison d'interventions sociales, psychologiques et physiques.

64. Lors du choix des interventions les plus appropriées, une distinction devrait être faite entre les enfants prépubères et post-pubères. Cela est particulièrement important concernant la transition sociale, qui peut ne pas être considérée comme une intervention ou un traitement car elle se produit généralement à la maison, en ligne ou à l'école, et non au sein des services de santé.

65. L'objectif central est d'aider les jeunes à s'épanouir et à réaliser leurs aspirations. L'objectif immédiat du projet de soins et de traitement doit être de traiter la détresse lorsqu'elle est présente, et de lever tous les obstacles à la participation à la vie quotidienne (par exemple, l'environnement scolaire ou les activités sociales).

66. Pour la plupart des jeunes, un parcours médical n'est pas nécessairement la meilleure

approche. Lorsqu'un tel parcours est cliniquement justifié, il doit s'accompagner d'une prise en charge des problèmes de santé mentale et des difficultés psychosociales comme la rupture familiale, le harcèlement ou le stress minoritaire.

Psychothérapies

67. La revue systématique concernant les interventions psychosociales a montré qu'en raison de la faible qualité des études, du manque de détails sur les interventions et de la grande diversité des approches étudiées, il n'était pas possible de déterminer l'efficacité des différentes interventions pour les jeunes en détresse de genre.

68. Néanmoins, de nombreuses psychothérapies ont fait leurs preuves dans la population générale pour traiter des troubles fréquents dans ce groupe, comme la dépression et l'anxiété. Il est donc essentiel de bien cerner l'ensemble des besoins de ces jeunes et de leur garantir l'accès aux mêmes interventions efficaces et fondées sur des preuves qu'aux autres patients.

69. En plus de traiter les conditions co-existantes, l'accent mis sur l'utilisation des bloqueurs de puberté pour gérer la détresse liée au genre a éclipsé la possibilité que d'autres traitements basés sur des preuves puissent être plus efficaces. L'objectif de l'intervention psychosociale n'est pas de changer la perception de la personne de qui elle est, mais de travailler avec elle pour explorer ses préoccupations et ses expériences, et aider à soulager sa détresse, indépendamment de la question de savoir si le jeune choisit ou non de suivre un parcours médical.

70. Le rôle des approches thérapeutiques doit être compris et des données et informations doivent être recueillies sur l'applicabilité des approches pour la détresse liée au genre et toutes les conditions co-occurentes. Cela permettra de comparer l'efficacité des traitements avec ceux utilisés de manière habituelle pour d'autres enfants et jeunes en détresse.

Recommandation 3

Les approches de traitement psychologique et psychopharmacologique standards basés sur des preuves doivent être utilisées pour aider à gérer la détresse associée et les conditions co-occurentes. Elles devraient inclure un soutien aux parents/tuteurs et aux frères et sœurs, selon les besoins.

Transition sociale

71. Il n'existe pas de définition unique de la transition sociale, mais il est généralement admis qu'elle fait référence à des changements sociaux pour vivre dans un genre différent, comme modifier la coiffure ou les vêtements, changer de nom, et/ou utiliser des pronoms différents.

72. Il existe un large éventail de comportements parmi les jeunes : certains font des changements d'apparence mineurs, d'autres peuvent avoir pleinement transitionné socialement dès leur jeune âge sans nécessairement en faire part à d'autres.

73. Contrairement aux adolescents, la transition sociale des enfants dépend largement des attitudes et des convictions parentales. Chez les adolescents, l'exploration de l'identité est normale, et des stéréotypes de genre trop rigides peuvent être néfastes.

74. Les avis divergent sur les bénéfices et les risques de la transition sociale précoce. Certains estiment qu'elle peut améliorer la santé mentale des enfants souffrant de détresse liée au genre, tandis que d'autres considèrent qu'elle augmente la probabilité que la dysphorie de genre d'un enfant, qui aurait pu se résoudre à la puberté, suive une trajectoire modifiée, pouvant aboutir à des interventions médicales à vie

75. Au Royaume-Uni et à l'international, il est désormais courant que de nombreux enfants et jeunes se présentent aux cliniques de genre après avoir effectué une transition sociale complète ou partielle.

76. La revue systématique n'a montré aucune preuve claire que la transition sociale dans

l'enfance ait des résultats positifs ou négatifs sur la santé mentale, et des preuves relativement faibles d'un quelconque effet à l'adolescence. Cependant, ceux qui avaient transitionné socialement à un âge plus précoce et/ou avant d'être vus en clinique étaient plus susceptibles de suivre un parcours médical.

77. Bien qu'il ne soit pas possible de déterminer à partir de ces études si la transition sociale précoce est à l'origine de ce résultat, les enseignements provenant d'études sur les enfants ayant des Différences de développement sexuel (DSD) montrent qu'une interaction complexe entre les niveaux d'androgènes prénatals, les organes génitaux externes, l'éducation genrée et l'environnement socio-culturel jouent un rôle dans l'identité de genre finale.

78. Il semble donc que l'éducation genrée exerce une certaine influence sur la détermination finale de l'identité de genre, et il est possible que la transition sociale dans l'enfance puisse modifier la trajectoire du développement de l'identité de genre pour les enfants présentant une incongruence de genre précoce.

79. Le professionnel de santé doit aider les familles à reconnaître les variations normales du développement en matière de comportement et d'expression de rôle de genre. Éviter de prendre des décisions hâtives et envisager une transition partielle plutôt que complète peut être une manière de garantir la flexibilité et de laisser les options ouvertes jusqu'à ce que la trajectoire développementale devienne plus claire.

Recommandation 4

Lorsque les familles ou les tuteurs prennent des décisions concernant la transition sociale des enfants prépubères, les services doivent s'assurer qu'ils peuvent être reçus le plus tôt possible par un professionnel de santé ayant une expérience adéquate.

Parcours médicaux

80. La justification initiale de l'utilisation des bloqueurs de puberté était qu'ils permettraient de « prendre le temps de réfléchir » en retardant le début de la puberté et en améliorant le *passing* à l'âge adulte [être perçu par les autres dans le genre ressenti]. Par la suite, il a été suggéré qu'ils pourraient également améliorer l'image corporelle et le bien-être psychologique.

81. La revue systématique menée par l'Université de York a mis en évidence plusieurs études démontrant que les bloqueurs de puberté produisent l'effet souhaité en supprimant la puberté, et également, et que la densité osseuse est compromise pendant la suppression de la puberté.

82. Cependant, aucune modification de la dysphorie de genre ou de la satisfaction corporelle n'a été démontrée. Il existe des preuves insuffisantes/contradictoires concernant les effets de la suppression de la puberté sur le bien-être psychologique ou psychosocial, le développement cognitif, le risque cardiométabolique ou la fertilité.

83. De plus, étant donné que la grande majorité des jeunes qui commencent à prendre des bloqueurs de puberté passent ensuite aux hormones masculinisantes/féminisantes, il n'existe aucune preuve que les bloqueurs de puberté permettent de gagner du temps pour réfléchir, et il existe même des préoccupations selon lesquelles ils pourraient modifier la trajectoire du développement psychosexuel et de l'identité de genre.

84. La lettre de l'Examen adressée au NHS England (juillet 2023) a conseillé que, étant donné que les bloqueurs de puberté n'ont des avantages clairement définis que dans des circonstances assez limitées, et en raison des risques potentiels pour le développement neurocognitif, le développement psychosexuel et la santé osseuse à long terme, ils ne devraient être proposés que dans le cadre d'un protocole de recherche. Cette recommandation a été mise en œuvre par le NHS England et le *National Institute for Health and Care Research* (NIHR).

85. L'Université de York a également mené une revue systématique des résultats des hormones masculinisantes/féminisantes. Globalement, les auteurs ont conclu qu'il « manque des recherches de haute qualité évaluant les résultats des interventions hormonales chez les adolescents présentant une dysphorie/incongruence de genre, et peu d'études entreprennent un suivi à long terme. Aucune conclusion ne peut être tirée sur l'effet sur la dysphorie de genre, la satisfaction corporelle, la santé psychosociale, le développement cognitif ou la fertilité. L'incertitude persiste concernant les résultats pour la taille/croissance, la santé cardiométabolique et osseuse. Il existe des preuves suggestives, principalement issues d'études pré-post [avant/après], selon lesquelles le traitement hormonal pourrait améliorer la santé psychologique, bien que des recherches robustes avec un suivi à long terme soient nécessaires ».

86. Il a été suggéré que le traitement hormonal réduirait le risque élevé de suicide dans cette population, mais les preuves disponibles ne soutiennent pas cette conclusion.

87. Le pourcentage de personnes traitées avec des hormones qui détransitionnent par la suite reste inconnu en raison du manque d'études de suivi à long terme, bien qu'il y ait des indications que ce nombre augmente.

88. Un problème devenu de plus en plus apparent au fil de l'Examen est que la recherche sur les interventions psychosociales et les résultats à long terme pour ceux qui n'accèdent pas au parcours endocrinien est aussi insuffisante que celle sur le traitement endocrinien. Cela laisse une lacune majeure dans notre connaissance sur la meilleure manière d'accompagner la population croissante de jeunes gens ayant une détresse liée au genre dans un contexte de présentations cliniques complexes.

Résultats à long terme

89. L'une des principales difficultés dans l'évaluation du GIDS est le manque important de données concernant les résultats à long terme pour les personnes prises en charge par ce service.

90. Lorsque les professionnels échangent avec les patients à propos des interventions qui pourraient leur convenir le mieux, ils font généralement référence aux avantages et risques à long terme des différentes possibilités de parcours, en se basant sur les données de résultats d'autres personnes ayant suivi un parcours de soins similaire. Ce type d'informations n'est actuellement pas disponible pour les interventions chez les enfants/jeunes présentant une incongruence/dysphorie de genre : les jeunes et leurs familles doivent donc prendre des décisions sans une vision claire des impacts potentiels et des résultats escomptés.

91. Une partie de la recherche commandée par l'Examen était une étude quantitative de couplage de données [données provenant de différentes sources, *quantitative data linkage study*]. L'objectif de cette étude était de combler certaines des lacunes dans les données de suivi pour les environ 9 000 jeunes passés par le GIDS (*Gender Identity Development Service*). Cela aurait permis de développer une base de preuves plus solide concernant les types de suivi et d'interventions ainsi que les résultats à long terme. Cette étude nécessitait la coopération du GIDS et des services de genre pour adultes du NHS.

92. En janvier 2024, l'Examen a reçu une lettre du NHS England précisant que, malgré les efforts pour encourager la participation des cliniques de genre du NHS, la coopération nécessaire n'avait pas été obtenue.

93. Cette étude quantitative représente une occasion unique de fournir des preuves supplémentaires pour aider les jeunes, leurs parents/tuteurs, et les professionnels de santé à prendre des décisions éclairées concernant le parcours qui leur convient le mieux.

94. Bien que la recherche rétrospective ne soit jamais aussi robuste que la recherche prospective, il faudrait un minimum de 10 à 15 ans pour extraire les données de suivi nécessaires.

95. Le NHS England a exprimé un engagement à réaliser les ambitions de l'étude de liaison de données au-delà de la durée de l'Examen, et

l'Examen a décrit l'expérience de l'Université de York dans ses efforts pour faire progresser l'étude.

Recommandation 5

Le NHS England, en collaboration avec le *Department of Health and Social Care*, devrait donner des instructions aux cliniques de genre pour participer à l'étude de couplage de données selon le cadre législatif en vigueur. Le *NHS England's Research Oversight Board* devrait être responsable de l'interprétation des résultats de la recherche.

Défis dans la prise de décision clinique

96. L'un des principaux points de désaccord dans la prestation des services de genre pour les enfants et les jeunes est l'utilisation de traitements hormonaux pour la dysphorie de genre. Dans le cadre de la conception d'un nouveau service, l'Examen a pris en compte la question du consentement, dont les défis ont été mis en évidence de manière frappante dans l'affaire *Bell contre Tavistock*.

97. Le mandat judiciaire de l'Examen se limitait à l'évaluation de la capacité et de la compétence à consentir. Cependant, le consentement va au-delà de la simple capacité et compétence. Il exige des professionnels de santé de s'assurer que l'intervention proposée est cliniquement indiquée, car ils ont le devoir de proposer un traitement approprié. Cela suppose une information suffisante du patient sur les risques, les bénéfices et les résultats attendus du traitement.

98. Évaluer si un parcours hormonal est indiqué est un défi. Un diagnostic formel de dysphorie de genre est souvent cité comme une condition préalable pour accéder au traitement hormonal. Cependant, ce diagnostic n'est pas fiable pour prédire si le jeune concerné aura une incongruence de genre persistante à l'avenir, ou si l'intervention médicale est le parcours qui lui convient.

99. De plus, la base de preuves insuffisante rend difficile la communication d'informations adéquates sur lesquelles un jeune et sa famille peuvent faire un choix éclairé.

100. Il est essentiel de disposer d'une source d'information fiable sur tous les aspects des soins médicaux, mais il est particulièrement important de tempérer les attentes des jeunes vis-à-vis des bloqueurs de puberté, souvent alimentées par les déclarations sur leur efficacité.

101. Bien que les jeunes éprouvent un sentiment d'urgence à accéder aux traitements médicaux, certains jeunes adultes estiment qu'il est préférable de prendre le temps d'explorer les diverses options. L'option de proposer des hormones masculinisantes/féminisantes à partir de l'âge de 16 ans est possible, mais l'Examen préconise une approche extrêmement prudente et une justification clinique claire avant de prescrire des hormones à un mineur. Cette approche permet de préserver les différentes options durant cette importante période de développement, en laissant le temps de prendre en charge d'éventuelles conditions concomitantes, de renforcer la résilience et, si nécessaire, de préserver la fertilité.

102. En conclusion, le protocole de recherche sur les bloqueurs de puberté, déjà en développement, doit faire partie d'un programme de recherche beaucoup plus vaste qui cherche à établir des preuves sur toutes les interventions potentielles et à déterminer la manière la plus efficace d'accompagner ces enfants et jeunes.

Recommandation 6

La base de preuves soutenant les interventions médicales et non-médicales dans ce domaine clinique doit être améliorée. À la suite de notre recommandation précédente d'établir un essai sur les bloqueurs de puberté, qui a été mise en œuvre par le NHS England, nous recommandons également la création d'un programme de recherche complet. Celui-ci devrait examiner les caractéristiques, les

interventions et les résultats de chaque jeune se présentant aux services de genre du NHS.

L'essai sur les bloqueurs de puberté devrait faire partie d'un programme de recherche qui évalue également les résultats des interventions psychosociales et des hormones masculinisantes/féminisantes.

Le consentement doit être systématiquement recherché pour tous les enfants et jeunes pour leur participation à une étude de recherche avec suivi jusqu'à l'âge adulte.

Recommandation 7

L'incongruence de genre de longue date devrait être une condition préalable essentielle pour un traitement médical, mais elle ne représente qu'un aspect de la décision concernant le choix d'un parcours médical adapté à un individu.

Recommandation 8

Le NHS England devrait revoir la politique sur les hormones masculinisantes/féminisantes. L'option de fournir des hormones masculinisantes/féminisantes à partir de 16 ans est disponible, mais l'Examen recommande une extrême prudence. Il devrait y avoir une justification clinique claire pour fournir ces hormones à ce stade plutôt que d'attendre que l'individu atteigne l'âge de 18 ans.

Recommandation 9

Chaque cas envisagé pour un traitement médical devrait être discuté au sein d'une *Multi Disciplinary Team* (MDT) gérée par le *National Provider Collaborative*, remplaçant le *Multi Professional Review Group* (MPRG).

Recommandation 10

Tous les enfants devraient recevoir un conseil sur la fertilité et des options de préservation avant de s'engager dans une voie médicale.

Modèle de service

103. Depuis le rapport intermédiaire de l'Examen, le NHS England a pris des mesures pour augmenter la capacité des services, en établissant deux nouveaux services dirigés par des hôpitaux spécialisés pour enfants. Cela constitue la 1^{re} étape dans la création d'un réseau de services régionaux à travers le pays.

104. L'Examen espérait tirer des enseignements de ces services intérimaires, mais il a en réalité pris conscience des défis considérables rencontrés lors de leur mise en place, dans un domaine hautement émotionnel et politisé. Ces difficultés, combinées aux préoccupations concernant la faiblesse de la base de preuves et l'absence de lignes directrices claires, ont entravé la capacité des nouveaux services à recruter des équipes multidisciplinaires adaptées.

105. L'Examen salue les premières mesures prises par le NHS England pour établir un modèle de soins régional, mais maintient qu'un modèle de soins décentralisé est nécessaire pour répondre à la demande actuelle et offrir une approche plus adaptée, globale, de proximité et réactive pour accompagner ces enfants et ces jeunes.

106. Les services ne doivent pas être situés uniquement dans des centres de soins de 3^e ligne : un modèle de service beaucoup plus large est nécessaire, avec du personnel flexible travaillant sur un territoire régional en partenariat avec des services de proximité. Les modèles de soins qui fournissent un service sur plusieurs sites permettent de maintenir l'accès géographique aux services tout en améliorant la qualité des soins et en optimisant l'utilisation du personnel.

107. Les modèles en *Clinical Network* [Réseau Clinique] et Multi-sites favorisent la continuité des soins, plus proche du domicile, et la possibilité

pour les enfants et les jeunes d'évoluer plus facilement entre les composantes du service à leur propre rythme. Ils facilitent également le partage des compétences au sein du réseau et répondent aux défis de recrutement rencontrés par le GIDS et les nouveaux prestataires de soins.

108. La création d'un *National Provider Collaborative* [Groupement National de Prestataires] garantirait une harmonisation des pratiques entre les Centres Régionaux, en mettant en place des protocoles communs d'évaluation et de traitement. Le *Collaborative* jouerait un rôle clé en matière d'éthique, de formation, de gestion des données et des audits, d'amélioration continue de la qualité et de recherche, tout en permettant un espace pour la discussion des cas complexes. L'objectif est d'assurer une prise en charge de qualité fondée sur des preuves quel que soit le lieu où l'enfant ou le jeune est suivi.

109. En complément du *National Provider Collaborative*, chaque Centre Régional devrait travailler avec des services de proximité au sein de leur région dans le cadre d'un *Operational Delivery Network* (ODN) [Réseau Opérationnel de Prestation]. Ces réseaux et l'augmentation du nombre de prestataires permettraient une meilleure prise en charge et une gestion des risques à différents niveaux selon les besoins, réduisant les délais d'attente pour les soins spécialisés.

110. Ce modèle favorisera également l'intégration entre les différents services dédiés aux enfants et facilitera un accès précoce aux services de proximité via des parcours flexibles, mieux adaptés aux besoins individuels. Dans l'ensemble, ce modèle devrait améliorer la prise en charge des enfants et des jeunes en questionnement sur leur identité de genre.

111. Les nouveaux services régionaux devraient établir le *National Provider Collaborative* sans délai et développer rapidement leurs réseaux, en utilisant dans un premier temps les relations de proximité pour accélérer l'accès aux services. Cette approche servirait de tremplin pour, à terme, former les services de 2^e ligne à l'évaluation et le suivi psychologique de ces enfants et jeunes, l'intervention médicale restant en 3^e ligne.

Recommandation 11

Le NHS England et les prestataires de services devraient s'employer à développer les réseaux de services régionaux multi-sites aussi rapidement que possible. Cela pourrait reposer sur un modèle de prestataire principal, dans lequel le NHS England délègue la responsabilité de financement aux services régionaux pour qu'ils sous-traitent localement auprès des prestataires de leur région.

Recommandation 12

Le *National Provider Collaborative* devrait être mis en place sans délais.

Ressources humaines

112. L'Examen reconnaît que la pénurie de personnel constitue l'un des défis majeurs dans la prestation de ce service.

113. Dans le modèle de soins actuel, la majorité des enfants et des jeunes en questionnement de genre cherchant de l'aide auprès du NHS sont orientés vers des spécialistes travaillant exclusivement dans les soins liés au genre. Seule une minorité bénéficie d'un accompagnement efficace au sein des services de proximité de santé mentale pour enfants et adolescents (CAMHS) ou des services pédiatriques. Cette organisation a eu pour effet involontaire de priver le reste du personnel de compétences adaptées et d'engendrer des listes d'attente ingérables.

114. Face à l'augmentation du nombre de jeunes en questionnement de genre, il est essentiel que l'ensemble des professionnels de santé du NHS soient en mesure de les accompagner, quel que soit leur service. Les professionnels impliqués dans leur suivi doivent disposer de compétences de base en santé physique et mentale des adolescents, afin d'assurer une prise en charge globale qui ne se limite pas uniquement à leur identité de genre.

115. Conformément aux pratiques internationales, les Centres Régionaux devront s'appuyer sur une équipe multidisciplinaire élargie. Les compétences des professionnels doivent répondre aux divers besoins de ce groupe hétérogène, permettant ainsi d'accompagner aussi bien les jeunes pour lesquels une intervention médicale est indiquée que ceux pour qui ce n'est pas le cas.

116. Le personnel devrait être composé de psychiatres, de pédiatres, de psychologues, de psychothérapeutes, d'infirmières spécialisées, de travailleurs sociaux, de spécialistes de l'autisme et autres troubles neurodéveloppementaux, d'orthophonistes, d'ergothérapeutes et, pour le sous-groupe pour lequel un traitement médical pourrait être considéré approprié, d'endocrinologues et de spécialistes de la fertilité. En outre, un accompagnement social devra être intégré, avec une expertise spécifique en matière de protection de l'enfance, de soutien aux enfants placés et d'accompagnement des jeunes ayant vécu des traumatismes.

117. Afin d'élargir les effectifs sans compromettre d'autres secteurs de soins, l'Examen propose un modèle de service futur reposant sur une équipe flexible et multi-sites, employée sous des contrats conjoints favorisant la mobilité et l'adaptabilité. Les professionnels devraient élargir leur pratique en intervenant dans des services non spécialisés en genre, aux niveaux tertiaire et secondaire, pour intégrer la prise en charge de ces jeunes dans un cadre global de santé de l'enfant et de l'adolescent. Cela permettrait de ne pas déstabiliser les services existants, d'assurer la continuité des soins et de diffuser les connaissances.

118. Ce domaine est particulièrement difficile, complexe et émotionnellement éprouvant. Les professionnels accompagnant ces jeunes devraient bénéficier d'une supervision et d'un soutien adaptés, leur permettant de réfléchir à leur approche et de gérer la diversité des émotions qu'ils peuvent ressentir. Des processus formels doivent être mis en place pour leur permettre d'exprimer leurs préoccupations en dehors du cadre de la supervision. Cela contribuera également à garantir une approche cohérente et à diminuer le *turn-over* du personnel.

119. Le *National Provider Collaborative* devrait également envisager d'organiser des espaces de discussion où tout le personnel, clinique et non clinique, se réunit régulièrement pour discuter des aspects émotionnels et sociaux du travail au sein du service - soutenant le personnel en leur offrant un espace sûr pour évoquer des problèmes.

Recommandation 13

Afin d'élargir les effectifs disponibles et de maintenir une vision clinique globale, des contrats conjoints devraient être utilisés pour permettre au personnel de travailler à travers le réseau et au sein de différents services.

Recommandation 14

Le NHS England, par le biais de sa fonction de Formation et d'Éducation des Effectifs, doit veiller à ce que les besoins de ce domaine de service soient intégrés dans la planification globale des effectifs pour les services destinés aux adolescents.

Formation et Développement professionnel

120. Un manque de confiance persiste parmi le personnel pour interagir avec les enfants et adolescents en questionnement de genre. Bien que de nombreux professionnels travaillant avec des jeunes possèdent des compétences et une expertise applicables dans d'autres contextes, tous les professionnels du NHS ont besoin d'une formation adéquate pour accompagner efficacement et avec bienveillance les jeunes trans, non binaires et en questionnement de genre.

121. Les professionnels qui travaillent avec des enfants, des jeunes et leurs familles ou aidants doivent avoir les compétences nécessaires pour interagir avec des familles provenant de divers horizons. Ils doivent également être conscients des différentes priorités que les jeunes, ainsi que leurs parents ou aidants, peuvent exprimer aux services.

122. Lors de l'Examen, les jeunes ont exprimé le souhait que les professionnels les écoutent, respectent leurs émotions et les aident à explorer leurs sentiments et possibilités de traitement. Ils attendent de la compassion, de l'empathie et une validation, tout en étant considérés comme des individus uniques.

123. Les programmes de formation devraient s'inspirer des pratiques d'autres domaines de service (par exemple, la protection de l'enfance), où le niveau de compétence et les besoins de formation varient en fonction du groupe de personnel et du domaine clinique.

124. Un consortium des *Medical Royal Colleges* et d'organismes professionnels pertinents devrait élaborer un cadre commun de compétences et de savoir-faire applicable à tous les professionnels de la santé et du social intervenant dans ce domaine à différents niveaux au sein du système. Ce cadre devrait inclure des compétences plus larges en matière de soins aux adolescents, ainsi que des aspects plus spécifiques liés aux soins de genre.

125. Les organisations professionnelles individuelles devraient identifier les compétences et savoir-faire transférables déjà intégrés dans les programmes de formation de leurs groupes de personnel spécifiques, ainsi que les lacunes existantes.

126. Le consortium devrait ensuite élaborer un programme de formation visant à aborder les sujets jugés manquants dans les formations et programmes existants, et qui sont essentiels pour la formation continue et la certification du personnel travaillant dans ce domaine.

Recommandation 15

Le NHS England devrait mandater un organisme référent pour établir un consortium de corps professionnels concernés afin de :

- développer un référentiel de compétences ;
- identifier les lacunes dans les programmes de formation professionnelle ;
- développer un ensemble de supports de formation pour compléter les compétences professionnelles, adaptés au domaine clinique et au niveau concernés. Cela devrait inclure un module sur le cadre d'évaluation global et l'approche de synthèse clinique et de planification des soins.

Recommandation 16

Le *National Provider Collaborative* devrait coordonner le développement d'informations et de ressources basées sur des preuves destinées aux jeunes, aux parents et aux aidants. Il serait pertinent d'envisager la création d'une ressource en ligne centralisée au sein du NHS.

Amélioration des services

127. La collecte systématique et cohérente de données sur les résultats des traitements est essentielle à toute amélioration des services.

128. Tout au long de l'Examen, un manquement a été constaté concernant la collecte fiable et cohérente des données et informations essentielles, qui étaient souvent non partagées ou indisponibles.

129. Il est impératif que les nouveaux services instaurent un véritable environnement d'apprentissage. Un processus d'amélioration continue des services et de réflexion clinique doit

être mis en place, en tenant compte de l'évolution des services à mesure que de nouvelles preuves émergent.

130. La collecte d'un ensemble de données de base est nécessaire, afin de guider l'amélioration des services et la recherche, en s'appuyant sur des approches similaires déjà établies dans d'autres spécialités, par exemple en soins intensifs pédiatriques. Cette collecte permettra d'orienter la pratique clinique actuelle et future, ainsi que les soins proposés à cette population.

Recommandation 17

Un socle national de données de référence devrait être défini pour les services spécialisés et les Services de Proximité Spécialisés Désignés.

Recommandation 18

L'infrastructure nationale devrait être mise en place pour gérer la collecte de données et les audits, et celle-ci devrait être utilisée pour favoriser l'amélioration continue de la qualité et la recherche dans un environnement d'apprentissage actif.

Capacité de la recherche clinique

131. Les lacunes dans la base de preuves concernant tous les aspects des soins liés au genre pour les enfants et les jeunes ont été mises en évidence, couvrant l'épidémiologie, l'évaluation, le diagnostic et l'intervention.

132. Il est inquiétant de constater le manque de connaissances concernant cette cohorte et les résultats des interventions. Un programme de travail continu est nécessaire pour comprendre pleinement le nouveau profil des enfants et des jeunes, leurs besoins, ainsi que les impacts à court, moyen et long terme de toutes les interventions cliniques.

133. Étant donné les incertitudes concernant les résultats à long terme des interventions médicales et non médicales, ainsi que les lacunes de

connaissances plus larges dans ce domaine, il est nécessaire de renforcer la capacité de recherche pour :

- évaluer continuellement les nouvelles recherches et leur intégration rapide en pratique clinique ;
- continuer à identifier les domaines de pratique nécessitant des recherches supplémentaires ;
- accélérer le développement d'un portefeuille de recherche ambitieux qui informera les politiques sur l'évaluation, le suivi et les soins cliniques des enfants ayant une dysphorie de genre, depuis l'orientation jusqu'à un accompagnement social, psychologique et médical approprié.

134. Les questions de recherche appropriées et les protocoles devront être élaborés avec la contribution d'un panel de chercheurs, de praticiens, d'usagers et de professionnels de l'éthique.

135. Afin de capitaliser le travail de l'Université de York et garantir une veille dynamique dans ce champ de recherche en évolution rapide, il est impératif d'établir une revue systématique évolutive (revue systématique pouvant être continuellement actualisée pour refléter les nouvelles preuves dès qu'elles deviennent disponibles, afin de guider la pratique clinique des nouveaux services).

136. Tant qu'une stratégie de recherche et une infrastructure ne seront pas établies, les questions importantes concernant les interventions pour soutenir cette population resteront sans réponse, et les lacunes de preuves continueront d'être comblées par des opinions et des conjectures.

137. Des preuves de meilleure qualité sont essentielles afin de fournir des informations et des conseils fiables et transparents pour aider les enfants, les jeunes, ainsi que leurs parents et aidants à prendre des décisions susceptibles d'impacter leur vie entière.

Recommandation 19

Le NHS England et le *National Institute for Health and Care Research* (NIHR) devraient veiller à ce que l'infrastructure académique et administrative nécessaire pour soutenir un programme de recherche clinique soit intégrée dans les Centres Régionaux.

Recommandation 20

Une stratégie de recherche unifiée devrait être établie dans les Centres Régionaux, coordonnée par le *National Provider Collaborative* [Groupement National de Prestataires] et le *Research Oversight Board* [Comité de Supervision de la Recherche], afin que toutes les données collectées soient utilisées de manière optimale et que les effectifs soient suffisants pour être significatifs.

Recommandation 21

Afin de garantir que les services fonctionnent selon les standards les plus élevés en matière de preuves, le *National Institute for Health and Care Research* devrait mandater une revue systématique évolutive pour guider la pratique clinique.

Parcours

138. Des critères d'orientation clairs sont indispensables tout au long du parcours de soins, du niveau primaire au niveau tertiaire, pour garantir un accès équitable aux services du NHS aux jeunes en questionnement de genre.

139. Au début de l'Examen, l'accès au service spécialisé GIDS était inhabituel, car ce service acceptait des orientations directement depuis les soins primaires (un médecin généraliste) ainsi que de la part de professionnels non médicaux, tels que des enseignants et des animateurs jeunesse.

140. Depuis, le NHS England a mené une consultation sur une proposition visant à ce que toutes les orientations passent par les soins secondaires, et l'Examen soutient cette approche.

141. Ce rapport décrit les rôles et responsabilités dans le modèle de soins proposé par l'Examen, du niveau primaire au niveau tertiaire jusqu'à la sortie du dispositif, et la manière dont le réseau devrait garantir une prise en charge adaptée des jeunes au sein du système de santé.

Parcours au sein du service

142. Les échanges avec les professionnels ont souligné l'importance de différencier les sous-groupes au sein de la population orientée qui peuvent être à risque et/ou nécessiter un suivi, une évaluation ou une intervention plus urgente ; il peut également exister des sous-groupes pour lesquels des conseils précoces aux parents ou au personnel scolaire seraient une première étape plus appropriée.

143. Les enfants et les jeunes devraient pouvoir évoluer de manière flexible entre les différentes composantes du service, leur permettant ainsi, ainsi qu'à leurs parents ou tuteurs, de prendre des décisions à leur propre rythme, sans nécessiter de nouvelle orientation au sein du système.

144. Les données actuelles indiquent que la majorité des enfants ressentant une incongruence de genre à un jeune âge ne maintiennent pas ce sentiment après la puberté, bien qu'une minorité le conserve. Il est donc essentiel d'apporter un soutien adapté aux parents et aux familles, en leur fournissant des conseils équilibrés et exempts de jugement sur la meilleure manière d'accompagner leur enfant. Offrir des options flexibles tout en veillant à leur bien-être scolaire et social constitue un aspect clé de la prise en charge. Ainsi, aucun seuil d'âge minimum ne devrait restreindre l'accès à cette aide.

Recommandation 22

Chaque réseau régional devrait mettre en place un parcours spécifique dédié aux enfants prépubères et à leur famille. Les services doivent garantir un accès prioritaire à des interventions précoces dispensées par des professionnels qualifiés et expérimentés dans ce domaine.

Transfert vers les services de genre pour adultes

145. Actuellement, un grand nombre de jeunes passent des services pédiatriques spécialisés en genre (GIDS) aux services pour adultes. Certains auront bénéficié d'un suivi au sein du GIDS, tandis que d'autres, toujours en attente de leur premier rendez-vous à 17 ans, verront cette attente prolongée dans les services pour adultes, augmentant ainsi les délais et impactant l'accès des adultes plus âgés aux soins du NHS.

146. Ce passage entre services représente un risque important de rupture dans la prise en charge, entraînant une perte de suivi et de précieuses données sur les résultats des interventions, pourtant essentielles pour enrichir les connaissances dans ce domaine.

147. Un service de suivi continu serait bénéfique tant pour cette population jeune que pour la population adulte et contribuerait, à long terme, à renforcer la capacité des services adultes à l'échelle nationale.

148. Cette approche serait cohérente avec d'autres modèles de soins, où certains jeunes bénéficient d'un service « 0-25 ans » afin d'améliorer la continuité des soins.

Recommandation 23

Le NHS England devrait veiller à ce que chaque Centre Régional dispose d'un service de suivi pour les 17-25 ans, soit en élargissant le champ du service régional pour enfants et jeunes, soit par des services liés, afin de garantir la continuité des soins à une étape potentiellement vulnérable de leur parcours. Cela permettra également de collecter des données cliniques et de recherche de suivi.

149. L'Examen a sollicité des données sur la démographie des patients orientés vers les cliniques de genre pour adultes du NHS, révélant que la majorité des nouvelles orientations étaient de sexe féminin à la naissance et âgées de moins de 25 ans.

150. Bien que l'organisation et la prise en charge au sein des *Gender Dysphoria Clinics* (GDC) pour adultes ne relèvent pas directement de cet Examen, plusieurs membres actuels et anciens du personnel de ces cliniques ont contacté l'Examen de manière confidentielle pour exprimer leurs préoccupations.

151. L'Examen exposera séparément les principaux points de préoccupation au NHS England. Cependant, ces professionnels ont souligné l'évolution de la démographie adulte et la complexité similaire des profils observées dans les services de genre pour enfants et jeunes.

152. À mesure que les services pour enfants et jeunes se développent, une approche stratégique sera nécessaire pour s'assurer que l'offre de soins pour adultes tienne compte de la diversité des besoins de cette population et des preuves émergentes.

Recommandation 24

Compte tenu du fait que l'évolution démographique observée dans les services pour enfants et jeunes se reflète dans un changement des tableaux cliniques dans les services pour adultes, le NHS England

devrait envisager d'avancer toute actualisation prévue du cahier des charges des services pour adultes et de revoir le modèle de soins et les procédures opérationnelles.

Détransition

153. Les services de genre du NHS devraient accompagner toutes les personnes concernées par une incongruence ou une dysphorie de genre, qu'elles soient en transition, en détransition ou en retransition. Un suivi rapproché et un cadre de soutien approprié devraient être mis en place pour les personnes qui détransitionnent, en particulier lors de l'arrêt des traitements hormonaux.

154. L'Examen a constaté que les personnes ressentant des regrets peuvent être réticentes à reprendre contact avec les services de genre qui les ont accompagnées lors de leur transition initiale. Il serait donc pertinent d'évaluer si le cahier des charges actuel doit être modifié pour inclure des parcours de détransition spécifiques ou si cela devrait constituer un service distinct. Cette évaluation devrait être réalisée en consultation avec des personnes ayant expérimenté la détransition.

Recommandation 25

Le NHS England devrait garantir la mise en place de dispositifs spécifiques pour accompagner les personnes envisageant une détransition, en tenant compte du fait qu'elles pourraient ne pas souhaiter s'adresser aux services qui les avaient initialement prises en charge.

Secteur privé

155. L'Examen a révélé que de nombreux jeunes, confrontés à de longs délais d'attente pour une prise en charge par le GIDS, se tournent vers le privé. Par ailleurs, certaines familles se retrouvent face à un dilemme : choisir entre le risque d'acquérir des hormones non régulées et potentiellement dangereuses sur Internet ou subir la détresse prolongée causée par ces délais. Les

témoignages recueillis dans le cadre des groupes de discussion illustrent cette situation comme un « choix contraint en raison de l'inaccessibilité des services du NHS, plutôt qu'un choix de préférence ». De plus, le coût des traitements privés et du suivi médical associé représente une barrière financière importante pour de nombreuses familles.

156. Des médecins généralistes ont exprimé leurs inquiétudes face aux pressions exercées pour prescrire des bloqueurs de puberté ou des hormones masculinisantes/féminisantes après que ces traitements aient été initiés en dehors du NHS, et face au manque de clarté concernant leurs responsabilités en matière de suivi.

157. L'Examen reconnaît et partage les inquiétudes entourant l'utilisation de médicaments non régulés et le recours à des prestataires échappant à la réglementation britannique. Tout professionnel de santé constatant qu'un jeune suit un traitement issu d'une source non régulée doit impérativement informer ce dernier et sa famille des risques associés.

158. La responsabilité des soins partagée et la prescription doivent s'aligner sur les pratiques établies dans d'autres domaines médicaux. Aucun professionnel ne devrait être amené à prescrire en dehors de ses compétences, et les médecins généralistes ne devraient pas être contraints d'accepter un dispositif de soins partagés avec un prestataire privé, en particulier si celui-ci ne suit pas les directives du NHS. Par ailleurs, il revient aux pharmaciens de s'assurer que les médicaments délivrés aux patients sont appropriés.

159. Un cadre spécifique devrait cependant être mis en place afin de garantir que les jeunes bénéficient d'un suivi médical adéquat et ne soient pas exposés à des risques (par exemple, en surveillant la densité osseuse).

160. Concernant les bloqueurs de puberté, le NHS England a précisé que leur accès serait strictement limité à un protocole de recherche. Dans le cadre de cet essai clinique, les jeunes devront passer une série d'examens initiaux afin d'établir des niveaux de référence pour un suivi

précis (notamment en matière de densité osseuse). Toute prise de bloqueurs de puberté en dehors de cet essai pourrait compromettre leur éligibilité à y participer.

Recommandation 26

Le *Department of Health and Social Care* [ministère britannique de la Santé et des Affaires Sociales] ainsi que le NHS England devraient évaluer les conséquences des soins de santé dispensés dans le secteur privé sur d'éventuelles demandes ultérieures de traitement, de suivi ou de participation à des recherches menées par le NHS. Ces implications doivent être clairement communiquées aux patients et aux prestataires privés.

Recommandation 27

Le *Department of Health and Social Care* devrait travailler avec le *General Pharmaceutical Council* pour définir les responsabilités de délivrance des pharmaciens concernant les ordonnances privées et envisager d'autres solutions législatives pour prévenir les prescriptions étrangères inappropriées.

Nouveau numéro NHS

161. Actuellement, lorsqu'une personne demande à modifier son genre dans son dossier médical, les directives du NHS imposent l'attribution d'un nouveau numéro NHS. Cette procédure peut avoir un impact sur la continuité des soins des enfants et des jeunes concernés, avec d'éventuelles répercussions sur leur suivi médical à long terme, notamment en ce qui concerne les programmes de dépistage auxquels ils peuvent avoir accès.

162. Du point de vue de la recherche, ce changement complique également l'identification des résultats à long terme, ce qui est particulièrement problématique pour une population dont la base de preuves reste limitée.

Recommandation 28

Le NHS et le *Department of Health and Social Care* doivent revoir les modalités de modification des numéros NHS et trouver des solutions aux problèmes cliniques et de recherche que cela soulève.

Mise en œuvre du modèle de service

163. L'Examen reconnaît que la mise en œuvre des recommandations formulées dans ce rapport nécessitera des changements majeurs. La transition vers le modèle de service proposé devra être progressive et pourrait s'étendre sur plusieurs années avant d'être pleinement déployée à l'échelle nationale. Il est essentiel d'élaborer des stratégies pragmatiques, tant sur le plan opérationnel que stratégique, afin de structurer les étapes nécessaires à cette transformation.

164. Une gouvernance doit être instaurée pour superviser la mise en œuvre des changements et fournir un encadrement à l'échelle du système. Cette gouvernance devra être indépendante de la division des Soins Spécialisés du NHS England et s'appuyer sur l'expertise d'organismes professionnels. Par ailleurs, étant donné l'attention portée à ces services, il est nécessaire de rendre compte des progrès réalisés par rapport aux plans de mise en œuvre.

165. Bien que l'Examen se concentre sur les enfants et les jeunes présentant une incongruence de genre et une détresse liée au genre, le NHS doit adopter une approche ambitieuse pour améliorer l'accompagnement de tous les enfants et jeunes sollicitant ses services.

166. Le développement des services pour les enfants et les jeunes requiert un renforcement des effectifs ainsi qu'un investissement durable. Sans ces efforts, il existe un risque de ne pas répondre aux attentes des générations futures. Le NHS England devrait saisir cette opportunité pour intégrer l'investissement et le développement des services de genre dans les objectifs définis dans le *Long Term Plan* du NHS, en tenant compte des besoins complexes des adolescents.

Recommandation 29

Le NHS England devrait élaborer un plan de mise en œuvre définissant les étapes vers le futur modèle clinique et de service. Ce plan devrait être supervisé à un niveau stratégique et être développé en collaboration avec les responsables de la santé des enfants et des jeunes en général, afin de favoriser une meilleure coordination des services pour répondre aux besoins variés d'adolescents au profil complexe.

Recommandation 30

Le NHS England devrait mettre en place des processus rigoureux de gestion contractuelle et d'audit pour assurer un suivi fiable de la collecte des données relatives à ces services. Ces exigences devront être strictement respectées par les prestataires en charge des soins destinés aux enfants et aux jeunes.

Apprentissage systémique

167. Le personnel clinique a besoin de soutien et de directives de la part de leurs organismes professionnels afin de mettre en œuvre les approches fondées sur des preuves présentées dans ce rapport. Le consortium chargé de développer des ressources de formation devrait également servir de plateforme pour définir des recommandations professionnelles de chacun des groupes cliniques. Cette approche collaborative devrait inclure des processus visant à prendre en compte les avis de la communauté pour laquelle le service est conçu.

Recommandation 31

Les organismes professionnels doivent se réunir afin de fournir un encadrement et des orientations sur la prise en charge de cette population, en tenant compte des conclusions de ce rapport.

168. L'innovation est essentielle pour faire progresser la médecine, mais il est nécessaire d'établir un niveau de surveillance, de contrôle et de réglementation adéquat qui ne freine pas le progrès, tout en évitant l'intégration de méthodes non validées dans la pratique clinique. L'innovation doit s'appuyer sur la base de preuves existante, et elle doit y contribuer.

Recommandation 32

Des orientations applicables à l'ensemble des services NHS devraient être développées pour encourager l'innovation tout en garantissant une supervision et une gouvernance appropriées, afin d'éviter l'introduction progressive de pratiques sans base de preuves.

Approche



1. Méthodologie

1.1 Dès le début, l'Examen a défini les principes fondamentaux sous-tendant l'approche adoptée.

- Le bien-être de l'enfant ou du jeune doit être au centre de toutes nos préoccupations. Cet Examen concerne un groupe d'enfants et de jeunes en quête de soutien, et notre responsabilité est de concevoir un modèle de soins qui protégera leurs meilleurs intérêts, tout en les guidant vers un épanouissement personnel.
- L'Examen doit reposer sur une évaluation approfondie des meilleures preuves disponibles. Dans cet objectif, nous avons commandé des revues systématiques sur un ensemble de sujets, allant de l'épidémiologie aux approches de traitement, ainsi que sur des modèles internationaux de pratiques actuelles.
- Les preuves formelles ne représentent qu'une partie du tableau, il est donc essentiel d'échanger avec un éventail de personnes. En particulier, les enfants et les jeunes au centre de l'Examen, mais également leurs parents et tuteurs, ainsi que des jeunes adultes ayant bénéficié de soins liés au genre au Royaume-Uni, afin d'apporter une perspective à long terme.
- Nous avons également sollicité la contribution d'un large éventail de professionnels issus de différents organismes ayant une expérience pertinente et pouvant enrichir notre compréhension de la population et des données probantes.
- Enfin, nous souhaitons nous assurer que les résultats clés étaient partagés le plus rapidement possible, par le biais de la publication de résultats intermédiaires, de blogs et de toute communication avec le NHS England au cours de l'Examen.

1.2 En considérant les questions énoncées dans le mandat (Annexe 1), cet Examen ne peut que présenter les connaissances et les incertitudes, et analyser les réponses possibles du NHS de la manière la plus sûre, efficace et compatissante, laissant certaines questions pour un débat sociétal plus large. Cependant, afin d'acquérir une compréhension aussi large que possible, nous avons puisé dans plusieurs sources d'information, soutenues par des principes scientifiques et cliniques fondamentaux.

Analyse des données probantes

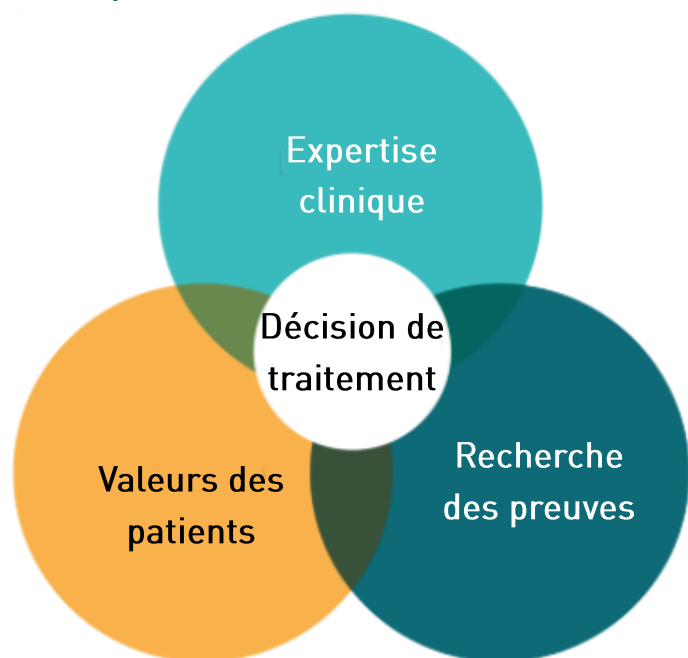
1.3 Le rapport intermédiaire de l'Examen en 2022 a souligné l'importance du développement de services basés sur des preuves et a relevé les lacunes et les faiblesses majeures dans la base de preuves soutenant la prise en charge des enfants et des jeunes présentant une incongruence de genre et une dysphorie de genre, en particulier en ce qui concerne les approches appropriées pour l'évaluation et le traitement. Il est notamment devenu évident que les informations concernant les résultats à moyen et long terme des enfants et des jeunes bénéficiant d'un suivi et/ou d'un traitement du NHS étaient largement insuffisantes.

1.4 La qualité des preuves disponibles pour les interventions liées à l'incongruence de genre et à la dysphorie de genre suscite un débat et une controverse. Cela complique considérablement la tâche des jeunes et de leurs familles pour déterminer quelles informations sont fiables et ce à quoi ils peuvent s'attendre des traitements proposés.

1.5 Un principe fondamental de la médecine clinique est que les traitements doivent être proposés sur la base des meilleures preuves disponibles.

1.6 Dans la pratique fondée sur des preuves, trois facteurs déterminent les décisions de traitement : les preuves disponibles, l'expertise clinique et les valeurs des patients.

Figure 3 : Composantes de la médecine fondée sur les preuves



1.7 Par exemple, si un médecin diagnostique un patient avec une dépression et recommande un médicament antidépresseur spécifique, il doit toujours préciser qu'il existe des preuves solides concernant l'efficacité de ce médicament ; par exemple : « ce médicament a 85 % de chances d'améliorer la dépression ».

1.8 Le médecin soulignera également les effets secondaires possibles ; par exemple : « il y a 5 % de chances que cela entraîne une prise de poids ». Si le patient est déjà très préoccupé par son surpoids, il pourrait estimer que les bénéfices potentiels du médicament ne compensent pas le risque de prendre du poids.

1.9 Le médecin prendra alors en compte d'autres options ; par exemple, il pourrait y avoir un autre médicament qui ne provoque pas de prise de poids, mais qui augmente le risque de suicide. Si le patient a récemment fait une tentative de suicide, cette alternative ne serait pas appropriée.

1.10 En l'absence de ces preuves sur les bénéfices et les risques, il devient difficile pour le médecin de conseiller le patient, tout comme pour le patient de savoir s'il souhaite essayer le traitement suggéré.

Encart explicatif 1

Principes des études relatives à des traitements

Les informations suivantes visent à expliquer les forces et les limites des preuves et des études relatives aux traitements qui ont été prises en compte pour orienter les recommandations de l'Examen.

- Le développement d'un nouveau médicament ou traitement implique plusieurs étapes pour garantir sa sécurité (effets indésirables ou secondaires minimaux) et son efficacité (probabilité importante que le médicament produise le bénéfice escompté). Lorsqu'un autre traitement est déjà disponible pour la condition, une étape importante consiste à tester si le nouveau traitement est plus efficace et rentable. Cette évaluation se fait généralement par la réalisation d'un essai randomisé. Dans certains cas, un médicament peut entraîner des effets secondaires graves, mais si la condition est potentiellement mortelle, ces effets secondaires peuvent être jugés acceptables (comme c'est le cas pour certaines chimiothérapies contre le cancer).
- Un principe clé des essais de traitement est l'équilibre (équipoise), ce qui signifie que les chercheurs ne savent pas à l'avance quel traitement est le plus efficace : le traitement existant ou le nouveau traitement. Si les chercheurs ont de très fortes raisons de croire que le nouveau traitement est meilleur (ou pire), il ne serait pas éthique de mener l'essai. Parfois, un essai peut être interrompu prématurément si les résultats montrent clairement que le nouveau traitement est nuisible ou, au contraire, très bénéfique.

Types d'études relatives à des traitements

- L'essai de référence [*Gold standard*] est l'essai contrôlé randomisé (ECR). Dans ce type d'essai, les participants sont répartis en au moins deux groupes : l'un reçoit le nouveau traitement et l'autre, le groupe témoin, reçoit un traitement standard ou alternatif, ou peut-être aucun traitement. Les patients sont répartis aléatoirement dans les deux groupes, et il est important de s'assurer qu'il n'y a pas de différences significatives entre les deux groupes.
- Le terme « aveugle » ou « *blinding* » est utilisé dans les ECR. Il existe différents niveaux « d'aveuglement » : tout d'abord, si les chercheurs effectuent les évaluations, ils ne doivent pas savoir à quel groupe un patient a été affecté. Deuxièmement, le patient peut être « aveuglé » afin qu'il ne sache pas s'il reçoit le nouveau traitement ou le traitement standard, ou même un placebo (comprimés factices). Enfin, le médecin traitant (ou l'équipe) doit idéalement être « aveugle » à l'affectation des groupes, afin que son approche vis-à-vis des patients ne soit pas influencée.
- Les participants à une étude doivent être informés des types d'aveuglement lorsqu'ils consentent à participer à l'essai. Il n'est pas toujours possible pour les personnes d'être « aveugles » à un traitement : par exemple, dans un essai comparant l'acupuncture à la physiothérapie, les patients sauront quel traitement ils reçoivent. Dans ces cas, les chercheurs doivent prendre en compte tout effet placebo possible, qui se produit lorsque les patients croient que le traitement aura un effet bénéfique, ce qui peut améliorer leur bien-être, même sans l'efficacité réelle du traitement.

Il existe très peu d'ECR concernant des enfants et jeunes recevant un traitement endocrinien pour l'incongruence/dysphorie de genre. Cependant, les types d'études les plus couramment rapportés sont les suivants :

- les études de cohorte et les études transversales sont parfois utilisées pour examiner les effets des bloqueurs de puberté et des hormones masculinisantes/féminisantes. Elles sont différentes manières d'analyser les résultats dans des groupes qui ont ou n'ont pas reçu une intervention particulière. Ces

études sont appelées études observationnelles, tandis que les ECR sont appelées études expérimentales. Cela s'explique par le fait que, dans les études de cohorte ou transversales, le chercheur ne détermine pas quels patients reçoivent une intervention. Bien qu'un groupe de comparaison puisse exister, les participants ne sont pas répartis de manière aléatoire entre les groupes ;

- l'étude pré-post est la plus courante pour les patients recevant une suppression de la puberté. Dans ce type d'étude, les participants sont évalués avant et après l'intervention. Toutefois, sans groupe de comparaison et étant donné que des changements peuvent se produire avec le temps, même sans traitement, il est difficile de tirer des conclusions solides de ce type d'étude.

Les pièges des études cliniques

- Un problème majeur pour interpréter les résultats des études cliniques est le biais. Ces résultats peuvent être biaisés de différentes manières. Par exemple, si 50 % des participants abandonnent l'étude, cela indique un taux d'attrition élevé. Ceux qui restent peuvent avoir mieux répondu au traitement, tandis que ceux qui partent l'ont peut-être fait parce que le traitement ne fonctionnait pas pour eux ou en raison d'effets secondaires. Cela pourrait entraîner un biais positif dans les résultats, autrement dit : montrer un effet alors qu'il n'y en a pas, ou bien mal prendre en compte des effets secondaires qui auraient incité des participants à quitter l'étude.
- Les résultats peuvent aussi être biaisés si les profils des patients diffèrent entre les groupes de traitement et témoin, par exemple si l'un des groupes est plus jeune ou plus malade. Les chercheurs doivent comparer les groupes au début de l'étude pour vérifier leur similarité (évaluation de référence). L'attribution aléatoire des participants aux groupes d'étude et un nombre élevé de participants aident à minimiser les risques de biais.
- Il est très important de bien définir les critères d'inclusion et d'exclusion d'une étude (c'est-à-dire, quels patients peuvent et ne peuvent pas être inclus). Par exemple, si une étude sur l'efficacité d'un analgésique n'inclut que des patients souffrant d'arthrose du genou, les résultats ne peuvent pas être généralisés aux patients ayant des maux de tête. Bien que le médicament puisse très bien fonctionner pour les maux de tête, il n'est pas possible d'en être sûr en se basant sur les résultats de cette étude particulière.
- Lorsque dans une étude, les patients ne sont pas « aveuglés » et savent qu'ils reçoivent un médicament particulier, ou bien lorsqu'ils ont choisi un traitement particulier plutôt que d'être affectés aléatoirement entre les groupes, ceux-ci peuvent montrer une amélioration en raison d'un effet placebo (ils croient que le traitement produira un résultat bénéfique).
- Il arrive que des facteurs de confusion interviennent dans une étude, par exemple lorsqu'un patient reçoit un autre traitement en parallèle avec celui étudié. Bien que la randomisation et l'aveuglement contribuent à réduire le risque de biais et de confusion, ils ne peuvent pas éliminer complètement ces problèmes.
- Il est également essentiel que l'étude comporte suffisamment de patients (le terme « *sufficiently powered* » est souvent utilisé lorsque c'est le cas) pour garantir que les résultats sont représentatifs et non le fruit du hasard, ce qui constituerait une erreur de type 1 (ou erreur alpha). Les résultats de l'étude sont généralement présentés sous forme de moyenne pour chaque groupe, mais il est aussi courant de donner l'étendue des résultats, qui peut être assez large. Par exemple, si la moyenne d'un groupe est de 5 points sur 10, une étendue de 2 à 9 indique une grande variation des résultats au sein de ce groupe, contrairement à une étendue de 4 à 6, qui reflète des résultats plus homogènes. La taille de l'échantillon joue un rôle essentiel dans la détermination de la signification statistique des résultats. Par exemple, dans une étude comportementale avec seulement quatre participants, si trois

se sont améliorés et un s'est détérioré, il serait impossible de tirer des conclusions générales sur les effets du traitement. De plus, les améliorations observées chez trois personnes pourraient être dues au hasard. Pour qu'un résultat soit statistiquement significatif, il doit être peu probable qu'il soit le fruit du hasard. C'est pourquoi un nombre suffisant de participants est essentiel, et une estimation préalable du nombre nécessaire est indispensable pour garantir des résultats fiables et significatifs.

- Il existe de nombreux autres problèmes potentiels, dont certains incluent :
 - le biais inconscient dans la conception des questionnaires à compléter par les participants où les questions sont rédigées de manière à inciter une réponse plus favorable ;
 - l'utilisation d'un outil d'analyse inapproprié pour les données disponibles ;
 - une période de suivi trop courte pour observer les bénéfices ou effets indésirables du traitement ;
 - une amélioration spontanée des patients avec le temps ;
 - un biais de publication dans lequel par exemple, seuls les résultats positifs sont publiés.

S'appuyer sur les preuves

Figure 4 : Sur quoi l'Examen s'est-il appuyé ?



1.11 L'Examen a cherché à mieux comprendre les preuves existantes et combler certaines lacunes par le biais de recherches qualitatives et quantitatives en lien avec sa note de cadrage (Annexe 1).

1.12 Dans le cadre d'un appel d'offres national ouvert, l'Université de York a été sélectionnée pour mener un programme de recherche indépendant. Son objectif était de fournir à l'Examen la meilleure synthèse possible des preuves publiées sur l'épidémiologie, la prise en charge, les modèles de soins et les résultats, tout en explorant les expériences et perspectives des usagers, de leurs familles et des professionnels.

1.13 Les revues systématiques ont été commandées pour évaluer :

- Comment la population d'enfants présentant une dysphorie de genre et/ou une détresse liée au genre a-t-elle évolué au fil du temps ?
- Quels sont les parcours d'orientation, d'évaluation et de traitement appropriés pour les enfants présentant une dysphorie de genre et/ou une détresse liée au genre ?
- Quels sont les résultats à court, moyen et long terme pour les enfants présentant une dysphorie de genre et/ou une détresse liée au genre ?

1.14 Par ailleurs, une analyse des directives internationales ainsi qu'une enquête à l'échelle internationale ont été menées afin de compléter

ces informations. Cette démarche visait à examiner l'application des données probantes et les pratiques cliniques adoptées dans d'autres systèmes de santé comparables.

1.15 Enfin, les études qualitatives et quantitatives ont été menées dans le but de combler certaines lacunes identifiées dans la littérature existante.

1.16 L'Examen a rassemblé les résultats de ces études et les a utilisés pour déterminer l'approche la plus appropriée ainsi que les modèles d'évaluation, de prise en charge et de traitement. Les études menées par l'Université de York sont régulièrement citées tout au long de ce rapport. Pour consulter les sources ayant contribué à ces travaux, veuillez-vous référer aux documents listés dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Aperçu du programme de recherche académique commandé par l'Examen

| TYPE DE RECHERCHE | TITRE DE LA RECHERCHE | FORMAT DE CITATION |
|---|--|---|
| REVUES SYSTÉMATIQUES | <u>Characteristics of children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review</u> | Taylor et al. : Caractéristiques des patients |
| | <u>Impact of social transition in relation to gender for children and adolescents: a systematic review</u> | Hall et al : Transition sociale |
| | <u>Psychosocial support interventions for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review</u> | Heathcote et al. : Soutien psychosocial |
| | <u>Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review</u> | Taylor et al. : Suppression de la puberté |
| | <u>Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents with gender dysphoria or incongruence: a systematic review</u> | Taylor et al. : M/F hormones |
| | <u>Care pathways of children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review</u> | Taylor et al. : Parcours de soins |
| LIGNES DIRECTRICES INTERNATIONALES | <u>Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of guideline quality (part 1)</u> | Taylor et al. : Lignes directrices 1 : Évaluation |
| | <u>Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of recommendations (part 2)</u> | Taylor et al. : Lignes directrices 2 : Synthèse |
| ENQUÊTE INTERNATIONALE | <u>Gender services for children and adolescents across the EU-15+ countries: an online survey</u> | Hall et al. : Enquête clinique |
| RÉSUMÉ DE RAPPORT | The epidemiology, care pathways, outcomes, and experiences of children and adolescents with gender dysphoria/incongruence: a series of linked systematic reviews and an international survey | Résumé de la revue systématique (Annexe 2) |
| ÉTUDE QUALITATIVE | Qualitative Research Summary: Narrative accounts of gender questioning | Résumé de l'étude qualitative (Annexe 3) |
| ÉTUDES QUANTITATIVES | Overview of Study Development: Assessment, Management and Outcomes for Children and Young People Referred to a National Gender Identity Development Service | Étude de couplage des données (Annexe 4) |
| | Preliminary report: Epidemiology and Outcomes for Children and Young People with Gender Dysphoria: Retrospective Cohort Study Using Electronic Primary Care Records | Étude CPRD (Annexe 5) |

Gouvernance de la recherche

1.17 Les études de recherche originales ont été examinées par le *Health Research Authority* (HRA) de la *Research Ethics Committee* afin de garantir la protection des intérêts, de la sécurité et du bien-être des participants. Lorsque la recherche devait impliquer l'accès à des ensembles de données patients anonymisées, une approbation a également été demandée au *Confidentiality Advisory Group* de la HRA. Cette évaluation garantit que la recherche est conforme à la Loi sur la protection des données de 2018.

1.18 Les revues systématiques ont été enregistrées dans une base de données internationale de recherche prospective (PROSPERO) pour éviter la duplication de la

recherche, promouvoir la transparence et minimiser le risque de biais.

1.19 Les études de recherche originales ont été examinées par le *Health Research Authority* (HRA) de la *Research Ethics Committee* afin de garantir la protection des intérêts, de la sécurité et du bien-être des participants. Lorsque la recherche devait impliquer l'accès à des ensembles de données patients anonymisées, une approbation a également été demandée au *Confidentiality Advisory Group* de la HRA. Cette évaluation garantit que la recherche est conforme à la Loi sur la protection des données de 2018.

1.20 L'approbation finale de la HRA a assuré l'intégrité globale de la recherche en réunissant l'évaluation de la gouvernance et de la conformité légale.

Revue systématique

Encart explicatif 2

Revue systématique

- Le type de preuves le plus élevé est celui issu d'une revue systématique (Figure 5). Une revue systématique se distingue d'un article de revue général. Il s'agit d'un résumé de la littérature sur une question particulière, utilisant des méthodes explicitement définies et reproductibles pour rechercher, évaluer de manière critique et synthétiser les informations issues de la recherche primaire (Cochrane, 2016 ; NIHRtv, 2010). Elle est conçue pour être reproductible, fiable et pour éliminer les biais.
- Il existe divers outils standardisés et des questionnaires pour évaluer la qualité des études, selon leur conception. Cela permet, dans la mesure du possible, d'assurer que différentes personnes évaluant une même étude parviendront à des conclusions similaires.

Figure 5 : Pyramide des niveaux de preuves

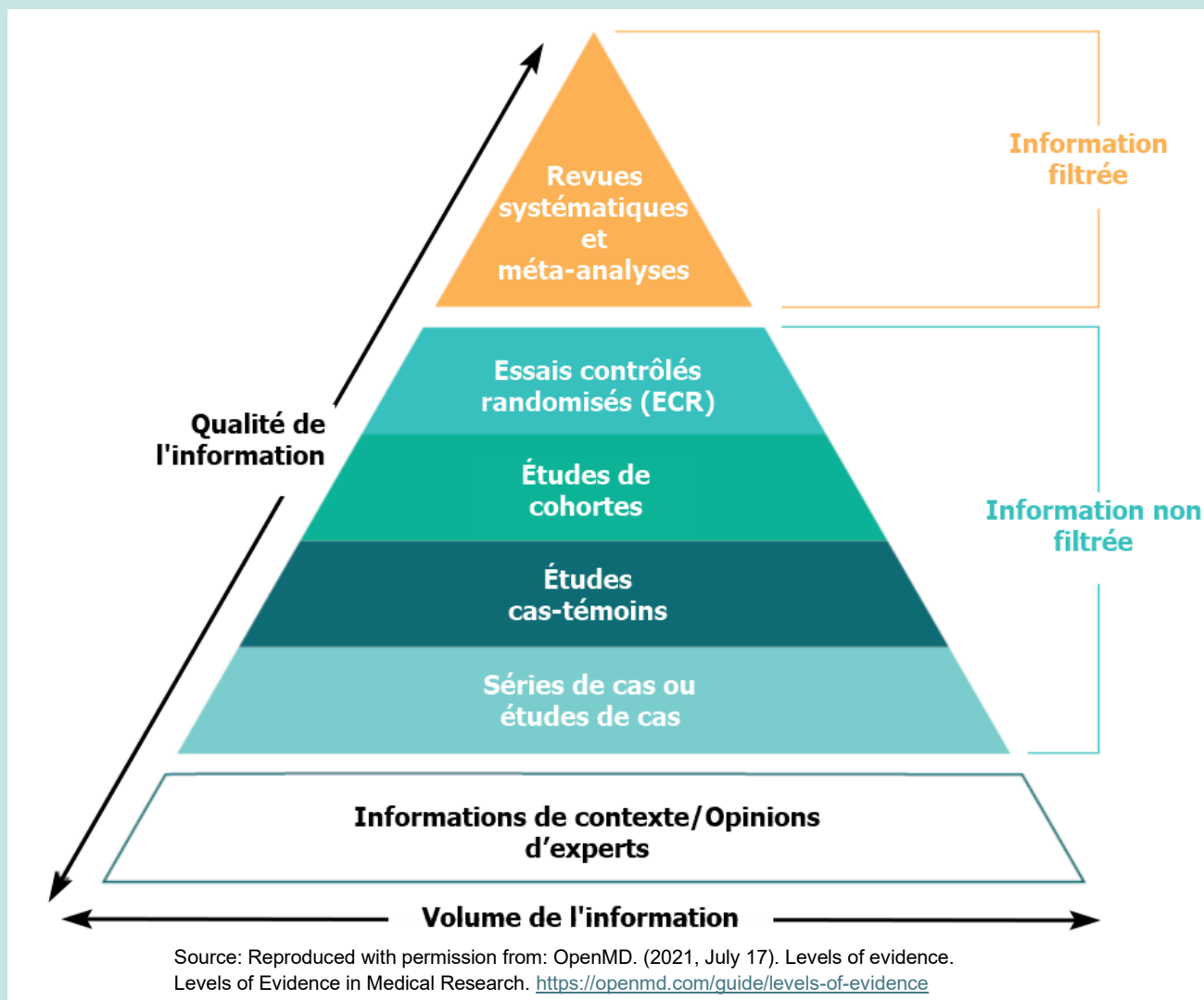
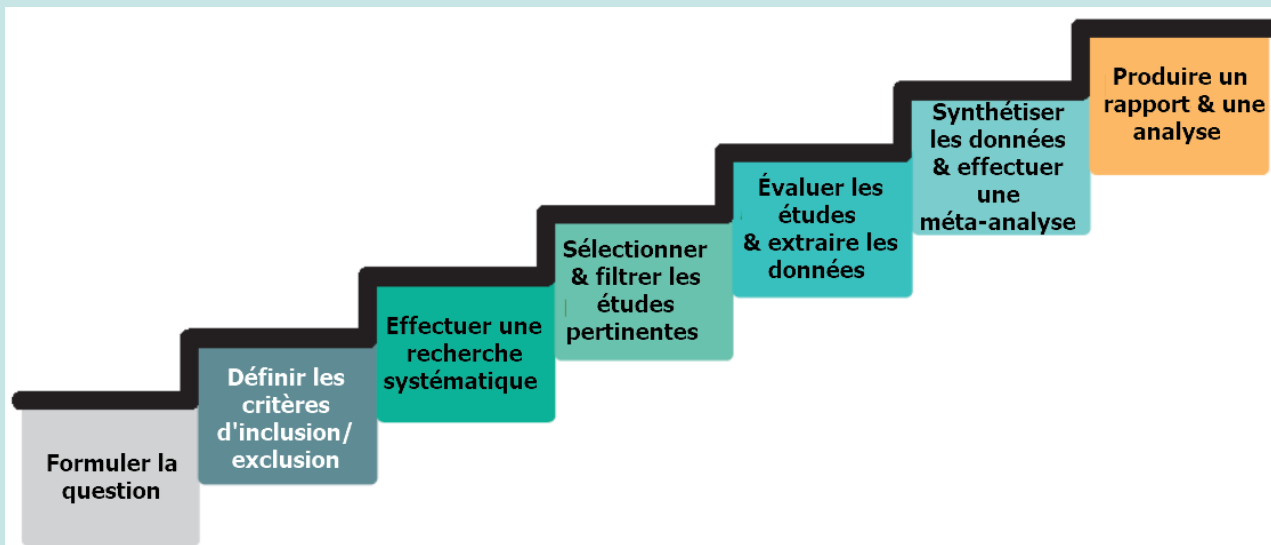


Figure 6 : Étapes d'une revue systématique



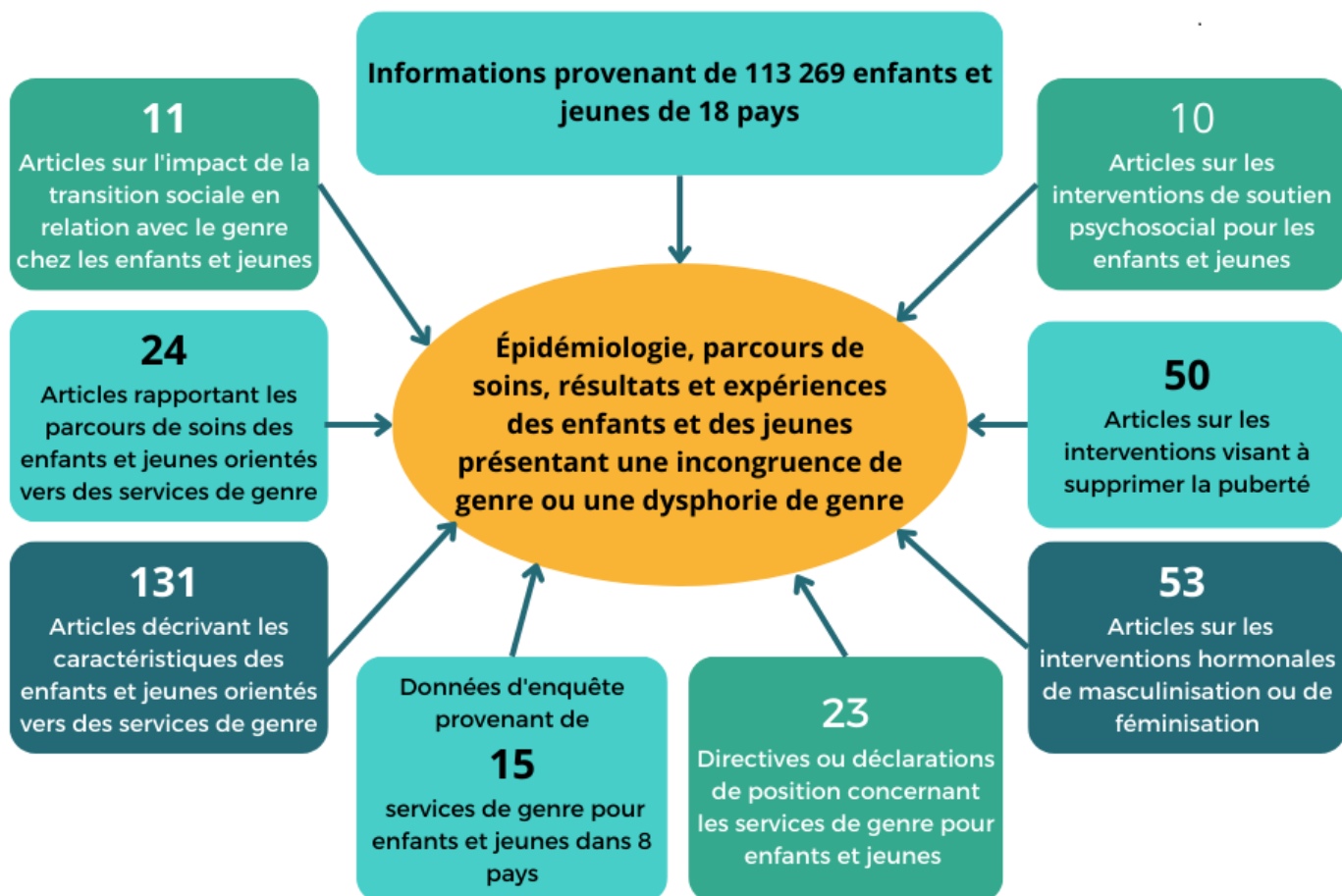
- L'objectif de la synthèse des données est de combiner plusieurs études différentes afin d'avoir une vue d'ensemble de la force des preuves ; par exemple, en faveur ou contre une intervention particulière. Pour ce faire, les examinateurs doivent évaluer la qualité des études en termes de recrutement [manière dont les participants ont été sélectionnés], de biais, de conception, d'analyse et de tous les autres facteurs décrits auparavant. Ils n'incluront que les études qui répondent à un standard de qualité. À condition que ces études aient utilisé des mesures et des résultats similaires, leurs résultats peuvent être combinés (synthétisés) sur un échantillon beaucoup plus large de participants.
- Le système GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations*) est largement utilisé par des organisations telles que le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), Cochrane et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour résumer la qualité des preuves et formuler des recommandations cliniques (groupe de travail GRADE, n.d.). Il existe quatre niveaux de certitude des résultats :
 - **certitude élevée** : les auteurs sont convaincus que le véritable effet est similaire à l'effet estimé ;
 - **certitude modérée** : les auteurs estiment que l'effet réel est probablement proche de l'effet estimé ;
 - **certitude faible** : l'effet réel pourrait être très différent de l'effet estimé ;
 - **certitude très faible** : le véritable effet est probablement très différent de l'effet estimé.
- La certitude ne se base pas seulement sur la conception de l'étude, mais aussi sur les différents pièges décrits auparavant. Ainsi, par exemple, un essai randomisé contrôlé devrait produire des résultats d'une certitude élevée. Cependant, si le taux d'abandon est important et que de nombreuses sources de biais et de confusion sont présentes, la certitude diminuera.
- Le système GRADE est couramment utilisé pour décrire non pas des études individuelles, mais la qualité globale des preuves sur une question particulière posée dans une revue systématique.

1.21 L'Université d'York héberge le *Centre for Reviews and Dissemination*, l'un des trois organismes financés par le *National Institute for Health and Care Research* (NIHR) pour fournir un service de revue systématique au NHS.

1.22 Les revues systématiques ont été commandées car elles sont considérées comme produisant le résumé le plus fiable des connaissances (Figure 5).

1.23 Une stratégie de recherche unique a été développée pour toutes les revues systématiques afin d'identifier les études examinant la dysphorie de genre, la détresse liée au genre ou l'incongruence de genre chez les enfants/adolescents. La recherche a été effectuée entre le 13 et le 23 mai 2021 et mise à jour le 27 avril 2022. Les listes de références des études éligibles et des éventuelles revues systématiques pertinentes, y compris les lignes directrices cliniques identifiées, ont également été examinées

Figure 7 : Aperçu des études incluses dans les revues systématiques, l'enquête internationale et les évaluations des directives réalisées par l'Université de York



Source : *L'épidémiologie, les parcours de soins, les résultats et les expériences des enfants et des adolescents avec dysphorie/incongruence de genre : une série de revues systématiques et un rapport d'enquête internationale réalisés par l'Université d'York (Annexe 2).*

1.24 Au total, 28 147 références ont été identifiées lors des recherches. La Figure 7 présente le nombre d'études qui satisfaisaient aux critères d'inclusion. Par ailleurs, l'équipe de recherche a continué de surveiller et d'évaluer les références pertinentes publiées après la recherche principale.

1.25 La plupart des études incluses dans les revues systématiques ont une conception de cohorte, transversal ou pré-post, dont les explications se trouvent dans l'Encart explicatif 1 et sur le site web du NICE (NICE, 2012).

Évaluation des lignes directrices internationales et enquête auprès des cliniques de genre

1.26 Atteindre un consensus sur l'approche appropriée pour prendre en charge les enfants et les jeunes qui s'interrogent sur leur genre constitue un défi tant au Royaume-Uni qu'à l'international. Un point de départ essentiel a été de procéder à une évaluation et à une synthèse des lignes directrices internationales afin de déterminer si ces pratiques pouvaient être adaptées au contexte britannique.

1.27 Reconnaissant que certains aspects de la prestation des services n'étaient pas abordés dans les lignes directrices et que plusieurs pays avaient modifié leurs approches depuis la rédaction de leurs lignes directrices, une enquête a été menée auprès des cliniques de genre pour enfants et adolescents, tant au Royaume-Uni qu'au sein des pays de l'UE. L'objectif était d'identifier la diversité des services offerts dans des pays ayant des systèmes de santé similaires, tout en étudiant la cohérence ou les divergences dans les pratiques.

1.28 Les résultats de l'évaluation des lignes directrices et de l'enquête internationale sont détaillés tout au long de ce rapport.

Recherche quantitative

1.29 Le *Clinical Practice Research Datalink* (CPRD) recueille des données anonymisées de patients provenant d'un réseau de cabinets de médecine générale à travers le Royaume-Uni pour soutenir les études cliniques. Depuis plus de 30 ans, la recherche utilisant les données et les services du CPRD a contribué à orienter les recommandations cliniques et les meilleures pratiques.

1.30 Le rapport préliminaire « Épidémiologie et résultats pour les enfants et les jeunes avec dysphorie de genre : Étude de cohorte rétrospective » (Annexe 5), commandé par l'Examen, a utilisé des données primaires et secondaires provenant du CPRD.

1.31 L'objectif global était d'utiliser les dossiers de soins primaires électroniques pour décrire l'épidémiologie de la dysphorie de genre chez les personnes âgées de 18 ans et moins en Angleterre de 2009 à 2021.

Encart explicatif 3

Études qualitatives versus quantitatives

- La recherche quantitative génère des données numériques ou mesurables, tandis que la recherche qualitative génère des informations sur les expériences subjectives, les sentiments et les pensées. Les deux types de recherche apportent une contribution unique aux réflexions sur la prestation de services, les options de traitement et les soins centrés sur le patient.
- Les méthodes de réalisation de la recherche qualitative sont aussi rigoureuses que les méthodes de recherche quantitative, et nécessitent également l'identification d'une question, puis la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, bien que les données soient basées sur des entretiens plutôt que sur des chiffres.

Étude de couplage de données

1.32 Peu d'informations sont disponibles sur le suivi des enfants et des jeunes ayant eu recours au Service de développement de l'identité de genre (GIDS) et sur l'impact des traitements ou interventions qui leur ont été proposés.

1.33 Une étude de couplage de données, utilisant les données du NHS, a été commandée afin d'améliorer la qualité et le niveau des preuves concernant leur prise en charge, en exploitant les données existantes du NHS. Les données provenant du GIDS, des unités hospitalières, des cliniques ambulatoires, des services d'urgence et des cliniques de dysphorie de genre pour adultes (GDC) seraient utilisées pour suivre les parcours de tous les enfants et jeunes (environ 9 000) orientés vers le GIDS à travers le système et fournir une base de preuves sur les différents parcours et les résultats observés.

1.34 Les objectifs énoncés dans le protocole de l'étude étaient :

- i. Décrire les caractéristiques cliniques et démographiques de cette population d'enfants et leur prise en charge dans le GIDS ;
- ii. Évaluer les résultats intermédiaires de cette population d'enfants en utilisant les données nationales des soins de santé.

1.35 Des difficultés ont été rencontrées pour faire progresser cette étude et les résultats ne sont pas disponibles pour orienter ce rapport. Pour plus de détails : Chapitre 15 et Annexe 4.

Recherche qualitative

1.36 L'Examen a commandé un projet de recherche qualitative participative dans le but de comprendre l'ensemble des expériences et des résultats pour les jeunes avec dysphorie de genre. Cette recherche a utilisé des méthodes rigoureuses et reconnues au niveau international, appropriées pour la recherche qualitative.

1.37 Elle s'est concentrée sur l'expérience des enfants, des jeunes et des jeunes adultes confrontés à la dysphorie ou à la détresse de genre, en recueillant leurs points de vue sur leurs parcours, ainsi que leurs opinions sur la façon dont les services pourraient et devraient être dispensés à l'avenir, en identifiant les obstacles et les éléments facilitant la mise en place de ces soins.

1.38 L'étude a également recueilli les points de vue des parents/tuteurs et des professionnels proposant ces services, concernant les parcours actuels d'orientation, d'évaluation et de prise en charge qui s'offrent à eux.

1.39 Les objectifs de l'étude étaient :

- i. Évaluer la manière dont les enfants, jeunes et jeunes adultes appréhendent, réagissent et composent avec la dysphorie/détresse et l'inconfort liés au genre, dans le contexte de leurs réseaux sociaux ;
- ii. Analyser les points de vue, les compréhensions et les réponses des parents (ou des soignants), y compris la manière dont ils soutiennent leur enfant ;
- iii. Étudier le vécu des enfants, des jeunes, des jeunes adultes et de leurs familles face aux options actuelles d'orientation, d'évaluation et de traitement éventuel au sein du service spécialisé national d'orientation, d'évaluation et (éventuel) de traitement ;
- iv. Analyser le rôle et les expériences des professionnels de santé impliqués dans leur suivi, ainsi que les points de vue communs et potentiellement divergents sur ce qui constitue des soins optimaux.

Implication des parties prenantes

1.40 En plus de la recherche qualitative formelle, un vaste programme d'implication proactive a servi de base à l'Examen.

1.41 Les organisations militantes ont insisté sur l'importance de créer des espaces sûrs pour entendre la voix des jeunes au cœur de l'Examen. Ces espaces devraient leur permettre de se sentir protégés, de recevoir du soutien avant, pendant et après leur participation, et de prendre part à des discussions sur des sujets où ils peuvent véritablement éclairer et influencer les décisions.

1.42 La sensibilité du sujet, couplée à un débat public intense, a rendu certaines méthodes habituellement utilisées pour ce type d'examen inappropriées. En effet, l'un des principaux défis de l'Examen a été la difficulté à avoir un débat ouvert et honnête, car les personnes aux opinions divergentes pouvaient se sentir mal à l'aise de partager le même espace.

Il était donc essentiel de concevoir et de planifier soigneusement les occasions permettant aux individus de s'exprimer.

1.43 Une approche mixte a été adoptée, avec un focus sur deux groupes de parties prenantes :

- les personnes ayant une expérience vécue pertinente (directement ou en tant que parent/tuteur) ainsi que les organisations travaillant avec des enfants et des jeunes LGBTQ+ ;
- les professionnels de santé et autres professionnels concernés intervenant auprès d'enfants/jeunes au sein des services de genre et au-delà.

1.44 Dans l'ensemble, l'Examen a rencontré plus de 1 000 individus, certains lors de réunions individuelles et d'autres lors de rencontres spécifiques sur des sujets particuliers ou axées sur la sensibilisation et l'amélioration de la compréhension des enjeux parmi les parties intéressées et les organisations. Voici un aperçu des dispositifs utilisés.

Figure 8 : Méthode d'implication proactive



Implication de personnes avec une expérience vécue

Témoignages personnels

1.45 Dans les premières étapes de ce travail, l'équipe a rencontré des individus ayant réalisé des enquêtes comparables afin d'apprendre de leurs démarches pour garantir que les opinions des personnes concernées soient prises en compte. Une réflexion a été menée sur les avantages d'un appel ouvert à témoignages. Toutefois, contrairement aux enquêtes publiques formelles, aucune valeur légale n'aurait été attribuée aux informations recueillies. Il a été reconnu qu'en l'absence de processus formel ou de capacité d'analyse des soumissions et de validation de leur authenticité, l'Examen risquait de susciter des attentes élevées, tout en collectant un grand nombre d'informations sensibles qu'il ne pourrait pas traiter de manière efficace.

1.46 Malgré cela, l'Examen a reçu plusieurs témoignages écrits d'individus qui ont partagé leurs expériences en lien avec les services de genre ou leur exploration de l'identité de genre. Bien qu'il n'y ait pas eu de processus formel d'analyse de ces témoignages, toutes ont été évaluées par l'Examen afin de vérifier si les problématiques soulevées étaient en accord avec celles entendues par d'autres sources ou si elles étaient nouvelles et pertinentes. Dans ce dernier cas, l'individu a été invité à être entendu.

Sessions d'échange (expérience vécue et professionnelle)

1.47 La présidente de l'Examen a organisé des séances d'échange hebdomadaires pour entendre directement les personnes concernées (personnes s'identifiant comme transgenres, non binaires, de genre fluide et/ou ayant traversé une période de remise en question de leur genre) ou leur entourage (parent/aidant d'un enfant ou jeune en questionnement de genre, ou professionnel ayant une expérience directe et pertinente de travail avec ces enfants et jeunes). Ces séances confidentielles ont fourni à l'Examen un aperçu inestimable sur la manière dont les services sont actuellement vécus. Elles ont également permis de mieux appréhender les expériences positives du quotidien de personnes trans ou de genre

divers, ainsi que les incertitudes, complexités et défis auxquels sont confrontés les enfants, les jeunes et leurs familles/aidants.

Groupes de discussion - (expérience vécue)

1.48 À l'automne 2022, l'équipe de l'Examen a organisé une série de groupes de discussion sur l'étude de couplage des données proposée. En raison des âges des personnes dont les données seraient utilisées pour la recherche, et de la crainte que les groupes de discussion puissent attirer des personnes n'étant pas concernées par l'objet de l'étude, il a été jugé inapproprié de lancer une invitation ouverte. Les groupes ont donc été promus par le biais du groupe des parties prenantes du GIDS, des services financés par le NHS ainsi que par des organisations militantes. Bien que cela ait limité la capacité de l'équipe à recruter des participants, cela a permis de garantir que les séances se déroulent dans un environnement sûr et protégé.

1.49 Au printemps 2023, pour surmonter les difficultés de recrutement précédentes, l'Examen a commandé (par le biais d'un appel d'offres) à six organisations militantes de mettre en place 18 groupes de discussion afin de mieux comprendre les réflexions et les idées des jeunes et des adultes (âgés de 14 à 30 ans) ayant une expérience vécue. Cette approche a été adoptée car les organisations mandatées avaient accès au public cible et étaient en mesure de fournir un environnement favorable dans lequel les participants se sentaient à l'aise et confiants pour s'exprimer librement.

1.50 L'Examen a développé trois ensembles de questions à explorer dans les groupes :

- expériences passées et actuelles des services, y compris l'évaluation, le diagnostic et les attentes vis-à-vis des professionnels ;
- réflexions et idées sur les services futurs, notamment l'emplacement, l'environnement, le suivi et les interventions auxquelles ils souhaiteraient avoir accès ;
- besoins d'information et de soutien plus large.

[Voir le résumé du rapport](#)

Réunions régulières avec les organisations militantes

1.51 L'Examen a régulièrement échangé avec des organisations militantes dont le soutien aux jeunes en questionnement de genre constitue une mission principale ou un aspect important de leur travail. Des réunions distinctes ont été organisées avec chaque organisation pour favoriser des échanges ouverts et honnêtes. Ces interactions bidirectionnelles ont permis à l'Examen de mieux comprendre comment les usagers perçoivent les services et les changements de politique, tout en donnant aux organisations une meilleure compréhension du travail de l'Examen.

Implication des professionnels

1.52 L'Examen a reçu une contribution significative de la part des professionnels sous diverses formes, notamment des séances d'écoute, des événements de groupe et des ateliers (par exemple, pour tester la réflexion sur le modèle de service futur proposé). Les présentations et discussions avec différents groupes professionnels lors de conférences ou sessions de formation ont permis de sensibiliser l'Examen aux enjeux et dilemmes des soins cliniques. Cela a aussi permis à un plus grand nombre de professionnels de poser des questions, de partager leurs expériences et de contribuer aux réflexions. Par ailleurs, l'Examen a maintenu un dialogue régulier avec les responsables des principaux *Royal Colleges* et organismes professionnels.

Groupe d'Experts Cliniques (*Clinical Expert Group*)

1.53 Un *Clinical Expert Group* a été formé pour évaluer la force des preuves et des conclusions du programme de recherche de l'Examen, et aider l'Examen à parvenir à un consensus clinique lorsque les preuves étaient inexistantes ou limitées. Les membres comprenaient des spécialistes suivant des enfants et les adolescents en lien avec le genre, le développement, la santé physique et mentale, la protection de l'enfance et l'endocrinologie.

Tables rondes thématiques

1.54 Des discussions en table ronde ont été organisées avec des experts sur divers sujets afin d'explorer des questions spécifiques de manière approfondie. Ces tables rondes ont porté sur :

- l'intersection de la santé mentale, du développement psychosexuel et de la détresse liée au genre ;
- la protection de l'enfance ;
- les ressources humaines ;
- les enseignements tirés de l'expérience vécue.

1.55 Les résultats de ces discussions sont pris en compte tout au long de ce rapport.

Panel professionnel et enquête auprès des spécialistes du genre

1.56 À l'automne 2021, afin de mieux comprendre les défis rencontrés et d'établir un état des lieux des compétences, des capacités et de la confiance des professionnels travaillant en dehors des services de genre, un panel professionnel en ligne a été mis en place. Ce panel a exploré les questions liées aux services d'identité de genre pour les enfants et les jeunes et a participé à des activités hebdomadaires, individuelles ou de groupe, pendant six semaines. Voir le résumé du rapport.

[Voir le résumé du rapport](#)

1.57 À la suite de la conclusion du panel professionnel, l'Examen a mené une enquête en ligne auprès de spécialistes du genre - cliniciens et professionnels associés travaillant principalement ou exclusivement avec des enfants et des jeunes ayant besoin de soutien concernant leur identité de genre. L'enquête comportait des questions spécifiques aux services, tout en cherchant à refléter et tester certains éléments entendus par des spécialistes lors de ses sessions d'échange et par des professionnels de soins primaires et secondaires ayant participé aux activités du panel professionnel.

[Voir le résumé du rapport](#)

1.58 Les résultats de ces activités ont été rapportés dans le rapport intermédiaire (4.29-4.39) et ont continué à éclairer notre travail.

Implication des spécialistes du genre

1.59 Le personnel ayant travaillé au sein du GIDS possède la majeure partie de l'expérience clinique avec ces enfants et ces jeunes.

1.60 Dès le début de l'Examen, l'équipe a mis en place des réunions bimensuelles avec les responsables cliniques et gestionnaires du GIDS, pour encourager des échanges ouverts, discuter des défis rencontrés et envisager des solutions.

1.61 L'Examen s'est appuyé sur les connaissances, l'expertise et l'expérience du GIDS de plusieurs manières. Des membres du personnel clinique expérimentés ont participé à des ateliers organisés par l'Examen et deux professionnels expérimentés du GIDS ont siégé au *Clinical Expert Group* de l'Examen.

1.62 Outre l'enquête auprès des spécialistes du genre, de nombreux professionnels du GIDS (actuels et anciens) ont partagé leur expérience et leurs réflexions lors de sessions d'échange individuelles, et leurs idées ont été précieuses pour mieux comprendre les défis et les opportunités liés à l'élaboration d'une nouvelle approche.

1.63 Dans les dernières étapes, l'Examen a organisé des groupes de discussion avec le personnel du GIDS pour tester et développer une réflexion émergente sur un certain nombre de domaines clés :

- i. Main-d'œuvre et formation ;
- ii. Offre de soins ;
- iii. Parcours et travail avec le système élargi.

1.64 L'Examen s'est également engagé auprès de professionnels travaillant dans des services de genre dans d'autres pays.

Résumé

1.65 Les forces et les faiblesses de la base de preuves concernant les soins apportés aux enfants et aux jeunes sont souvent mal interprétées et exagérées, tant dans les publications scientifiques que dans les débats sociaux. L'évaluation systématique des preuves a été au cœur de l'approche de l'Examen.

1.66 Entendre directement les enfants et les jeunes au centre de cet Examen, ainsi que leurs parents et les professionnels des services qui s'efforcent de les soutenir, a permis de recueillir des informations précieuses sur la manière dont les services sont actuellement dispensés et perçus. Cela a grandement enrichi la compréhension de l'Examen concernant les expériences positives de vivre en tant que personne transgenre ou de genre divers, tout en mettant en lumière les incertitudes, les complexités et les défis rencontrés.

1.67 Synthétiser les idées issues de ces différentes activités s'est avéré complexe. Dans certains domaines, il n'y a pas de consensus clair, et il est difficile de parvenir à un accord lorsque les points de vue sont aussi polarisés.

1.68 Il existe parfois un décalage entre les attentes des usagers, de leurs familles, et ce que le NHS est en mesure de fournir. Dans ces situations, l'Examen a dû se questionner sur ce qui constitue une pratique standard au sein du NHS, puis déterminer s'il existe des raisons justifiées et raisonnables pour que les services destinés à cette population fonctionnent différemment.

1.69 Ce rapport présente les enseignements tirés de l'Examen et propose des recommandations sur le fonctionnement futur des services. Un résumé des preuves sous-jacentes à chaque domaine abordé est également fourni, avec des liens vers les documents correspondants lorsque cela est possible.

Contexte



2. Historique des services de genre pour les enfants et les jeunes

2.1 Cet Examen concerne les services destinés aux enfants et aux jeunes qui éprouvent une incongruence/dysphorie de genre ou un malaise lié au genre. Cependant, l'évolution des soins pour ce groupe, ainsi que certains des dilemmes qui en ont émergé, doivent être compris dans le contexte plus large de la lutte que les personnes transgenres ont affrontée - et continuent d'affronter - pour accéder aux soins et à la compréhension de leurs besoins.

2.2 Des débats polarisés existent autour d'un ensemble de questions sociétales impliquant les personnes transgenres au Royaume-Uni, allant de l'utilisation d'espaces réservés à un sexe spécifique à la participation aux sports. Bien que ces questions ne relèvent pas de cette Examen, elles influencent les jeunes en questionnement de genre en raison de la rigidité clivante des opinions et de la toxicité qui en résulte. Les services pour enfants et jeunes ont évolué dans ce contexte plus large, et chaque personne impliquée dans ce travail a été et continue d'être affectée par ce débat.

Services précoces de genre pour les enfants et les jeunes

2.3 Les services pour les enfants et les jeunes présentant une incongruence de genre ont débuté au milieu des années 1970 au Canada, et en 1987 aux Pays-Bas. Il est nécessaire de comprendre les premières populations ayant eu accès à ces services pour saisir comment ces services ont évolué au cours des dernières années.

2.4 Le Service de Développement de l'Identité de Genre (GIDS) a été établi en 1989 par Domenico Di Ceglie à l'hôpital St George, à Londres, avant de déménager vers la *Tavistock and Portman NHS Foundation Trust*. Au départ, le nombre de patients était faible (moins de 10 par an durant les premières années), les garçons prépubères constituant le groupe le plus important.

2.5 L'accent principal des premiers services était mis sur le travail thérapeutique avec les enfants et les familles, et seulement une petite proportion d'enfants présentant une incongruence de genre persistante était orientée vers un traitement hormonal à partir de l'âge de 16 ans.

2.6 Plusieurs études de cette période (Green et al., 1987 ; Zucker, 1985) ont suggéré qu'une minorité (environ 15 %) des enfants prépubères présentaient une incongruence de genre persistant à l'âge adulte. La majorité de ces enfants devenaient des adultes cisgenres homosexuels. Ces premières études ont été critiquées car tous les enfants n'avaient pas reçu un diagnostic formel d'incongruence de genre ou de dysphorie de genre, mais une revue de la littérature (Ristori & Steensma, 2016) a noté que des études ultérieures (Drummond et al., 2008 ; Steensma & Cohen-Kettenis, 2015 ; Wallien et al., 2008) ont également trouvé des taux de persistance de 10 à 33 % dans des cohortes ayant satisfait aux critères diagnostiques formels lors de l'évaluation initiale, et ayant bénéficié de périodes de suivi plus longues. À cette époque, on estimait que si la dysphorie de genre persistait ou s'intensifiait après la puberté, il était probable que le jeune développe une identité transgenre à l'âge adulte (Steensma et al., 2011).

Émergence du Protocole Néerlandais

2.7 L'approche du traitement a évolué avec l'émergence du « protocole néerlandais » (*Dutch Protocol*), développé par le Dr Peggy Cohen-Kettenis, fondatrice de la clinique d'Utrecht. L'une des motivations pour développer des services de soins de genre pour les enfants était la reconnaissance des résultats de santé mentale défavorables chez la population adulte transgenre, dont une grande partie était attribuée au stress minoritaire et aux difficultés à être perçu (*passing*) dans le genre préféré (Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1998).

2.8 En 1998, une étude de cas unique (Cohen-Kettenis & Van Goozen, 1998) a décrit une transition de femme à homme où des bloqueurs de puberté ont été administrés à l'âge de 13 ans. La raison de cette approche était double : renforcer la procédure de diagnostic en gagnant du temps pour réfléchir et pour améliorer le *passing* dans le genre préféré à long terme.

2.9 Le *Dutch Protocol* a été davantage développé dans un article en 2006 (Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006) : à ce moment-là, 54 patients étaient en traitement. En 2011, l'équipe néerlandaise a publié une étude prospective (de Vries et al., 2011b) portant sur 70 patients ayant reçu un traitement précoce avec des bloqueurs de puberté entre 2000 et 2008. Les critères d'inclusion stipulaient que les patients devaient avoir au moins 12 ans, souffrir d'une dysphorie de genre persistante qui s'était intensifiée autour de la puberté, être psychologiquement stables sans troubles psychiatriques graves susceptibles d'interférer avec le processus de diagnostic, et bénéficier du soutien familial. Les auteurs ont abordé le défi posé par les adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) pour démêler « si la dysphorie de genre découle d'un sentiment général de se sentir simplement "différent" ou si une véritable identité de genre "intrinsèque" existe réellement ».

2.10 Les 70 patients de l'étude (de Vries et al., 2011b) faisaient partie d'un groupe plus large de 111 cas orientés pour des bloqueurs de puberté. Ils ont été sélectionnés car ils étaient prêts à commencer la prochaine étape du traitement avec des hormones de masculinisation ou de féminisation. Parmi eux, 89 % étaient attirés par le même sexe, la plupart étant bisexuels, et un seul patient était exclusivement hétérosexuel. Les résultats des 41 cas restants n'ont pas été rapportés.

2.11 Pendant la suppression de la puberté, la dysphorie corporelle est restée inchangée, tandis que les problèmes comportementaux et émotionnels ont diminué, et le fonctionnement général s'est amélioré. Cependant, tous les participants n'ont pas complété les questionnaires après le traitement (59 à 73 % selon les mesures), ce qui complique l'interprétation des résultats.

2.12 Un facteur de confusion (*confounding factor*) est que tous les patients de ce service étaient régulièrement suivis par un psychiatre ou psychologue pendant le traitement : il est donc difficile de séparer les effets thérapeutiques de ces séances du rôle des bloqueurs de puberté seuls.

Encart explicatif 4

Dutch Protocol

Âge minimum de 12 ans, une dysphorie de genre persistante ayant augmenté autour de la puberté, psychologiquement stable sans troubles psychiatriques comorbides graves pouvant interférer avec le processus de diagnostic, et avec un soutien familial.



Évolution vers un modèle affirmatif

2.13 En 2007, Norman Spack a établi une clinique à Boston, aux États-Unis, s'inspirant du protocole néerlandais, et a commencé à prescrire des bloqueurs de puberté dès le début de la puberté (stade 2 de Tanner).

2.14 La pratique aux États-Unis a commencé à diverger des modèles de soins du Canada et des Pays-Bas, adoptant plutôt un modèle affirmatif de genre préconisé par Diane Ehrensaft (Ehrensaft, 2017). Elle a décrit les trois approches comme suit (Ehrensaft, 2017) :

- « Le 1^{er} modèle, représenté par le travail des Drs Susan Bradley et Ken Zucker [Canada], suppose que les jeunes enfants ont des cerveaux de genre malléables, pour ainsi dire, et que les objectifs de traitement peuvent inclure l'aide à un jeune enfant pour accepter le genre correspondant au sexe qui lui a été assigné à la naissance.
- Le 2^e modèle, illustré par le travail des praticiens aux Pays-Bas, admet qu'un enfant peut avoir connaissance de son identité de genre à un âge précoce, mais qu'il devrait attendre l'adolescence avant de s'engager dans une transition complète d'un genre à un autre.
- Le 3^e modèle, représenté par un consortium international de théoriciens et praticiens affirmatifs de genre, reconnaît qu'un enfant de tout âge peut être conscient de son identité authentique et bénéficiera d'une transition sociale à n'importe quel stade de son développement. »

2.15 Le troisième modèle - le « modèle affirmatif » - est devenu dominant dans de nombreux pays. En conséquence, certains services de genre se sont éloignés d'une approche plus exploratoire, qualifiée par certaines organisations militantes comme un modèle de « contrôle d'accès » (*gatekeeping*).

2.16 Il est important de noter que le personnel du GIDS nous a indiqué que dans leur pratique, un modèle affirmatif peut inclure le respect de l'expérience et de la perception que le jeune a de lui-même tout en explorant cette expérience dans une relation thérapeutique non directive.

Utilisation des bloqueurs de puberté au Royaume-Uni

2.17 L'approche de « l'attente vigilante » (*watchful waiting*) a continué au Royaume-Uni jusqu'en 2011, lorsque des essais de bloqueurs de puberté ont été réalisés dans le cadre d'un protocole de recherche : l'« étude d'intervention précoce » (*early intervention study*). Il s'agissait d'une étude non contrôlée avec des critères d'inclusion conformes au protocole néerlandais original et des mesures de résultats similaires. Il est regrettable qu'une étude contrôlée n'ait pas été menée par l'équipe du Royaume-Uni, étant donné qu'il s'agissait de la seule tentative formelle de reproduire l'approche néerlandaise en utilisant des mesures de résultats directement comparables. L'utilisation des mêmes méthodes que l'étude d'observation néerlandaise implique que les mêmes limitations s'appliquent ; c'est-à-dire la confusion entre les interventions endocriniennes et psychothérapeutiques et un taux d'attrition significatif lors du suivi.

Early intervention study

2.18 Entre 2011 et 2014, 44 patients âgés de 12 à 15 ans ont été recrutés pour l'« étude d'intervention précoce ». Des résultats préliminaires ont été présentés :

- au conseil du *Tavistock and Portman NHS Foundation Trust* en 2015 (documents du *Tavistock and Portman NHS Foundation Trust*, 2015), à ce moment-là, les patients avaient reçu au moins un an de traitement ;
- à la [conférence de 2016](#) de L'Association Mondiale Professionnelle pour la Santé des personnes Transgenres (WPATH), lorsque tous les patients avaient été suivis pendant au moins deux ans.

2.19 Contrairement au groupe néerlandais, les résultats préliminaires du Royaume-Uni n'ont pas montré d'amélioration du bien-être psychologique, et en fait, certaines personnes de sexe féminin à la naissance ont connu une aggravation des problèmes « internalisés » (dépression, anxiété) selon les déclarations de parents.

Les réponses à la *Youth Self Report Scale* ont montré une augmentation significative après un an de traitement du nombre d'adolescents déclarant que l'affirmation « J'essaie délibérément de me blesser ou de me tuer » était « parfois vraie », en particulier parmi les personnes de sexe féminin à la naissance (documents du *Tavistock and Portman NHS Foundation Trust*, 2015).

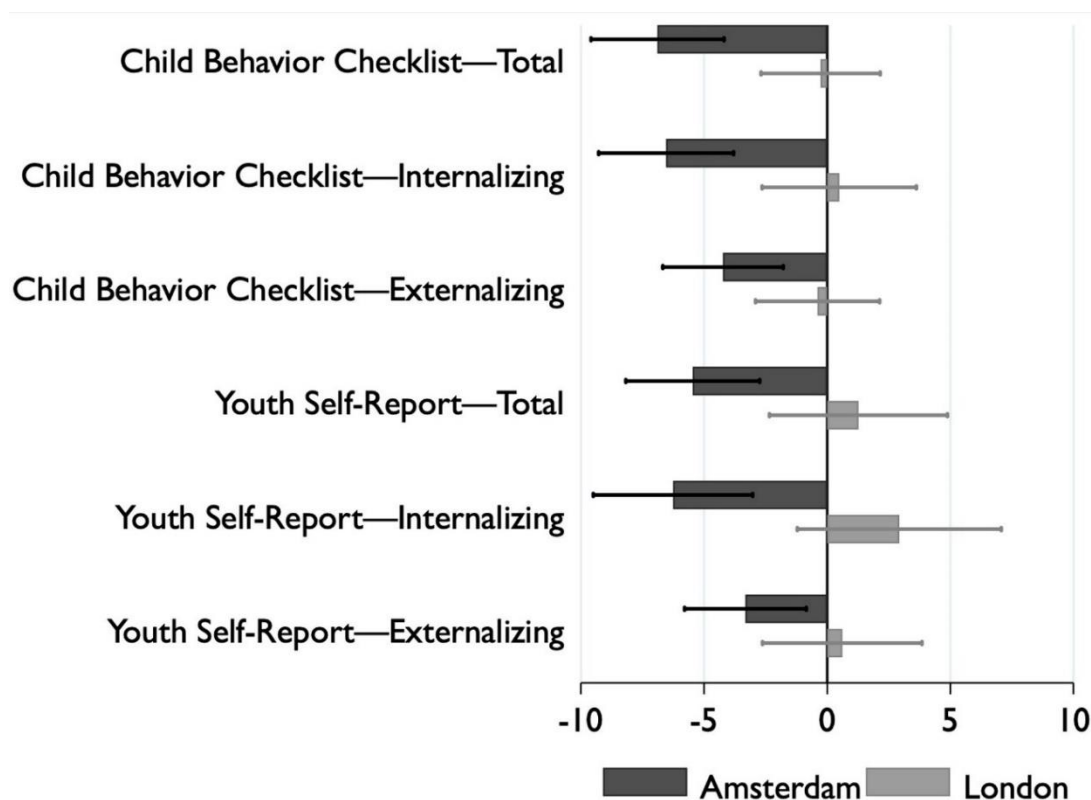
2.20 Les résultats de l' « étude d'intervention précoce » n'ont été publiés en préimpression qu'en décembre 2020 (Carmichael et al., 2021). Aucune variation statistiquement significative n'a été observée dans les mesures de dysphorie de genre ou de santé mentale pendant la prise de bloqueurs de puberté, et 98 % des participants ont poursuivi avec des hormones masculinisantes ou féminisantes.

2.21 Une analyse secondaire des données provenant des études néerlandaise et britannique a montré que les deux groupes étaient similaires au départ sur les principales mesures de santé mentale utilisées pour évaluer les changements

(Biggs, 2022). La figure 9 illustre le niveau d'amélioration dans la cohorte néerlandaise et l'absence d'amélioration dans la cohorte britannique après la suppression de la puberté. Les raisons de cette différence ne sont pas claires, mais elles pourraient être liées à d'autres différences de base entre les deux échantillons ou à des variations dans la qualité des soins fournis par les deux cliniques.

2.22 Une réanalyse ultérieure de l'étude d'intervention précoce (McPherson & Freedman, 2023), utilisant les données anonymisées originales de l'étude, a pris en compte la direction des changements dans les résultats de santé mentale pour chaque jeune plutôt que de se contenter de rapporter des moyennes de groupe. Cette analyse secondaire a révélé que 37 à 70 % des participants n'expérimentent aucun changement fiable dans leur détresse au fil du temps, 15 à 34 % se détériorent et 9 à 29 % montrent une amélioration fiable.

Figure 9 : Évolution du fonctionnement psychologique après suppression pubertaire par analogues de la GnRH [bloqueurs de puberté].



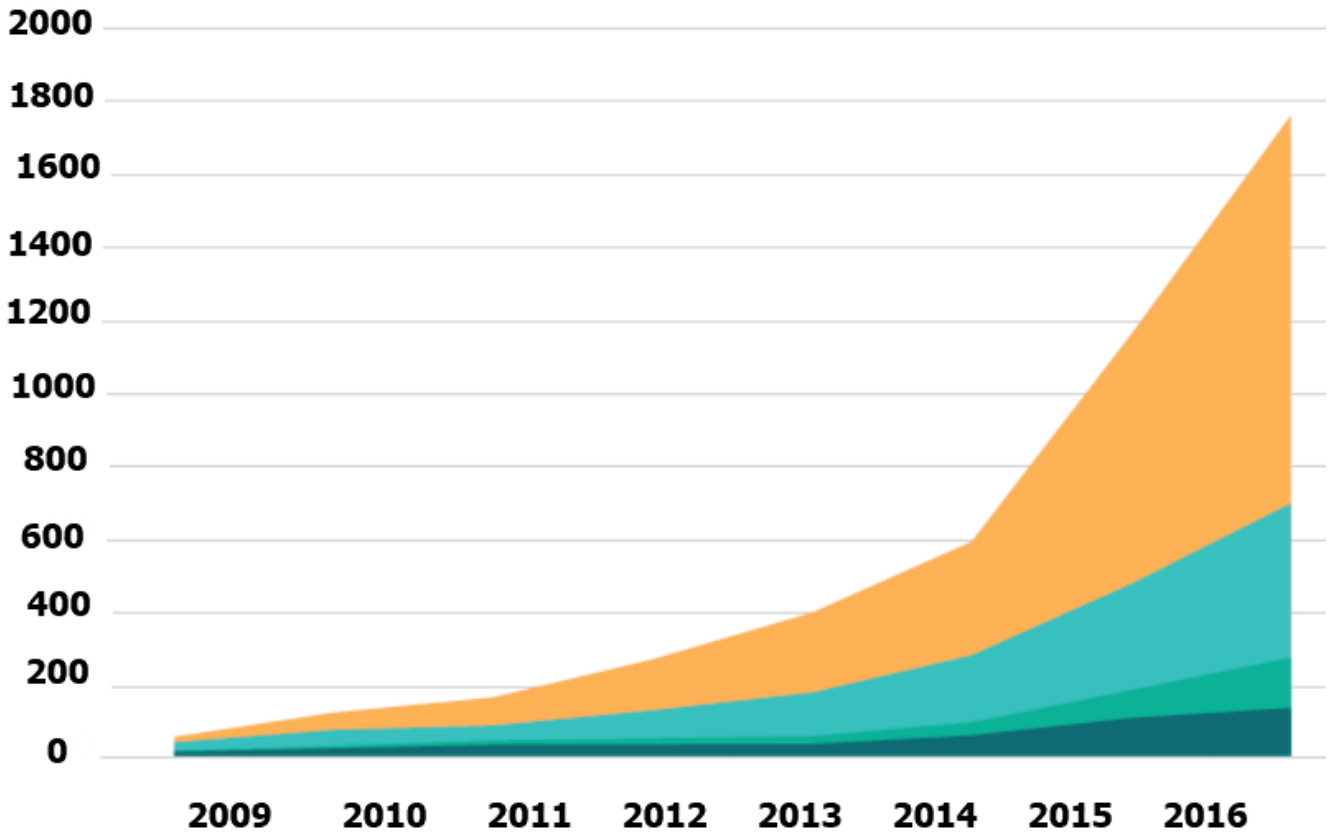
Source: Biggs, M. (2022). *The Dutch protocol for juvenile transsexuals: Origins and evidence*. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(4), 348-368. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2022.2121238>.
 Published with license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>) by Taylor & Francis Group, LLC.

Recherche sur la pratique courante

2.23 Comme le souligne le rapport intermédiaire, en 2014, le nombre d'orientations a commencé à croître de manière exponentielle au Royaume-Uni, avec un plus grand nombre de filles se présentant tôt durant leur adolescence (Figure 10).

2.24 À partir de 2014, les bloqueurs de puberté sont passés d'un protocole réservé à la recherche à une disponibilité dans le cadre de la pratique clinique courante. À la lumière des résultats précédents, la justification de ce changement reste floue.

Figure 10 : Ratio fille/garçon chez les enfants et adolescents orientés au GIDS au RU (2009-16)



| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Adolescents F | 15 | 48* | 78* | 141* | 221* | 134* | 689* | 1071* |
| Adolescents M | 24 | 44* | 41 | 77 | 120* | 185* | 293* | 426* |
| Enfants F | 2 | 7 | 12 | 17 | 22 | 36 | 77* | 138* |
| Enfants M | 10 | 19 | 29 | 30 | 31 | 55 | 103* | 131 |

AFAB = Assigné femme à la naissance

AMAB = Assigné homme à la naissance

*Indique $p < 0,05$, ce qui montre une augmentation significative des orientations par rapport à l'année précédente.

Source : Graphique adapté de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009-2016). *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1301-1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>, with permission from Springer Nature.

2.25 De plus, les critères d'inclusion stricts du protocole néerlandais n'ont plus été respectés, et des bloqueurs de puberté ont été administrés à un éventail plus large d'adolescents que ceux qui auraient satisfait aux critères d'inclusion dans les études néerlandaise ou britannique. Cela comprenait des patients sans antécédents de dysphorie de genre avant la puberté, ainsi que des personnes présentant un trouble du neurodéveloppement et des problématiques de santé mentale complexes.

2.26 À sa création, le NHS England a pris en charge la responsabilité de l'organisation de services pour les enfants et les jeunes avec dysphorie de genre. Les services de genre pour les enfants et les jeunes sont considérés comme des services hautement spécialisés ; ces services, destinés à des conditions très rares et/ou complexes, sont généralement fournis à un maximum de 500 patients par an. En raison du faible nombre de patients, ces services sont dispensés dans un nombre limité d'hôpitaux, ce qui permet aux cliniciens de maintenir leur expertise.

2.27 En 2016, NHS England a mis à jour le cahier des charges (*service specification*) du GIDS, qui définit ce qu'un prestataire de soins de santé doit délivrer (NHS England, 2019). Le *Tavistock and Portman NHS Foundation Trust* a été recontracté pour fournir ce service.

2.28 Le cahier des charges décrivait un service thérapeutique offrant un « suivi psychologique/psychosocial visant à améliorer le bien-être et la résilience du client » ainsi qu'une « exploration thérapeutique du développement de l'identité de genre et de l'expression de genre, y compris en relation avec la situation familiale, sociale et culturelle du client » (NHS England, 2019).

2.29 Le cahier des charges reconnaissait que « les preuves de recherche concernant les impacts à long terme de certains traitements sont limitées et en cours de développement, et que tous les clients avec [dysphorie de genre] ne choisissent pas nécessairement d'avoir des interventions physiques ». Reconnaissant cette incertitude, il a

été établi que « les bloqueurs hormonaux seront considérés comme un traitement approprié en complément d'une intervention psychologique » (NHS England, 2019).

2.30 Le cahier des charges permettait l'orientation de « clients soigneusement sélectionnés qui sont au moins au stade 2 de Tanner de la puberté et âgés de 15 ans maximum » vers la clinique d'intervention précoce de l'équipe de liaison en endocrinologie pédiatrique. La spécification stipulait que « la clinique d'intervention précoce continuera de suivre le protocole de recherche de 2011 du service, qui, après évaluation, est désormais devenu une pratique établie, à l'exception du fait que les bloqueurs hormonaux seront désormais envisagés pour tout enfant de moins de 12 ans s'il est en puberté établie » (NHS England, 2019).

2.31 Il semble par la suite que la pratique clinique se soit éloignée des paramètres définis dans le cahier des charges, qui exigeait que les critères restreints du protocole de recherche de 2011 soient respectés lors de l'évaluation d'une intervention médicale. L'adoption d'un traitement médical comportant des risques incertains, basé sur une étude non publiée qui n'a pas démontré de bénéfice clair, constitue un écart par rapport à la pratique clinique normale.

2.32 Cela, combiné à la longue attente pour la publication des résultats de l'« étude d'intervention précoce », a probablement eu un impact sur les attentes des patients concernant les bénéfices de l'intervention et sur la demande subséquente de traitement.

2.33 L'Examen s'est concentré sur le futur service et n'avait pas pour mission d'explorer en détail les facteurs ayant contribué à la nécessité d'un examen indépendant.

2.34 Cependant, il y a clairement des leçons à tirer par tous sur la manière et les raisons pour lesquelles la prise en charge de ces enfants et jeunes en est venue à dévier des pratiques habituelles du NHS, comment la pratique clinique s'est déconnectée de la base de preuves cliniques, et pourquoi les signaux d'alarme

indiquant que le modèle de prestation de services peinait à répondre à la demande n'ont pas été pris en compte plus tôt.

2.35 Un des problèmes mis en lumière est la gouvernance des pratiques cliniques innovantes. Bien que l'innovation soit essentielle à l'amélioration des soins, une bonne gouvernance clinique devrait exiger la collecte de données et de preuves avec un contrôle approprié, afin de prévenir l'introduction progressive de nouvelles pratiques sans surveillance adéquate.

3. Pourquoi cet Examen ?

3.1 En janvier 2020, un groupe de travail sur les politiques (*Policy Working Group*, PWG) a été constitué par NHS England pour examiner les preuves publiées concernant l'utilisation des bloqueurs de puberté et des hormones de masculinisation/féminisation chez les enfants et les jeunes avec dysphorie de genre, afin d'éclairer une position politique sur leur utilisation future.

3.2 Face à la polarisation de plus en plus évidente parmi les professionnels de la santé, Dr Cass a été désigné pour présider le groupe en tant que clinicien senior n'ayant aucune implication antérieure ni opinion préconçue dans ce domaine.

NHS England Policy Working Group (PWG)

3.3 Le PWG était composé de :

- 2 membres seniors de l'équipe GIDS,
- 3 endocrinologues travaillant dans les services de genre associés,
- 3 représentants ayant une expérience vécue,
- des représentants du *Royal College of Paediatrics and Child Health* et du *Royal College of Psychiatrists*,
- un pédopsychiatre et chercheur,
- un chercheur en soins de 1^{re} ligne,
- un éthicien académique.

Personnel de NHS England :

- un consultant en santé publique,
- le responsable national de la protection de l'enfance,
- le responsable senior des pharmacies,
- des membres pertinents de l'équipe de commande spécialisée,

3.4 Le NHS England utilise un protocole standardisé pour développer ses politiques cliniques (NHS England, 2020). La première étape consiste à définir le PICO (Population traitée, Intervention, Traitement comparateur et Résultats escomptés). Cela s'est avéré difficile, notamment en ce qui concerne la définition des résultats attendus des bloqueurs de puberté et l'identification de comparateurs appropriés pour

les interventions hormonales. Néanmoins, un consensus a été atteint sur ce qui devait être inclus dans le PICO, et par la suite, le *National Institute for Health and Care Excellence*, NICE, a été chargé d'évaluer les preuves publiées, en suivant également un protocole standardisé avec des critères stricts concernant la qualité des études pouvant être incluses (NICE, 2020a ; NICE, 2020b).

Évaluation des preuves du NICE

Bloqueurs de puberté (analogues de la GnRH)

3.5 Les questions clés pour cette revue des preuves étaient (NICE, 2020a) :

- Pour les enfants et les adolescents avec dysphorie de genre, quelle est l'efficacité clinique du traitement par des analogues de la GnRH comparée à un suivi psychologique, une transition sociale vers le genre désiré ou aucune intervention ?
- Pour les enfants et les adolescents avec dysphorie de genre, quelle est la sécurité à court et à long terme des analogues de la GnRH comparée à un suivi psychologique, une transition sociale vers le genre désiré ou aucune intervention ?

3.6 L'évaluation des preuves a examiné neuf études qui répondaient aux critères d'inclusion. Une limitation clé de toutes les études examinées était le manque d'études comparatives fiables, ainsi que l'absence de résultats attendus clairs. Toutes les études étaient de petites études observationnelles non contrôlées, et tous les résultats présentaient une faible certitude. Beaucoup n'ont pas rapporté de signification statistique.

3.7 Les études ayant rapporté un impact sur la dysphorie de genre, la santé mentale, l'image corporelle et l'impact psychosocial étaient de très faible certitude et suggéraient peu de changement par rapport à la ligne de base lors du suivi. Les études ayant rapporté des résultats sur la densité

osseuse étaient également peu fiables, de sorte qu'aucun résultat de sécurité n'a pu être confirmé.

Hormones masculinisantes/féminisantes

3.8 Les questions clés pour cette revue des preuves étaient (NICE, 2020b) :

- Pour les enfants et les adolescents avec dysphorie de genre, quelle est l'efficacité clinique du traitement par des hormones d'affirmation de genre comparée à un suivi psychologique, une transition sociale vers le genre désiré ou aucune intervention ?
- Pour les enfants et les adolescents avec dysphorie de genre, quelle est la sécurité à court et à long terme des hormones d'affirmation de genre comparée à un suivi psychologique, une transition sociale vers le genre désiré ou aucune intervention ?

3.9 Dix études d'observation non contrôlées ont répondu aux critères d'inclusion. Encore une fois, la limitation clé pour identifier l'efficacité et la sécurité des hormones d'affirmation de genre pour les enfants et les adolescents avec dysphorie de genre était le manque d'études comparatives fiables.

3.10 Les études incluses avaient un suivi relativement court, avec une durée moyenne de traitement par des hormones d'affirmation de genre comprise entre environ 1 an et 5,8 ans.

3.11 Les résultats de cinq études observationnelles non contrôlées ont suggéré que, chez les enfants et les adolescents avec dysphorie de genre, les hormones d'affirmation de genre sont susceptibles d'améliorer les symptômes de dysphorie de genre, et peuvent également améliorer la dépression, l'anxiété, la qualité de vie, le risque suicidaire et le fonctionnement psychosocial. L'impact du traitement sur l'image corporelle était incertain.

3.12 La plupart des études incluses dans cette revue n'ont pas rapporté de comorbidités et aucune étude n'a détaillé les traitements concomitants. En raison de cela, il n'est pas clair si les changements observés étaient dus aux

hormones d'affirmation de genre ou à d'autres traitements que les participants auraient pu recevoir.

Résultats des revues de preuves du PWG et du NICE

3.13 Les preuves produites par les évaluations du NICE étaient peu concluantes, au point que NHS England n'a pas pu formuler de position politique sur l'utilisation de ces médicaments.

3.14 Il était évident que, malgré le fait que les évaluations des preuves du PWG et du NICE aient constitué une avancée significative, elles n'avaient pas apporté au NHS England toutes les réponses nécessaires.

3.15 Parallèlement, les préoccupations concernant la hausse du nombre d'enfants et de jeunes remettant en question leur genre se présentant au NHS se faisaient de plus en plus pressantes. Des questions avaient également été soulevées concernant la capacité du GIDS à gérer la charge de travail, ainsi que sur la pratique clinique.

Commande de l'Examen Indépendant

3.16 La nécessité d'un examen indépendant s'est imposée face à plusieurs évolutions récentes :

- forte hausse des demandes au NHS, dépassant les capacités et entraînant des délais supérieurs à deux ans ;
changement marqué dans le profil des cas, passant principalement de garçons prépubères à des filles en période de ou post-puberté, sans explication claire ;
- introduction d'interventions médicales plus précoces et faiblesse des preuves soutenant l'utilisation des bloqueurs de puberté (l'« approche néerlandaise ») avant l'administration d'hormones masculinisantes ou féminisantes à l'âge de 16 ans ;
- manque de suivi à long terme et base de preuves insuffisante pour guider les décisions.

3.17 Cet examen indépendant a été commandé pour formuler des recommandations sur les modèles de soins, les approches de traitement appropriées, l'audit, le suivi à long terme et la recherche, ainsi que sur les besoins en personnel.

Il a également été chargé d'explorer les raisons de l'augmentation des orientations et le changement dans la démographie de la population se présentant au GIDS.



4. Contexte plus large

4.1 Depuis la commande de l'Examen, plusieurs initiatives de politique publique ont émergé qui, bien qu'elles soient en dehors du champ d'application de l'Examen, ont interféré avec son travail et pourraient influencer le suivi proposé aux jeunes à l'avenir.

4.2 Ces initiatives ont entraîné une attention publique accrue sur ces questions, créant un débat de plus en plus hostile et polarisé. Dans ce contexte, l'examen ainsi que les enfants et jeunes qui en sont au centre ont parfois été instrumentalisés ou mal représentés pour justifier différentes positions.

4.3 À certaines occasions, l'Examen a été sollicité auprès des équipes développant ces domaines politiques. Dans ces cas, l'Examen a fourni des informations fondées sur des preuves, tout en essayant de ne pas dépasser le cadre clinique de son mandat.

Affaire *Bell contre Tavistock*

4.4 En octobre 2019, un recours en justice a été déposé contre le GIDS, soulevant des préoccupations concernant l'adéquation des procédures de consentement pour le traitement hormonal, qualifié d'« expérimental » (*Bell contre Tavistock*) ([2020] EWHC 3274 (Admin)).

4.5 L'affaire portait sur la question de savoir si les procédures par lesquelles la plaignante avait été évaluée et orientée vers un traitement hormonal étaient adéquates et légales. Elle a été examinée sous forme de *Judicial Review*, procédure qui porte sur la légalité d'une pratique particulière. La Haute Cour a finalement jugé que ces processus étaient conformes à la loi.

4.6 La Haute Cour a estimé que pour qu'un enfant ait la compétence [compétence Gillick] nécessaire concernant les bloqueurs de puberté, il devait comprendre les informations suivantes ([2020] EWHC 3274 (Admin)) :

- les conséquences immédiates du traitement sur le plan physique et psychologique ;

- le fait que la grande majorité des patients prenant des bloqueurs de puberté poursuivent avec des hormones sexuelles croisées, ce qui signifie qu'il/elle est sur une voie menant à des interventions médicales beaucoup plus importantes ;
- la relation entre la prise d'hormones sexuelles croisées et les interventions chirurgicales ultérieures, ainsi que les implications de ces interventions ;
- le fait que les hormones sexuelles croisées peuvent entraîner une perte de fertilité ;
- l'impact des hormones sexuelles croisées sur la fonction sexuelle ;
- l'impact que cette étape sur ce parcours de traitement pourrait avoir sur les relations futures et à long terme ;
- les conséquences physiques inconnues de la prise de bloqueurs de puberté ;
- le fait que la base de preuves pour ce traitement est encore très incertaine.

4.7 De manière controversée, la Haute Cour a conclu qu'il serait « douteux » que les adolescents de 14 ou 15 ans possèdent une telle compétence, et « très peu probable » que les enfants de 13 ans ou moins en aient.

4.8 Cette décision de la Haute Cour a été annulée en appel ([2021] EWCA 1363 (Civ)). La Cour d'appel a critiqué la Haute Cour pour sa dépendance à des preuves contestées et pour ses directives basées sur l'âge concernant la compétence, soulignant que le principe même de Gillick stipule que le moment où un enfant peut démontrer sa compétence pour prendre une décision concernant une intervention médicale particulière est propre à chacun.

4.9 L'affaire *Bell contre Tavistock* met en évidence la nature contestée des preuves relatives aux facteurs mentionnés ci-dessus et à la compréhension nécessaire pour qu'un enfant ou un jeune puisse consentir à entrer dans un parcours hormonal.

4.10 La capacité de l'enfant ou du jeune à consentir légalement à ce traitement proposé n'est qu'un aspect de la question. Deux autres points doivent également être abordés : le jugement du clinicien concernant l'indication d'un traitement pour un patient, et les informations qu'il fournit sur les bénéfices potentiels, les risques et les alternatives.

Le rapport de la *Care Quality Commission* (CQC)

4.11 En octobre et novembre 2020, les inspecteurs de la *Care Quality Commission* (CQC) ont effectué une inspection annoncée et ciblée du GIDS en raison de préoccupations signalées par des professionnels de santé et le Commissaire aux enfants d'Angleterre. Ces préoccupations concernaient la pratique clinique, les procédures de protection de l'enfance et l'évaluation de la capacité des patients à consentir au traitement.

4.12 Le rapport de la CQC, publié en janvier 2021, a attribué au service la note globale : « inadéquat ». Le rapport a noté le haut niveau d'engagement et l'approche bienveillante du personnel, mais a identifié une série de problèmes nécessitant des améliorations. Outre les pressions croissantes sur les listes d'attente, la CQC a identifié des problèmes dans plusieurs autres domaines, y compris : l'évaluation et la gestion des risques ; les variations dans le type d'approche ; le manque de clarté et de cohérence des projets de soins ; l'absence de justification écrite claire pour la prise de décision dans des cas individuels ; et des lacunes dans la composition des équipes pour certains groupes de patients. L'enregistrement de la capacité, de la compétence et du consentement s'est amélioré depuis la mise en place de nouvelles procédures en janvier 2020 ; cependant, il restait une atmosphère dans laquelle le personnel se sentait impuissant pour signaler les problèmes.

4.13 La CQC a rapporté que lors de son inspection du GIDS, il ne semblait pas y avoir de processus d'évaluation formalisé, ni de questions standards à explorer à chacune des séances, et il n'était pas possible de dire à partir des documents

pourquoi un enfant en particulier avait été orienté en endocrinologie alors qu'un autre ne l'avait pas été. Les données récentes du GIDS indiquent qu'une majorité des enfants et jeunes suivis par le service ne sont pas dirigés vers un traitement endocrinien. Cependant, il manque des informations précises sur les autres diagnostics qu'ils reçoivent et sur le type d'aide ou de suivi dont ils pourraient avoir besoin.

4.14 En réponse à la décision originale *Bell contre Tavistock* et aux conclusions de la CQC, le NHS England a établi un *Multi-Professional Review Group* (MPRG). Sa fonction est d'examiner les cas dirigés vers l'endocrinologie pour des bloqueurs de puberté afin de déterminer si les processus convenus pour l'évaluation et le consentement éclairé ont été correctement suivis. Le résultat de la décision de la Cour d'Appel dans l'affaire Bell n'a pas modifié cette exigence, compte tenu des préoccupations soulevées par la CQC concernant le consentement, la documentation et la clarté des prises de décision au sein du service.

Rapport intermédiaire et développements ultérieurs

4.15 L'Examen a suivi une approche itérative et a fourni des recommandations à diverses étapes lorsqu'il existait une clarté suffisante et un consensus clinique sur la marche à suivre. En mars 2022, l'Examen a publié un Rapport intermédiaire et a ensuite écrit au NHS England en juillet 2022 (Annexe 6) et en janvier 2023 (Annexe 7) pour exposer les premières conclusions et recommandations préliminaires.



4.16 En réponse, le NHS England a commencé à mettre en œuvre des changements dans l'offre de services cliniques parallèlement aux travaux de l'Examen. Cela inclut la fermeture du GIDS en assurant la continuité des soins, initialement vers deux nouveaux services nationalement interconnectés (fournisseurs de Phase 1) basés dans des hôpitaux spécialisés pour enfants.

4.17 Bien qu'il soit encourageant que des améliorations aient déjà été réalisées, cela a également complexifié le travail de l'Examen, dans la mesure où le paysage clinique a évolué. Cette question sera abordée plus en détail dans la Partie 5 de ce rapport.

4.18 Cela a inévitablement impliqué que, parallèlement à l'établissement d'une vision à long terme pour les services d'identité de genre du NHS destinés aux enfants et aux jeunes, une partie des travaux de l'Examen a été redirigée pour s'assurer que le développement de ces services intérimaires soit axé sur le service complet, centré sur le patient et la famille, tel que décrit par l'Examen.

4.19 C'est dans ce contexte en constante évolution, souvent tumultueux, et sous une attention publique, politique et médiatique considérable, que l'Examen a mené ses propres programmes de travail.



Comprendre la cohorte de patients



Cette partie du rapport présente ce que l'on sait actuellement sur le profil des enfants/jeunes qui souhaitent une prise en charge par le NHS pour incongruence de genre et/ou dysphorie. Elle examine également les possibles raisons de l'augmentation de la prévalence et du changement de profil des individus.

Dans sa note de cadrage (Annexe 1), l'Examen a été chargé d'explorer « les raisons de l'augmentation des orientations et pourquoi cette augmentation a touché de manière disproportionnée les filles, ainsi que les implications de ces questions ».

Cela touche au cœur de certaines des controverses fondamentales dans ce domaine, notamment la nature et les causes de l'incongruence et de la dysphorie de genre, ce qui a des répercussions sur la réponse clinique appropriée.

Ne pas prendre en compte la cause, les influences potentielles et les facteurs contributifs peut conduire à des prises de position polarisées. Une discussion nuancée est nécessaire sur la meilleure façon de comprendre et d'accompagner les enfants et les jeunes au centre du débat.

Encart explicatif 5

Incongruence de genre

Une incongruence marquée et persistante entre le genre ressenti d'un individu et le sexe assigné (CIM-11).

Dysphorie de genre

Une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement (DSM-5).

5. Changements dans le profil des patients

5.1 Tout au long de la durée de l'Examen, les longues listes d'attente pour accéder aux services cliniques ont été une préoccupation majeure pour le NHS et pour tous ceux qui suivent ce groupe d'enfants et de jeunes. Les Services de santé mentale pour enfants et adolescents (CAMHS) ainsi que les services pédiatriques sont sous pression à travers le Royaume-Uni. Cependant, comme le souligne le rapport intermédiaire de l'Examen, les enfants et jeunes en questionnement de genre semblent être particulièrement désavantagés, car ils sont souvent laissés de côté par les services locaux dès lors qu'ils sont sur liste d'attente pour les services de genre.

5.2 Comprendre les statistiques relatives aux orientations de ces enfants et jeunes vers le service de genre ne suffit pas au NHS pour élaborer des services qui leur sont adaptés. Derrière ces statistiques se trouve un groupe de jeunes ayant souvent des besoins variés et/ou des conditions associées. Toute conception de service doit considérer leurs besoins globaux, et pas uniquement leur identité de genre.

Sources d'information

5.3 Plusieurs sources d'information ont été utilisées pour comprendre le profil des patients :

- une revue systématique (Taylor et al : Caractéristiques des patients) ;
- des données *du Clinical Practice Research Datalink (CPRD)*, une base de données anonymisées provenant de cabinets de médecine générale à travers le Royaume-Uni ;
- un audit des données d'orientation au GIDS, réalisé par le NHS Arden & GEM Commissioning Support Unit ;
- des informations provenant de collègues internationaux ;
- des discussions avec diverses équipes cliniques. Les points retenus sont ceux pour lesquels une cohérence est observée dans les perspectives cliniques.

5.4 La revue systématique (Taylor et al : Caractéristiques des patients) a examiné le nombre d'enfants et d'adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans se présentant à des services spécialisés de genre ou d'endocrinologie du NHS. Elle visait à déterminer si le changement dans les caractéristiques de la population rapporté par diverses cliniques nationales était reflété dans les preuves publiées et comment la population avait évolué au fil du temps.

5.5 Au total, 131 articles ont satisfait aux critères d'inclusion pour la revue systématique. Ceux-ci couvraient une large base internationale mais provenaient principalement d'Amérique du Nord, d'Europe et d'Australie.

5.6 Des informations sur les données démographiques, les données liées au genre, la santé mentale, les conditions neurodéveloppementales et les traumatismes de l'enfance ont été rassemblées à partir des articles inclus.

5.7 Lorsque des données numériques comparables étaient disponibles entre les études, ces données ont été combinées pour améliorer la compréhension. Lorsque des données numériques n'étaient pas disponibles, les auteurs ont décrit les résultats des études de recherche sous forme narrative.

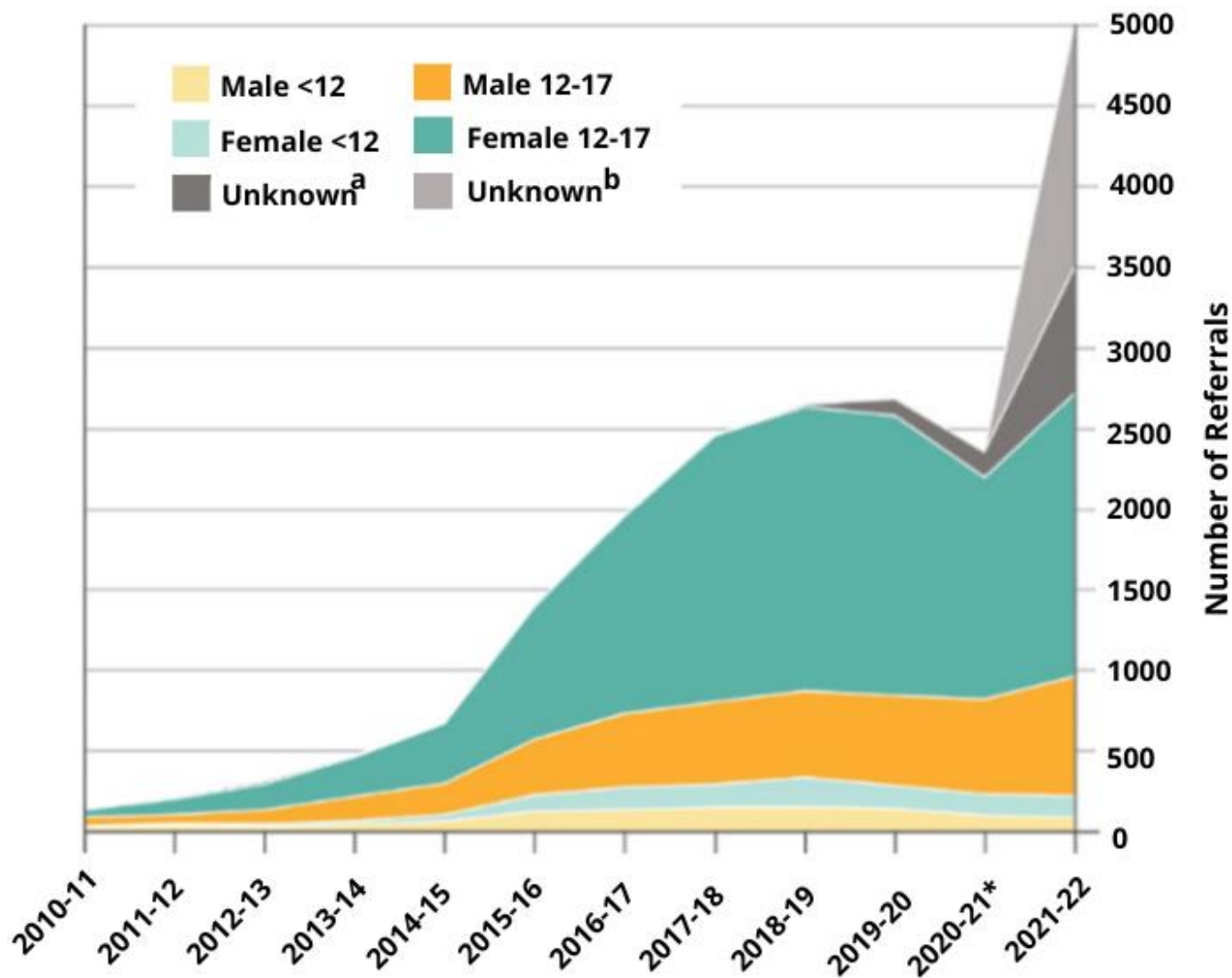
5.8 Au moment de la rédaction, l'étude ayant analysé les données de la CPRD a rapporté des résultats préliminaires sur la prévalence de la dysphorie de genre, la cooccurrence du trouble du spectre de l'autisme (TSA), de l'anxiété et de la dépression. Des données concernant 3 782 personnes avec dysphorie de genre âgées de moins de 18 ans ont été identifiées grâce aux codes de soins primaires et hospitaliers pour la période d'étude 2009-2021. La méthodologie complète de cette étude figure à l'Annexe 5, ainsi que les forces et les limites de ces données. Seules les données d'incidence et de prévalence sont incluses dans ce rapport, en attendant la publication des résultats complets par l'Université de York à l'issue de l'étude.

Données démographiques

Données du Royaume-Uni

5.9 À partir de 2014, les taux d'orientation au GIDS ont commencé à augmenter de manière exponentielle, la majorité des individus étant des personnes de sexe féminin à la naissance se présentant au début de l'adolescence.

Figure 11 : Orientation des enfants et adolescents pour dysphorie de genre (Royaume-Uni, GIDS), 2010/11 à 2021/22



*L'orientation au GIDS/Tavistock a été fortement limitée en 2020-2021 en raison de la COVID-19.

^a À partir de 2018-19, un nombre croissant d'orientations n'est pas rapporté selon le sexe de naissance.

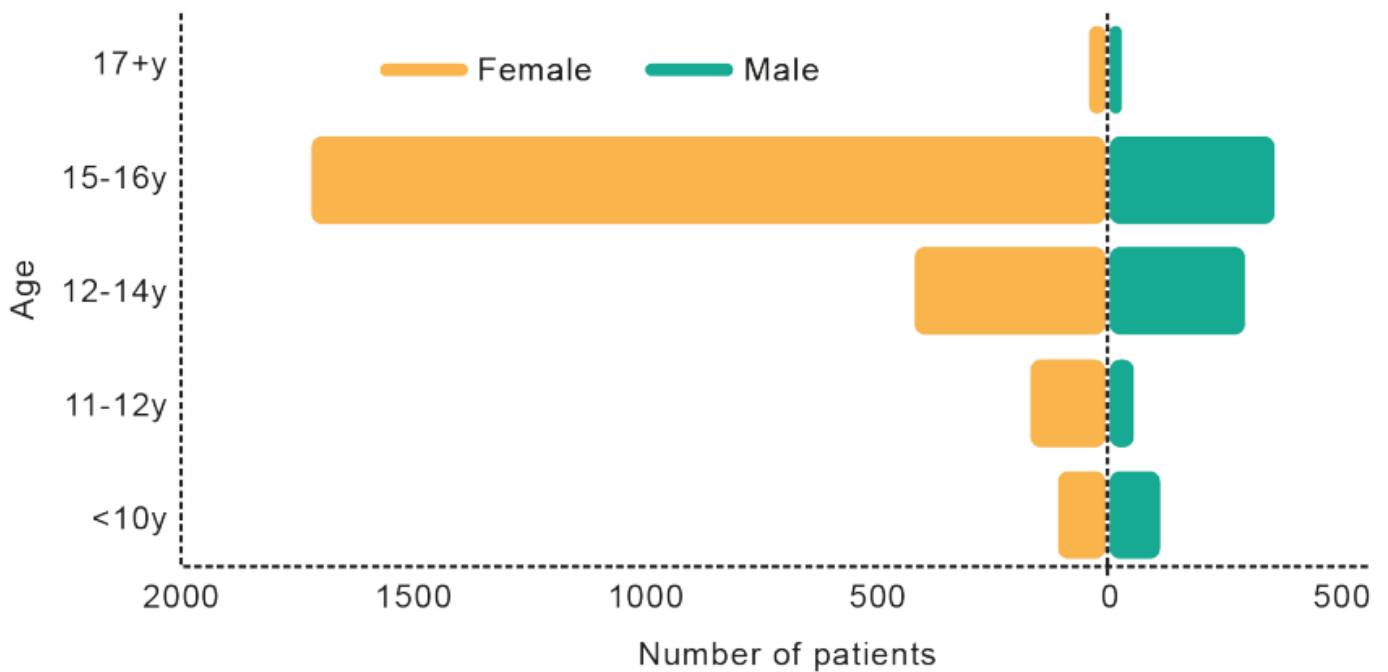
^b Limitations des données : À partir de fin juillet 2021, AGEM CSU a reçu des orientations vers le GIDS provenant de sources extérieures au NHS (médecins généralistes, écoles, autorités locales, secteur bénévole). Toutes les orientations internes au NHS vers le GIDS étaient adressées directement au GIDS de Tavistock and Portman. Selon les données disponibles sur le site du GIDS du Tavistock and Portman, celui-ci avait reçu plus de 3 000 orientations au cours de l'année 2021/22 ; les orientations supplémentaires reçues par l'AGEM CSU (environ 1 500) n'étaient pas comptabilisées dans ce chiffre. En cumulant les deux, le GIDS aurait donc reçu un total d'environ 5 000 orientations pour la seule année 2021/22. Or, en confrontant les données fournies par le GIDS au nombre d'orientations effectivement transférées à l'AGEM CSU dans le cadre du transfert de liste d'attente, le CSU n'a reçu que 3 115 orientations qualifiées de « nouvelles », un chiffre nettement inférieur à ce que laissait supposer l'annonce de plus de 5 000 orientations reçues en 2021/22. Il est difficile de savoir si ce chiffre de plus de 5 000 orientations est exact. Il est fort possible qu'il y ait eu un double comptage au cours de l'année 2021/22, les chiffres d'orientations reçus par l'AGEM CSU étant rapportés au GIDS, qui les communiquait ensuite à la Care Quality Commission.

AGEM CSU : Arden & GEM Commissioning Support Unit.

5.10 La figure 12 ci-dessous montre les données de référence d'un audit des patients du GIDS sortis du service entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 décembre 2022 (Annexe 8). L'âge des plus jeunes

patients orientés au GIDS était de 3 ans, l'âge des plus âgés était de 18 ans, et la moyenne et la médiane étaient de 14 ans. Parmi ces orientations, 73 % étaient des filles et 27 % des garçons.

Figure 12 : Distribution de l'âge des patients lors de l'orientation au GIDS, du 1er avril 2018 au 31 décembre 2022

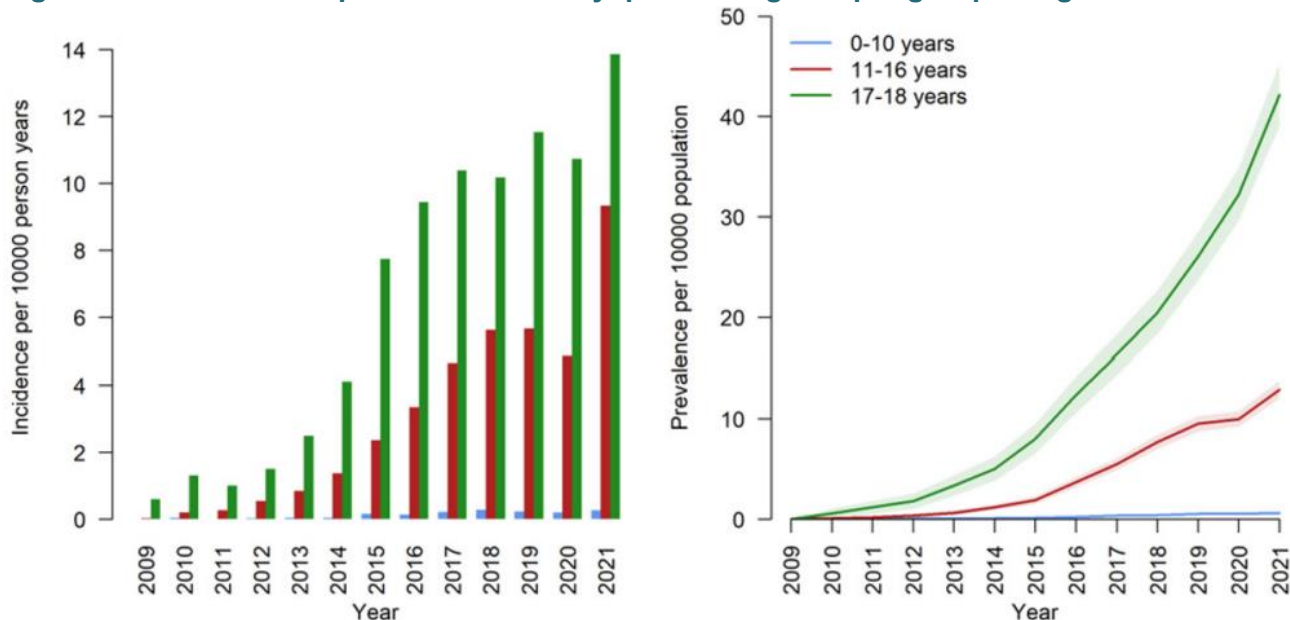


Source: The Gender Identity Development Service Audit Report, Arden & GEM.

5.11 Dans l'échantillon tiré des données du CPRD (Figures 13 et 14) (Annexe 5), la prévalence enregistrée de la dysphorie de genre chez les personnes âgées de 18 ans et moins a augmenté de plus de 100 fois entre 2009 et 2021. Cette augmentation s'est produite en deux phases : une

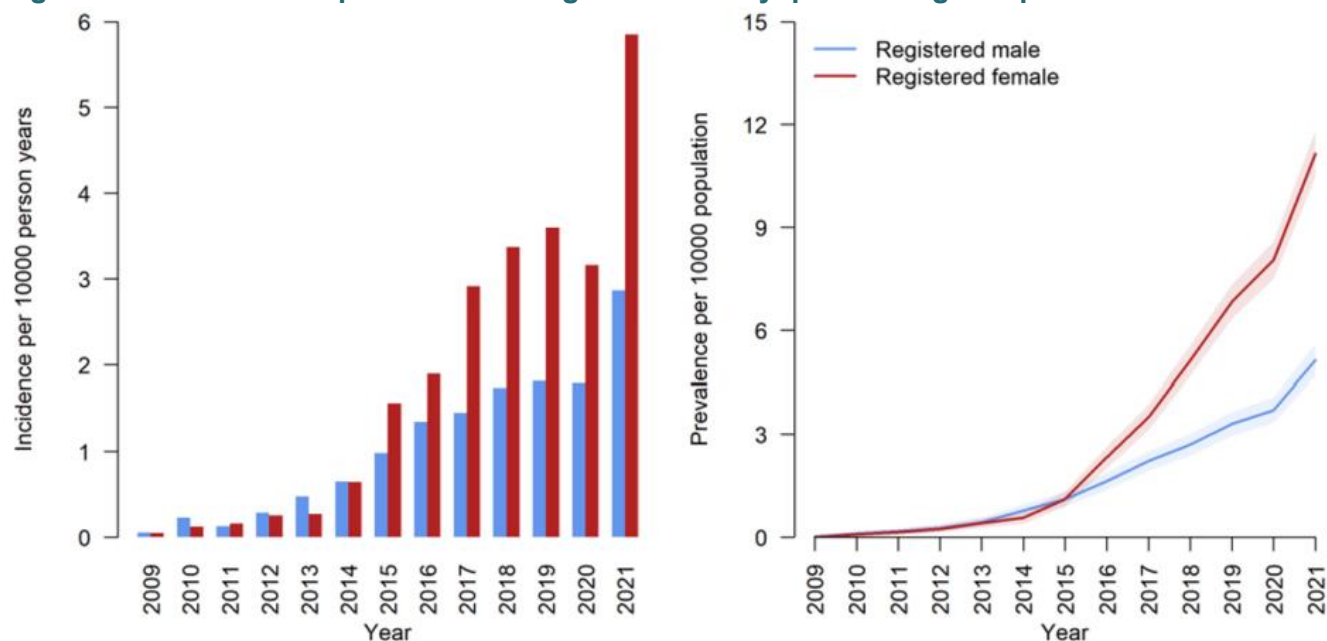
augmentation progressive entre 2009 et 2014, suivie d'une accélération à partir de 2015. Les augmentations de cette seconde phase étaient plus rapides pour les filles, bien que les dossiers cliniques n'indiquent pas si leur sexe de naissance avait été modifié.

Figure 13 : Incidence et prévalence de la dysphorie de genre par groupe d'âge



Source: *Epidemiology and Outcomes for Children and Young People with Gender Dysphoria: Étude de cohorte rétrospective utilisant des dossiers de soins primaires électroniques. (Annexe 5).*
 Remarque : Les zones ombragées sur le graphique de prévalence indiquent les intervalles de confiance à 95 %.

Figure 14 : Incidence et prévalence enregistrée de la dysphorie de genre par sexe déclaré



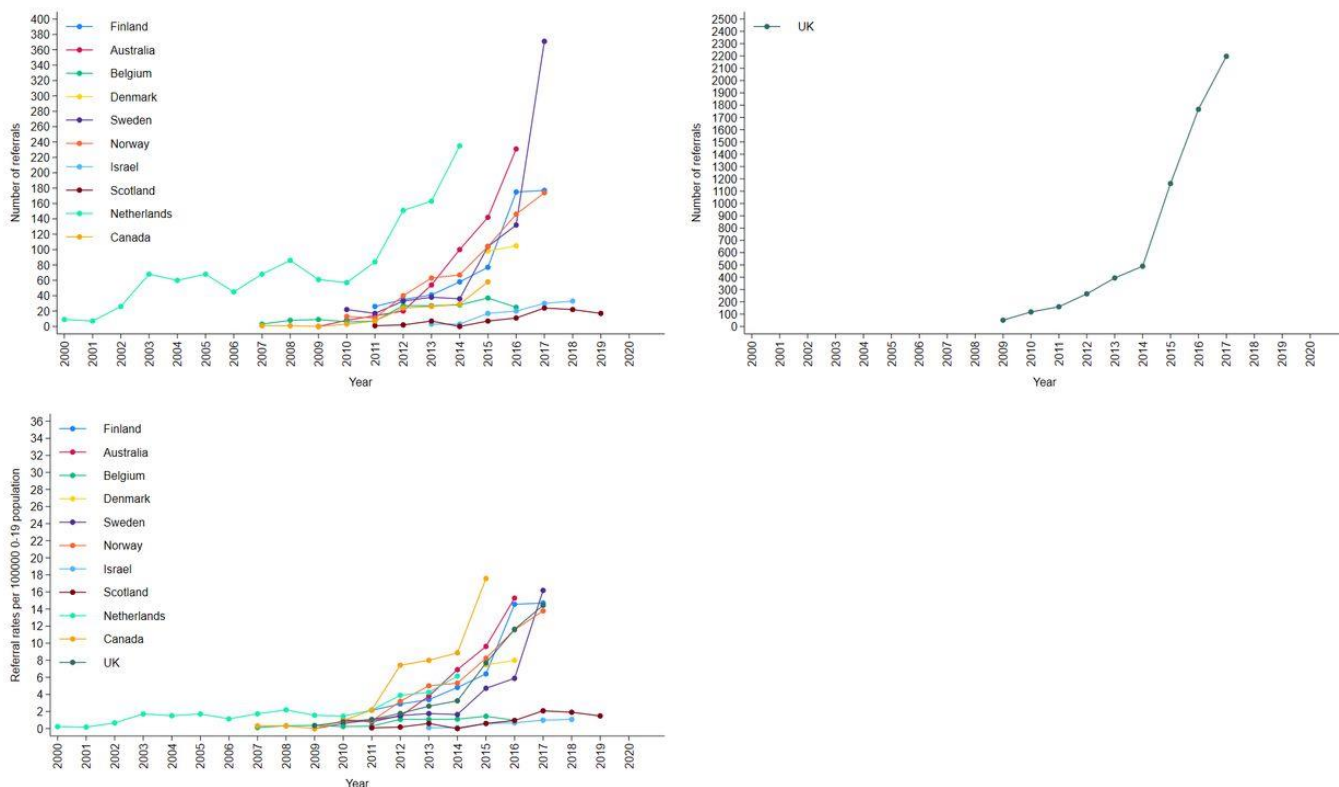
Source: *Epidemiology and Outcomes for Children and Young People with Gender Dysphoria: Étude de cohorte rétrospective utilisant des dossiers de soins primaires électroniques. (Annexe 5).*
 Remarque : Les zones ombragées sur le graphique de prévalence indiquent les intervalles de confiance à 95 %. Les patients peuvent demander à faire changer leur sexe de naissance dans leurs dossiers cliniques sans avoir à subir de traitement de réassignation sexuelle, et le CPRD ne rapporte que le dernier sexe enregistré.

Comparaison des données du Royaume-Uni et internationales

5.12 La revue systématique (Taylor et al : Caractéristiques des patients) a documenté l'augmentation des orientations dans 11 pays. Environ 5 à 6 ans après le début de chaque graphique, on observe une forte augmentation.

Le point d'inflexion pour l'augmentation au Royaume-Uni a eu lieu en 2014, avec un calendrier similaire dans plusieurs autres pays. Aux Pays-Bas, l'augmentation a commencé en 2001, avec un point d'inflexion en 2011.

Figure 15 : Nombre d'orientations dans le temps par pays



Source : Taylor et al : Caractéristiques des patient

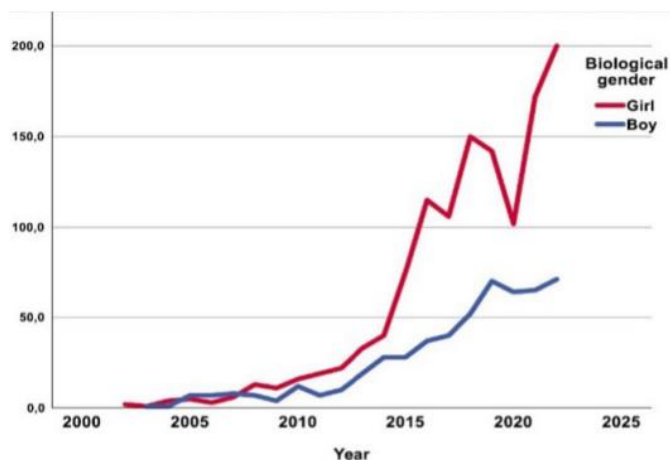
5.13 Les deux premiers graphiques (Figure 15) montrent les nombres absolus des orientations, et le Royaume-Uni semble être un cas à part avec des chiffres beaucoup plus élevés. Cependant, le troisième graphique est ajusté en fonction de la taille de la population des 0-19 ans dans chaque pays (c'est-à-dire les chiffres pour 100 000), ce qui aligne le Royaume-Uni avec les autres pays.

5.14 Alors que, dans les premières années des services de genre pour les enfants et les jeunes, la majorité des orientations concernaient des enfants prépubères, entre 2006 et 2013, les cliniques de genre canadiennes et néerlandaises ont rapporté que les orientations d'adolescents avaient dépassé celles des enfants (Aitken et al., 2015).

5.15 Plusieurs pays ont signalé un changement progressif du rapport entre les sexes vers une prévalence des filles. D'autres données provenant du Canada et des Pays-Bas ont montré que les orientations de garçons dépassaient encore celles des filles, le rapport s'inversant à l'adolescence.

5.16 La Figure 16 de la clinique nationale de genre norvégienne illustre les écarts des courbes selon le sexe, ainsi qu'une chute transitoire pendant la pandémie de Covid-19 (Anne Wæhre, communication personnelle, 2023).

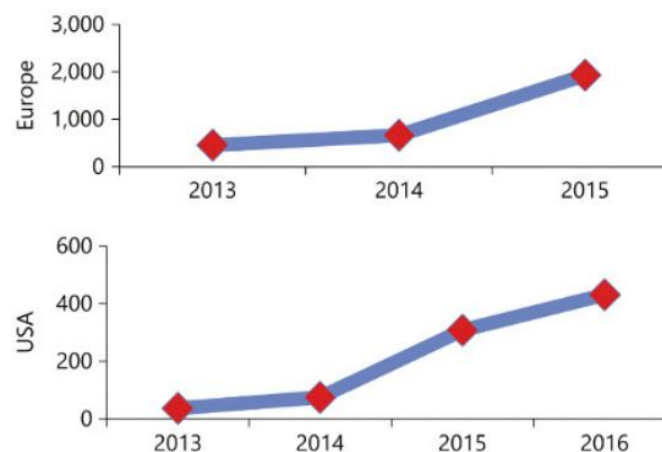
Figure 16 : Orientations à la clinique nationale de genre pour les enfants et les jeunes en Norvège



Source : Anne Wæhre, communication personnelle, 2023

5.17 Le nombre d'enfants et de jeunes orientés aux cliniques endocriniennes a augmenté parallèlement aux nombres orientés aux cliniques de genre (Figure 17). Une enquête internationale menée par la *European Society of Paediatric Endocrinology* et la *Paediatric Endocrinology Society* en 2017 a rassemblé des données des trois années précédentes provenant de 25 centres à travers l'Europe, les États-Unis et l'Amérique du Sud (Skordis et al., 2019). Cela représente le plus grand échantillon international d'orientations regroupées. Encore une fois, cela montre une augmentation des orientations commençant en 2014. Dans ce groupe, 63 % étaient en transition de femme à homme.

Figure 17 : Nombre d'orientations aux centres endocriniens participants en Europe et aux États-Unis, 2013-2016



Source : Skordis, N., Butler, G., de Vries, M. C., Main, K., & Hannema, S. E. (2019). ESPE and PES International Survey of Centers and Clinicians Delivering Specialist Care for Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Hormone Research in Paediatrics*, 90(5), 326-331. <https://doi.org/10.1159/000496115>
© 2019 S. Karger AG, Basel

Caractéristiques liées au genre

5.18 La revue systématique (Taylor et al : Caractéristiques des patients) a examiné quatre caractéristiques clés de la présentation de genre : nature de l'identité de genre, diagnostic formel, âge d'apparition et transition sociale. La documentation de ces caractéristiques était inconstante et très variable. Les données sur le pourcentage d'enfants et de jeunes ayant effectué une transition sociale avant l'orientation [en service/clinique de genre] sont discutées dans la Partie 4.

5.19 Un diagnostic formel de dysphorie de genre a été rapporté dans 65 études, avec des proportions variant de 29 % à 100 %. Les taux variables peuvent être dus aux différents critères pour l'orientation aux cliniques de genre spécialisées.

5.20 Dans la plupart des études, l'identité de genre n'était pas spécifiquement rapportée. Lorsqu'elle l'était, les estimations d'identité non binaire variaient de 0 à 19 %. Le recensement du Royaume-Uni, qui collecte des données sur la population britannique de plus de 16 ans, a d'abord interrogé sur l'identité de genre en 2021 (*Office for National Statistics, 2023a*). Des problèmes méthodologiques concernant la terminologie ont soulevé des préoccupations quant à la validité de certaines données (*Office for National Statistics, 2023c*). Cependant, ces données sont intéressantes concernant les jeunes et les adultes s'identifiant comme non binaires. Le groupe d'âge de 16 à 24 ans avait les proportions les plus élevées de personnes s'identifiant comme femme transgenre (0,15 % ou 9 000), homme transgenre (0,22 % ou 14 000) et non binaire (0,26 % ou 17 000). Les proportions de ces catégories ont ensuite diminué dans chaque tranche d'âge supérieure.

5.21 La proportion plus élevée de personnes s'identifiant comme non binaires souligne la nécessité de reconnaître ce groupe et d'adapter leur prise en charge au NHS. Les données du recensement concordent avec les observations cliniques d'une augmentation des jeunes non binaires.

Conditions co-occurentes

5.22 Outre le changement du nombre d'orientation, du rapport entre les sexes et de la nature des identités de genre, le personnel clinique travaillant dans les services de genre GIDS et d'autres services de genre à l'international a rapporté un changement dans le profil des individus. Les adolescents en particulier semblent avoir des profils plus complexes, avec des besoins en santé mentale et psychosociaux plus importants, ainsi que des diagnostics supplémentaires de Troubles du spectre de l'autisme (TSA) et/ou de Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

5.23 L'Examen a discuté avec des professionnels de santé mentale travaillant dans des services pédiatriques. Ils rapportent une augmentation d'enfants et de jeunes présentant des problèmes liés à l'identité de genre accompagnés de difficultés en santé mentale, suggérant que les jeunes cherchent et accèdent à des soins dans un éventail plus large de services du NHS.

5.24 Un objectif important de cet Examen est de déterminer les moyens permettant à ces enfants et jeunes de satisfaire leurs besoins de la manière la plus efficace possible, quel que soit leur premier point de contact, sans être renvoyés d'un service à un autre.

5.25 Un défaut sérieux de la littérature était qu'il était difficile d'observer comment les données évoluaient dans le temps en raison de jeux de données se chevauchant et du manque de cohérence dans la présentation des caractéristiques clés entre les études. Il s'agit d'un problème majeur pour comprendre comment le schéma des conditions co-occurentes a évolué : cela est essentiel pour évaluer le type d'interventions mises en place ainsi que leur efficacité.

Besoins en santé mentale

Troubles de santé mentale généraux

5.26 Parmi les études identifiées dans la revue systématique (Taylor et al. : Caractéristiques des patients), presque 50 % [des études] rapportaient des données sur la dépression et/ou l'anxiété, et près de 20 % ont rapporté d'autres problèmes de santé mentale. En résumé, les taux de dépression, d'anxiété et de troubles alimentaires étaient plus élevés dans la population orientée aux cliniques de genre que dans la population générale.

5.27 Le tableau 2 présente des données synthétiques sur la santé mentale lorsque celles-ci sont disponibles.

5.28 Une étude comparant les populations des cliniques de genre néerlandaises et canadiennes (de Vries et al., 2015) a trouvé que les problèmes de santé mentale étaient plus courants que dans la population générale, mais que les niveaux étaient similaires à ceux des enfants et des jeunes orientés à des services de santé mentale pour d'autres problèmes non liés au genre.

5.29 La cohorte de la clinique néerlandaise, où un protocole de bloqueurs de puberté a été introduit pour la première fois (le *Dutch Protocol*), a montré une incidence plus faible de problèmes associés

par rapport à la cohorte de la clinique canadienne. D'autres études ont également démontré des taux plus faibles de problèmes de santé mentale dans la population orientée dans des services de genre aux Pays-Bas (de Vries et al., 2011a) (environ 33 %) par rapport aux cliniques de genre en Finlande et au Royaume-Uni.

5.30 En Finlande (Kaltiala-Heino et al., 2015 ; Karvonen et al., 2023), plus de trois quarts de la population adolescente orientée avaient besoin d'un suivi psychiatrique spécialisé pour des problèmes autres que la dysphorie de genre, dont beaucoup étaient sévères, antérieurs et n'étaient pas considérés comme secondaires à la dysphorie de genre.

5.31 Un article plus récent en provenance de Finlande (Kaltiala et al., 2023) a examiné si les besoins en santé mentale des enfants et des jeunes orientés aux services de genre avaient changé avec l'augmentation du taux d'orientation. Il a constaté que le groupe avec dysphorie de genre avait des besoins en santé mentale beaucoup plus importants que ses pairs du même âge, et que ceux orientés plus récemment (2016-2019) avaient des besoins plus élevés que ceux des cohortes antérieures (1996-2000). Il semble que cet article soit le seul à avoir rapporté systématiquement des changements au cours du temps concernant les besoins en santé mentale.

Tableau 2 : Données synthétiques sur les diagnostics de santé mentale dans la population orientée aux cliniques de genre

| Diagnostic | Pays inclus | Dates | % d'enfants et jeunes orientés | 95 % IC (Intervalle de confiance) | Étendue (%) |
|-----------------------|-------------|-----------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| Troubles alimentaires | 8 | 1998-2019 | 5 | 2-8 | 0-23 |
| Dépression | 13 | 1980-2021 | 38 | 31-45 | 3-78 |
| Anxiété | 13 | 1980-2021 | 38 | 31-46 | 8-100 |

Source : Taylor et al. : Caractéristiques des patients.

N.B. : Une population de patients (pays) peut avoir fait l'objet de plusieurs rapports d'étude au fil du temps. Dans ce cas, les données de l'étude couvrant la période la plus longue ou la plus représentative de la population ont été sélectionnées.

Troubles de santé mentale spécifiques

5.32 L'Examen a organisé des échanges avec des professionnels s'occupant d'enfants et jeunes ayant des conditions pour lesquelles ils sont généralement orientés vers des services spécialisés, par exemple, des professionnels travaillant dans : des cliniques spécialisées pour enfants ayant un trouble dysmorphique corporel ; des services spécialisés pour troubles alimentaires ; des services pour enfants présentant des tics. Un élément commun à plusieurs de ces conditions est qu'elles peuvent se manifester lorsque le stress mental ou la détresse d'une personne se traduit par des symptômes physiques comme la douleur, les tics, des symptômes neurologiques ou d'autres problèmes qui affectent leur fonctionnement global.

5.33 Les professionnels travaillant dans ces services ont décrit des jeunes présentant ces conditions ainsi que des questionnements de genre ou une détresse liée au genre.

5.34 Un exemple est le trouble du mouvement fonctionnel, en particulier les comportements fonctionnels ressemblant à des tics (FTLB). Les tics neurodéveloppementaux classiques commencent généralement dans l'enfance et s'ils durent plus d'un an, un enfant pourrait être diagnostiqué avec le syndrome de Gilles de la Tourette ; parmi ceux diagnostiqués, environ 70-80 % sont des garçons. En revanche, les FTLB se trouvent généralement chez les jeunes femmes, avec des schémas complexes, invalidants et ressemblant à des tics, souvent déclenchés par l'exposition à des vidéos montrant des comportements ressemblant à des tics sur les réseaux sociaux. Les FTLB sont associés à des niveaux élevés de dépression et d'anxiété (Nilles et al., 2022).

5.35 L'association entre les FTLB et la diversité de genre décrite par le personnel clinique est rapportée dans la littérature : une étude (Martino et al., 2023) ayant révélé que 41 % des patients présentant des tics fonctionnels avaient une diversité de genre, avec également des taux significativement plus élevés d'anxiété, de dépression, de phobie sociale et d'anxiété d'interaction sociale.

5.36 Le Trouble dysmorphique du corps (TDC) est une autre condition qui a vu une hausse des cas chez les jeunes. Il s'agit d'un des Troubles obsessionnels compulsifs (TOC), caractérisé par une préoccupation pour l'image corporelle et un besoin compulsif de revisiter ou d'éviter certaines pensées pour gérer la détresse. Une étude récente utilisant des données de population (Krebs et al., 2024) a trouvé que le TDC est plus courant chez les femmes que chez les hommes (prévalence de 1,8 % contre 0,3 %), et que les adolescentes sont à risque le plus élevé avec une prévalence estimée à 3,4 %. La condition est relativement rare avant la puberté. De nombreux patients se sont révélés appartenir au spectre de l'autisme et 80 % des patients atteints de TDC inclus dans l'étude avaient des idées suicidaires.

5.37 Le TDC est souvent sous-diagnostiqué ou mal diagnostiqué - les jeunes n'accèdent pas aux services de santé mentale car ils estiment que leurs préoccupations concernant leur apparence peuvent être minimisées. Cependant, ces jeunes obtiennent de bons résultats de traitement par une Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) axée sur l'exposition, parfois associée à des médicaments (Rautio et al., 2022).

5.38 Les professionnels ont décrit à l'Examen que chez les patients atteints de TDC, l'importance excessive sur l'apparence concerne le plus souvent les traits du visage, mais que certains éprouvent de la détresse au sujet des organes génitaux ou des seins. Dans cette situation, il peut être difficile de déterminer si la détresse est due au TDC ou à la dysphorie de genre. Cependant, à la fin d'un traitement pour le TDC, certains jeunes déclarent qu'ils ne se sentent plus mal à l'aise avec leur sexe de naissance, tandis que d'autres peuvent avoir moins de détresse concernant leurs organes génitaux ou leurs seins, mais ressentent toujours une incongruence de genre marquée et envisagent une transition de genre sociale ou médicale.

5.39 Les symptômes éprouvants qui se manifestent dans ces conditions liées au « corps et à l'esprit » sont réels. Comme la douleur ou l'inconfort provenant d'autres causes, ils peuvent être traités et améliorés grâce à des psychothérapies. Les jeunes en questionnement sur leur genre doivent pouvoir accéder à ces traitements basés sur des preuves, en plus d'autres interventions cliniquement appropriées pour soutenir leur prise en charge concernant le genre.

Conditions neurodéveloppementales

5.40 Le tableau 3 présente des données synthétisées sur la prévalence des Troubles du spectre de l'autisme (TSA) et du Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) lorsque ces données étaient disponibles dans les études incluses dans la revue systématique.

5.41 Certaines études ont suggéré que les individus transgenres et de genre divers sont trois à six fois plus susceptibles d'être autistes que les individus cisgenres, après avoir contrôlé l'âge et le niveau d'éducation (Warrier et al., 2020).

5.42 Ces résultats font écho aux observations cliniques de praticiens qui rapportent voir des adolescentes ayant de bonnes capacités cognitives et s'exprimant bien, mais en difficulté avec leur identité de genre, des idées suicidaires et des comportements d'automutilation. Chez certaines de ces jeunes, le dénominateur commun est un autisme non diagnostiqué, qui passe souvent inaperçu chez les filles adolescentes. D'autres peuvent ensuite recevoir un diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile (TPEL) lorsqu'elles entrent dans les services pour adultes.

5.43 Bien que souvent très expressifs, intelligents et compétents dans de nombreux domaines, les jeunes autistes présentent des difficultés de communication sociale et de relations avec leurs pairs, ce qui peut leur rendre difficile de se sentir acceptés et de trouver leur place.

5.44 Des difficultés d'interception (la capacité à percevoir ce qui se passe dans leur corps) et d'alexithymie (la capacité à reconnaître et exprimer leurs émotions) peuvent parfois compliquer l'expression de leurs ressentis concernant leurs sensations internes, leur identité de genre et leur identité sexuelle.

Tableau 3 : Données synthétiques sur les conditions neurodéveloppementales dans la population orientée aux cliniques de genre

| Diagnostic | Pays inclus | Dates | % d'enfants et jeunes orientés | 95 % IC (Intervalle de confiance) | Étendue (%) |
|------------|-------------|-----------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| TSA | 9 | 1998-2019 | 9 | 6-11 | 0-26 |
| TDAH | 9 | 1980-2021 | 10 | 7-13 | 2,5-27 |

Source : Taylor et al. : *Caractéristiques des patients.*

N.B. : Une population de patients (pays) peut avoir eu plusieurs rapports d'étude au fil du temps. Dans ce cas, les données provenant de l'étude couvrant la période la plus longue ou celle qui était la plus représentative de la population ont été sélectionnées

5.45 Par ailleurs, les troubles de la santé mentale, y compris l'anxiété, la dépression, les troubles alimentaires, le trouble neurologique fonctionnel, le Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et le Trouble dysmorphique corporel (TDC), sont plus fréquents chez les enfants et les jeunes autistes (González-Herrero et al., 2022 ; Lai et al., 2019).

5.46 La capacité à reconnaître et à interpréter ses pensées et émotions, ainsi que leurs impacts sur le corps, dépendent de l'âge chronologique de l'enfant ou du jeune, de son niveau de développement et de la présence ou de l'absence de différences neurodéveloppementales. Ces facteurs peuvent amener ces individus à identifier et à exprimer leurs expériences de stress et de détresse différemment des individus neurotypiques.

5.47 Ce processus peut prendre plus de temps que chez les individus neurotypiques, rendant ces jeunes potentiellement vulnérables jusqu'au début de la vingtaine, voire au-delà, en raison de leur tendance à rechercher des réponses précises et de leur difficulté à tolérer l'incertitude.

Traumatismes de l'enfance (ACEs)

5.48 La revue systématique (Taylor et al. : caractéristiques des patients) a souligné le peu d'études rapportant des expériences négatives pendant l'enfance (*Adverse childhood experiences*, ACEs), mais celles qui l'ont fait ont montré des taux élevés parmi les enfants et les jeunes orientés vers des services de genre :

- négligence ou abus combinés (11-67 %) ;
- maltraitance physique (15-20 %) ;
- abus sexuel (5-19 %) ;
- abus émotionnel (14 %) ;
- maladie mentale maternelle ou abus de substances (53 % et 49 %) ;
- maladie mentale paternelle ou abus de substances (38 %) ;
- exposition à la violence domestique (23-25 %) ;
- décès ou hospitalisation permanente d'un parent (8-19 %) ;
- perte d'un parent par abandon entraînant une adoption (1-8 %), un placement en famille d'accueil (1-12 %) ou en foyer (0,5-5 %).

5.49 Bien que le nombre élevé de traumatismes de l'enfance (ACEs) rapporté dans la revue systématique soit notable, étant donné que relativement peu d'études les ont documentés, il n'est pas possible de déterminer comment ce nombre a évolué au fil du temps.

5.50 Cependant, une revue des 124 premiers cas vus par le GIDS (Di Ceglie et al., 2002) a révélé qu'un peu plus d'un quart de toutes ceux orientés à ce service avaient passé un certain temps en foyer et que près de la moitié de toutes les orientations avaient vécu avec un seul parent. Elle a montré que 42 % des enfants couverts par l'audit avaient subi la perte d'un ou des deux parents, principalement par séparation ; 38 % avaient des problèmes de santé physique dans la famille ; et 38 % avaient des problèmes de santé mentale dans la famille. Des maltraitances physiques ont été documentées dans 15 % des cas.

5.51 Cela suggère que, indépendamment du changement démographique, les ACEs et les difficultés plus larges au sein de l'unité familiale sont des questions importantes à prendre en compte lors de l'évaluation des besoins des jeunes et de la planification d'un accompagnement adapté.

Suicidalité et décès par suicide

5.52 Il existe une préoccupation considérable quant au risque suicidaire chez les jeunes de genre divers, avec un débat sur l'effet des traitements affirmatifs. Cette section présente les connaissances sur la suicidalité, tandis que le chapitre 15 examine l'impact potentiel de ces traitements sur ce risque.

5.53 Le suicide est l'acte de mettre volontairement et intentionnellement fin à sa propre vie, tandis que la suicidalité englobe les pensées suicidaires (parfois appelées idéation suicidaire), les planifications de suicide et les tentatives de suicide.

5.54 Il est essentiel de comprendre les facteurs qui peuvent exposer les jeunes en questionnement de genre à de tels risques, tant pour eux-mêmes que pour leurs familles et les professionnels de leur entourage. Des

informations nuancées, réalistes et pratiques, qui ne surestiment ni ne sous-estiment les risques, sont nécessaires pour soutenir toutes les personnes impliquées et identifier les jeunes ayant le besoin d'aide le plus urgent.

5.55 Le tableau 4 présente des données synthétisées sur les tentatives de suicide, l'automutilation et l'idéation suicidaire lorsque ces informations sont disponibles. La majorité des études ayant séparé l'automutilation ou la suicidalité selon le sexe de naissance ont trouvé des taux plus élevés chez les femmes par rapport aux hommes.

5.56 Une grande étude (de Graaff et al., 2020) a examiné les taux de suicidalité dans des cohortes de cliniques de genre au Canada, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, comprenant un échantillon de 2 771 jeunes. La suicidalité a été évaluée à l'aide de deux questions provenant d'échelles standardisées. Les parents/tuteurs et les jeunes ont répondu « maintenant ou au cours des 6 derniers mois » aux questions :

- parents/tuteurs : « Se fait délibérément du mal ou tente de se suicider », « Parle de se tuer » ;
- jeunes : « J'essaie délibérément de me blesser ou de me tuer », « Je pense à me tuer ».

L'étude a comparé les taux de suicidalité dans la population orientée vers les cliniques de genre

avec des données standardisées de la population générale des adolescents et des jeunes non identifiés comme trans orientée vers des services de santé mentale pour enfants et adolescents.

5.57 Les taux de suicidalité variaient de 27 % à 55 % selon les cliniques - significativement plus élevés que dans la population générale des adolescents, mais comparables à ceux des jeunes non trans orientés vers des services de santé mentale. Comme dans la population générale, ces taux étaient plus élevés chez les filles.

5.58 Le même article (de Graaf et al., 2020) a passé en revue 17 études précédentes ayant rapporté des taux d'idéation suicidaire variant de 17 % à 87 %, et de tentatives de suicide variant de 12 % à 54 %. Cette grande amplitude reflète différentes méthodologies et populations de cliniques de genre.

Décès par suicide

5.59 Les décès par suicide chez les enfants et les jeunes sont des événements relativement rares, comparés aux suicides chez les adultes. Cependant, chacun d'eux est un événement tragique. Au Royaume-Uni, le décès de chaque enfant et jeune de moins de 18 ans est examiné et des informations sur les causes sont collectées par la *National Child Mortality Database* (NCMD).

Tableau 4 : Données synthétiques sur les tentatives de suicide, idéation suicidaire et automutilations dans la population orientée aux cliniques de genre

| Diagnostic | Pays inclus | Dates | % d'enfants et jeunes orientés | 95 % IC (Intervalle de confiance) | Étendue (%) |
|-----------------------|-------------|-----------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| Tentatives de suicide | 11 | 1976-2021 | 14 | 11-17 | 9-30 |
| Automutilations | 11 | 1976-2021 | 29 | 23-25 | 8-56 |
| Idéation suicidaire | 10 | 2002-2021 | 39 | 30-48 | 10-87 |

Source : Taylor et al. : *Caractéristiques des patients*.

N.B. : Une population de patients (pays) peut avoir fait l'objet de plusieurs rapports d'étude au fil du temps. Dans ce cas, les données de l'étude couvrant la période la plus longue ou la plus représentative de la population ont été sélectionnées.

5.60 Le dernier rapport de la NCMD sur le suicide chez les enfants et les jeunes (NCMD, 2021) a examiné les décès survenus entre le 1^{er} avril 2019 et le 31 mars 2020. Il y a eu 108 décès considérés comme très ou modérément susceptibles d'être attribués à un suicide (environ 2 décès par semaine chez les moins de 17 ans). Le taux global de suicide en Angleterre était de 1,8 pour 100 000 jeunes de 9 à 17 ans.

5.61 Le *Child Death Overview Panel* a examiné 91 des cas (NCMD, 2021). Il a étudié divers facteurs contextuels, notamment les relations familiales (par exemple, des membres de la famille ayant des problèmes médicaux ou de santé mentale, des cas de violence domestique, un divorce ou une séparation parentale), les besoins en santé mentale, les conditions neurodéveloppementales, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle et l'identité de genre, les abus et la négligence, le harcèlement, des difficultés à l'école, l'utilisation des réseaux sociaux, ainsi que la consommation de drogues ou d'alcool.

5.62 Les relations familiales ont été identifiées comme le facteur le plus courant : 63 des personnes décédées (69 %). 50 (55 %) avaient des besoins en santé mentale, 21 (23 %) avaient subi du harcèlement, 15 (16 %) avaient des conditions neurodéveloppementales, 8 (9 %) avaient des préoccupations concernant l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle et l'identité de genre.

5.63 Parmi les enfants ou jeunes décédés, 81 (89 %) avaient plus d'un de ces facteurs et 51 (56 %) avaient des facteurs dans cinq catégories ou plus. Plus d'un tiers des personnes décédées (36 %) n'avaient jamais été en contact avec des services de santé mentale.

5.64 Une autre source de données au Royaume-Uni est la *National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health* (2023). Celle-ci a examiné le suicide tous âges confondus chez les personnes déjà suivies par des services de santé mentale. Entre 2016 et 2020, il y a eu 223 décès par suicide de patients s'identifiant comme lesbiennes, gays ou bisexuels et 37 patients que le rapport a décrits comme « appartenant à un

groupe trans » au Royaume-Uni. Ils ont précisé que « nous utilisons "trans" comme un terme générique pour inclure les personnes transgenres, transsexuelles ou non binaires, mais nous reconnaissons que les termes que les individus utilisent pour décrire leur propre identité peuvent être dynamiques et nous surveillerons cet aspect dans les futurs rapports ». Le rapport a indiqué que 13 des 37 personnes étaient âgées de moins de 25 ans. Une forte proportion de ces individus avait subi des abus durant leur enfance. L'automutilation et le diagnostic de troubles de la personnalité étaient courants dans ce groupe.

5.65 L'Examen a rencontré le *Tavistock and Portman NHS Foundation Trust* concernant les décès des patients (lorsqu'ils étaient connus) ayant été orientés vers le GIDS ou qui étaient actuellement ou précédemment pris en charge par le GIDS. Les patients décédés par suicide entre 2018 et 2023 ont été décrits comme présentant de multiples comorbidités et/ou des antécédents complexes. De plus, le Trust a observé que le risque de suicidalité était accru aux moments de transition dans les soins des patients ; par exemple, entre les services pour enfants et pour adultes. Les jeunes étaient plus susceptibles d'être des femmes, s'identifiant comme des hommes à l'adolescence.

5.66 Concernant les données internationales, une étude récente menée en Finlande (Ruuska et al., 2024) a examiné l'ensemble des adolescents orientés aux services d'identité de genre entre 1996 et 2019 (2 083) et les a comparés à des témoins appariés par âge (16 643). 55 décès ont été rapportés dans la population étudiée, dont 20 par suicide. Bien que le taux de suicide chez les jeunes orientés vers ces services fût plus élevé que dans la population générale, cette différence s'est estompée lorsque le recours à des soins de santé mentale de niveau spécialisé a été pris en compte. Dans l'ensemble, il est difficile de tirer des conclusions fermes car le risque absolu de suicide dans la population de jeunes présentant une dysphorie de genre et dans la population témoin était très faible, de sorte que les chiffres étaient heureusement peu élevés.

5.67 Bien que les données suggèrent que le nombre de décès par suicide dans ce groupe de jeunes soit très faible, chaque décès d'un enfant ou d'un jeune est une tragédie et une perte dévastatrice. Dans chaque cas, il est essentiel de comprendre ce qui s'est passé et pourquoi, afin d'identifier et d'agir sur tout ce qui peut être fait pour prévenir de futurs décès.

Changements dans le profil des patients

5.68 La revue systématique (Taylor et al : Caractéristiques des patients) a documenté l'augmentation rapide des orientations [en clinique/service de genre] dans de nombreux pays et a conclu : « Ces enfants présentent des niveaux de TSA, de TDAH, d'anxiété, de dépression, de troubles alimentaires, de suicidalité, d'automutilation et de traumatismes de l'enfance supérieurs à ceux attendus. Un accord sur les données relatives aux caractéristiques essentielles à recueillir lors de l'orientation/évaluation contribuerait à garantir que les études mesurent les résultats clés et permettrait aux services de se développer pour répondre aux besoins de ces enfants. Les services doivent évaluer les besoins et les complexités associés et y répondre ».

5.69 La population actuelle est différente de celle pour laquelle la pratique clinique a été développée, avec une proportion plus élevée de filles se présentant à l'adolescence. Il s'agit d'un groupe hétérogène présentant une large gamme de conditions associées, incluant souvent des besoins complexes. Cela doit se refléter dans les services proposés par le NHS.

6. Considérations développementales chez les enfants et les adolescents

6.1 Deux étapes de développement particulièrement critiques sont la petite enfance et l'adolescence. Il est fondamental de comprendre les multiples dimensions du développement typiques, depuis les événements antérieurs à la naissance jusqu'à la petite enfance et l'adolescence, en tenant compte de l'éventail des différences qui existent par rapport à un développement normal.

6.2 Ces considérations ont des répercussions sur les interventions cliniques et soulèvent des questions distinctes concernant les soins liés au genre pour les enfants et les jeunes, en comparaison avec ceux destinés aux adultes plus âgés.

6.3 Les questions abordées dans cette partie sont pertinentes pour :

- comprendre les connaissances actuelles sur la biologie de l'incongruence de genre ;
- analyser la vulnérabilité en matière de santé mentale ;
- examiner les considérations liées à la transition sociale (voir le Chapitre 12) ;
- évaluer les impacts potentiels des bloqueurs de puberté (voir le Chapitre 14) ;
- évaluer les impacts potentiels des hormones masculinisantes/féminisantes (voir le Chapitre 15) ;
- aborder la question du consentement (voir le Chapitre 16).

Développement du genre à travers l'enfance et l'adolescence

6.4 Le sexe biologique est déterminé par les chromosomes sexuels. Les hommes ont un chromosome X et un chromosome Y (XY) et les femmes ont deux chromosomes X (XX). Au début de la grossesse, tous les fœtus ont le potentiel de devenir mâles ou femelles. Un gène sur le

chromosome Y déclenche la production de testostérone, nécessaire à la formation des organes génitaux internes et externes masculins. En l'absence de testostérone, le fœtus développera une anatomie féminine.

6.5 Il existe de nombreuses différences biologiques entre les hommes et les femmes ; par exemple, la taille, la force musculaire, l'espérance de vie, ainsi que la susceptibilité à certaines maladies telles que le cancer du poumon ou les maladies cardiaques. Il existe également de très grands chevauchements entre les caractéristiques.

6.6 Des chercheurs ont identifié trois manières importantes par lesquelles les différences sexuelles s'expriment (Babu & Shah, 2021) :

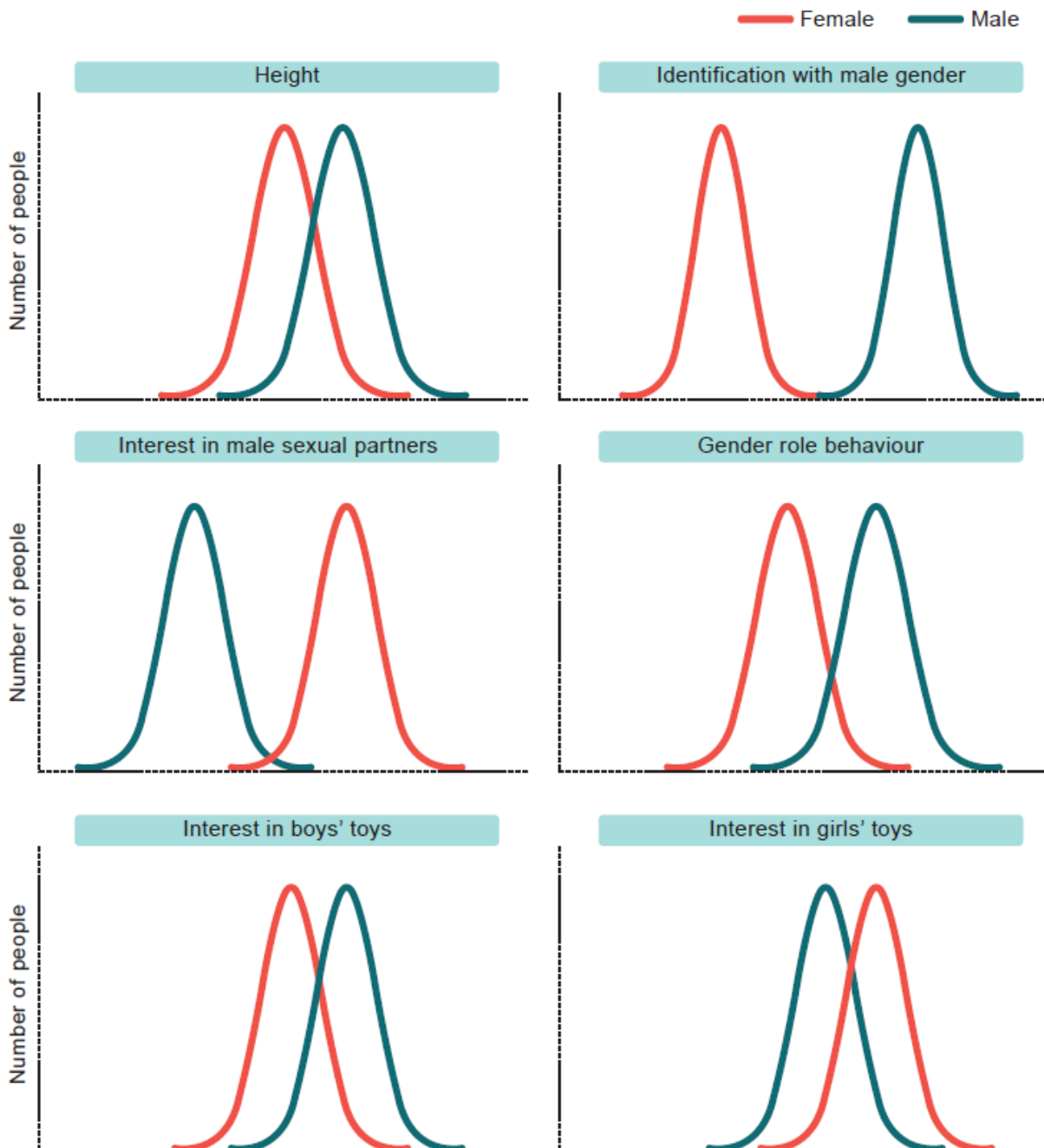
- les comportements liés aux rôles de genre (comportements tels que les préférences de jouets, le jeu, la manière d'être) ;
- l'identité de genre (un sens inné d'appartenance et d'auto-identification de son genre comme homme, femme ou un genre divers) ;
- et plus tard, l'orientation sexuelle (le sexe des individus envers lesquels on est sexuellement attiré).

6.7 On considère que ces trois éléments peuvent être influencés par des facteurs biologiques et sociaux, et ce domaine de recherche est en constante évolution.

6.8 La Figure 18 résume ces différences de sexe caractéristiques chez les humains. L'utilisation des termes « jouets pour garçons » et « jouets pour filles » par l'auteur peut sembler inconfortable, mais il s'agit d'une classification utilisée dans les études académiques. La figure illustre également

l'ampleur de la différence de sexe en ce qui concerne la taille des adultes. La taille est incluse pour fournir un comparateur familier permettant de contextualiser les tailles des différences comportementales/psychologiques liées au sexe (Hines, 2020a).

Figure 18 : Chevauchement des distributions de scores entre les hommes et femmes pour les caractéristiques psychologiques/comportementales présentant des différences sexuelles importantes et fiables



Source : Adapté de Hines, M. (2020). Human gender development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 118, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.07.018>, avec la permission de Elsevier.

N.B : Des scores plus élevés pour le comportement lié au rôle de genre représentent un comportement plus typique des hommes. Le chevauchement pour la taille est inclus comme comparaison familière.

6.9 Au Royaume-Uni, l'homme moyen mesure 1,75 m et la femme moyenne 1,63 m. Certaines femmes sont plus grandes que certains hommes, et cela fait partie de la variation par rapport à la normale. Il serait très difficile de deviner si une personne mesurant 1,70 m est un homme ou une femme, car cette taille se situe exactement au milieu du chevauchement.

6.10 Les attentes et les stéréotypes de la société ont façonné l'idée que les comportements liés au rôle de genre, l'identité de genre et la sexualité devraient tous s'aligner sur le sexe déclaré à la naissance. Ce n'est pas toujours le cas. Les comportements liés au rôle de genre, l'identité de genre et la sexualité peuvent varier indépendamment les uns des autres.

6.11 Les femmes sont le plus souvent attirées par des partenaires masculins, et vice versa, mais il existe un chevauchement entre les hommes et les femmes, certains individus étant homosexuels, bisexuels, asexuel, ou ayant des préférences sexuelles plus fluides.

6.12 Le sentiment d'identité de genre des enfants correspond le plus souvent à leur sexe déclaré à la naissance, mais il existe une variabilité importante dans la vitesse à laquelle les enfants développent la stabilité de leur identité de genre, ainsi que dans la manière dont ils expriment cette identité.

6.13 Certains enfants auront des comportements liés au rôle de genre qui ne s'alignent pas fortement sur leur sexe déclaré à la naissance, mais une identité de genre qui s'y aligne. Ils peuvent grandir pour être hétérosexuels ou homosexuels.

Développement des comportements liés au rôle de genre

6.14 Comme dans d'autres domaines du développement, l'identité de genre et les comportements liés au rôle de genre ont des étapes typiques (de Vries et al., 2013 ; deMayo et al., 2022).

6.15 Les différences de comportements liés au rôle de genre sont apparentes dès la maternelle, lorsque les enfants commencent à montrer des comportements stéréotypés selon le sexe dans leurs jeux. C'est à cette époque qu'ils cherchent à jouer avec des pairs du même sexe.

6.16 Le choix des jouets a été largement étudié. Les chercheurs classent les jouets en ceux qui sont généralement préférés par les garçons (par exemple, les voitures et les camions) et ceux qui sont généralement préférés par les filles (par exemple, les poupées). Une revue systématique (Davis et Hines, 2020) a montré que ces différences de choix de jouets sont très importantes.

6.17 Comme les caractéristiques biologiques telles que la taille, il existe un grand chevauchement dans les comportements liés au rôle de genre. Cette variabilité dans l'expression du rôle de genre existe dès le plus jeune âge (certaines filles présentent des comportements traditionnellement perçus comme plus masculins, et certains garçons présentent des comportements perçus comme plus féminins).

6.18 Une hypothèse courante est que le choix des jouets et les autres comportements liés au rôle de genre sont uniquement le résultat d'influences sociales ; par exemple, les garçons ne recevront que des camions et les filles que des poupées pour jouer. Bien que cela soit partiellement vrai, il existe des preuves d'une influence hormonale prénatale et postnatale sur ces comportements, ce qui sera abordé plus loin.

Développement de l'identité de genre

6.19 En 1966, Kohlberg a proposé une théorie du développement de l'identité de genre (Kohlberg, 1966). Selon cette théorie, les enfants acquièrent typiquement l'identité de genre (la conscience d'être un garçon ou une fille) entre 2 et 3 ans, la stabilité du genre (la compréhension que le genre ne change pas) entre 3 et 4 ans, et la constance du genre (la compréhension que des indicateurs superficiels tels que les vêtements ne changent pas le genre) entre 5 et 6 ans.

6.20 Les expériences de l'enfance ont évolué depuis l'époque de Kohlberg, et des recherches contemporaines sont nécessaires pour mieux comprendre et examiner ces principes fondamentaux, ainsi que l'influence des expériences de la petite enfance sur le développement de l'identité de genre.

Interaction entre nature culture

6.21 Les différences sexuelles dans le cerveau émergent dans la seconde moitié de la grossesse. De solides données issues d'études animales montrent que ces changements sont dus à la présence ou à l'absence de testostérone et ont des effets sur le développement différencié selon le sexe (Bakker, 2014).

6.22 Les trois caractéristiques humaines présentant des différences sexuelles particulièrement marquées (le type de jeu selon le sexe durant l'enfance, l'orientation sexuelle et l'identité de genre) ont été associées avec une exposition précoce à la testostérone.

6.23 Le type de jeu selon le sexe a été étudié plus largement que tout autre comportement humain dans ce contexte, et au moins 10 groupes de recherche indépendants ont rapporté un lien avec l'exposition prénatale à la testostérone (Hines, 2015).

6.24 Une grande partie de ces travaux repose sur des enfants présentant des niveaux atypiques d'hormones sexuelles, désignés sous le terme de Troubles/Différences du développement sexuel (*differences in sex development*, DSD), anciennement appelées intersexes.

6.25 La DSD la plus couramment étudiée est l'Hyperplasie surrénalienne congénitale (HCS). Dans cette condition, les femmes (XX) ont généralement des niveaux élevés de testostérone causés par des changements dans leurs gènes. Ces niveaux élevés de testostérone commencent avant la naissance et entraînent des organes génitaux partiellement masculinisés (Babu & Shah, 2021).

6.26 Les femmes (XX) atteintes de HCS sont généralement éduquée comme des femmes, car elles ont des organes internes féminins avec une capacité reproductive, mais elles sont plus susceptibles que d'autres femmes d'avoir des comportements de rôle masculin (par exemple, des jeux et des choix de jouets typiquement masculins) et un jeu moins typiquement féminin. À l'âge adulte, 50-75 % seront exclusivement hétérosexuelles, tandis que le reste sera bisexuel ou homosexuel. Seulement 2-5 % auront une dysphorie de genre qui conduira à une réassignation sexuelle ; cependant, certaines auront une identité féminine plus faible (Berenbaum & Beltz, 2011). Il semble donc que dans le cas de la HCS, bien que l'exposition prénatale à la testostérone ait un fort impact sur le comportement lié aux rôles de genre, l'identité de genre s'aligne principalement avec la façon dont il est éduqué en tant que garçon ou fille.

6.27 De même, les hommes (XY) atteints du Syndrome d'insensibilité aux androgènes complet (SICA) ont des testicules fonctionnels mais leurs cellules ne peuvent pas répondre à la testostérone, et ils développent des schémas de jeu typiquement féminins (Hines, 2020a).

6.28 Une situation plus imprévisible se produit lorsque des hommes (XY) naissent avec une variété de conditions où ils possèdent des niveaux normaux de testostérone mais un pénis très déformé ou absent. Si ces enfants sont éduqués comme des filles, la majorité continuera à s'identifier comme des femmes, malgré leurs niveaux normaux d'hormones masculines (Meyer-Bahlburg, 2005).

6.29 Il existe de nombreuses autres formes de DSD. La pratique a évolué : auparavant, l'approche consistait en des modifications

chirurgicales précoces pour correspondre au sexe assigné d'un individu ; désormais, l'accent est mis sur l'évaluation de la biologie de l'enfant pour prédire les résultats développementaux les plus probables, afin de guider le type d'éducation selon le sexe. Cette méthode diminue le risque que des interventions chirurgicales ou médicales irréversibles soient effectuées avant que l'individu ait acquis la capacité de comprendre son corps (et ses potentialités) et que son développement psychosexuel soit suffisamment avancé.

6.30 Une découverte importante est que certaines DSD présentent des résultats d'identité de genre plus prévisibles. Dans d'autres DSD, les prédictions à long terme sont moins fiables, et dans ces cas, le type d'éducation selon le sexe semble être un prédicteur plus fort de l'identité de genre durant l'enfance et au-delà.

6.31 En résumé, les études sur les enfants atteints de DSD suggèrent qu'il existe une interaction complexe entre les niveaux de testostérone, les organes génitaux externes, le type d'éducation selon le sexe et l'environnement socio-culturel, tous jouant un rôle dans l'identité de genre éventuelle. Il est important de prendre cela en compte pour comprendre la diversité des parcours pouvant entraîner une incongruence de genre.

Changements de l'adolescence à l'âge adulte

6.32 On distingue deux phases significatives de développement cérébral : la première s'étend jusqu'à l'âge de trois ans, tandis que la seconde couvre la période de l'adolescence jusqu'à l'âge adulte.

6.33 L'adolescence est une période de développement social, émotionnel, physique et cognitif rapide, qui peut être difficile à traverser pour certains jeunes. Les changements hormonaux liés à la puberté entraînent des modifications du corps physique et du cerveau, ainsi que des changements majeurs dans les attentes et les exigences sociales.

6.34 La compréhension du développement cérébral et les étapes de l'adolescence est

essentiel pour saisir comment l'identité de genre se rapporte aux autres aspects de cette période. Ces éléments doivent également être pris en compte dans le cadre de la prise en charge de l'incongruence de genre et de la détresse associée au genre durant cette période.

Changements dans le cerveau durant l'adolescence

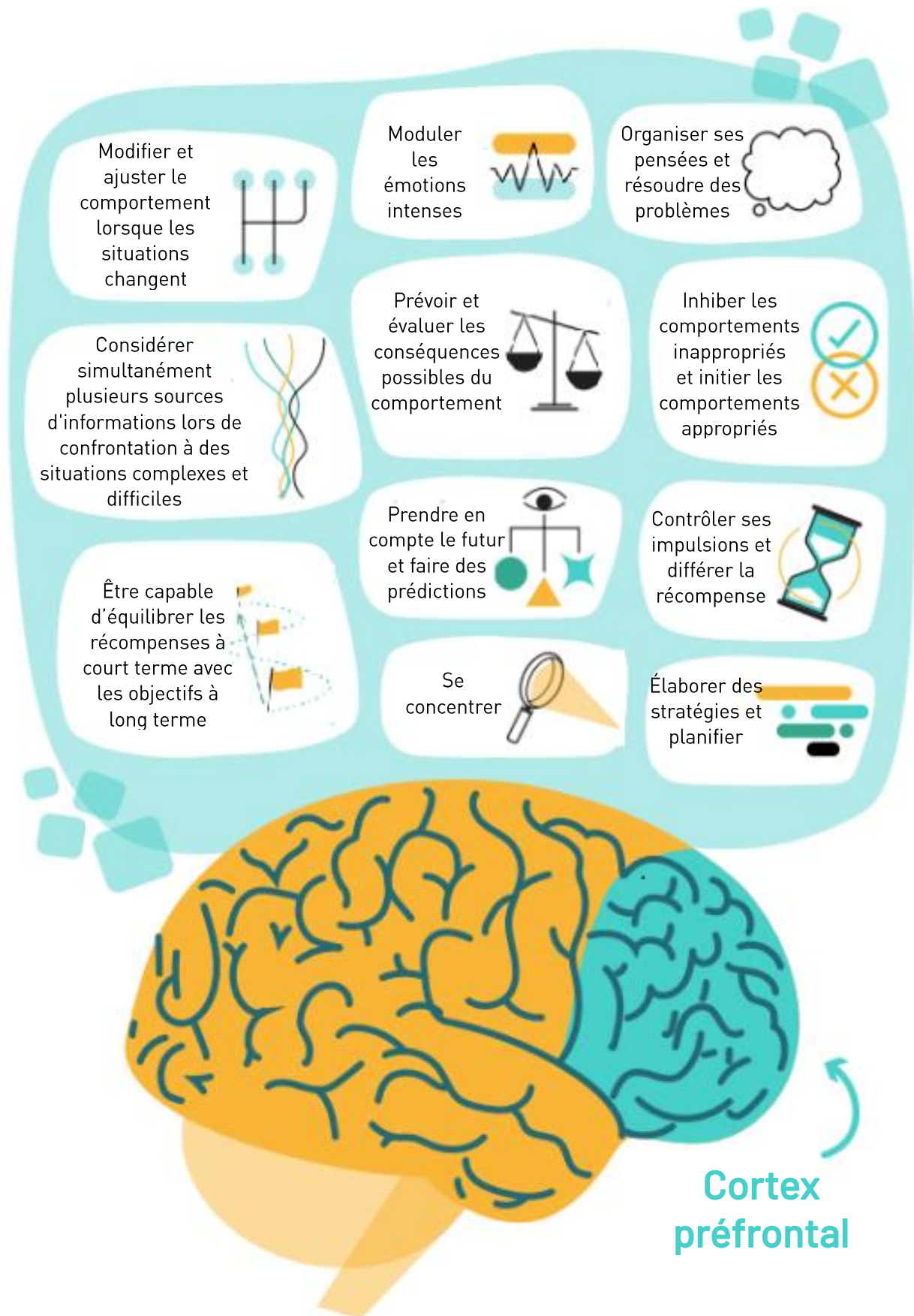
6.35 À partir du début de la puberté, les connexions neuronales inutilisées sont éliminées, tandis que d'autres connexions importantes deviennent plus fortes et plus rapides.

6.36 On pensait auparavant que la maturation du cerveau se terminait à l'adolescence, mais il est désormais compris que ce remodelage se poursuit jusqu'à la mi-vingtaine, alors que différentes parties du cerveau deviennent plus interconnectées et spécialisées (Giedd, 2016).

6.37 Ce remodelage cérébral ne se déroule pas de manière uniforme. Les changements dans le système limbique, qui est « orienté vers le présent » et concerne la prise de risques et la recherche de sensations, commencent avec la puberté ; cette partie du cerveau devient hypersensible, favorise la fluctuation des émotions, la recherche de plaisir et de nouveauté, et rend également les adolescents plus sensibles au rejet social, tout en les rendant vulnérables à l'addiction et à divers problèmes de santé mentale.

6.38 Le cortex préfrontal, « orienté vers l'avenir », mûrit plus tard, son développement se poursuivant dans la vingtaine. Comme illustré dans la Figure 19, il joue un rôle sur les fonctions exécutives telles que la prise de décisions complexes, le jugement rationnel, l'inhibition de l'impulsivité, la planification et la priorisation.

Figure 19 : Maturation cérébrale chez les adolescents



6.39 À 15 ans, les adolescents prennent des décisions similaires aux adultes face à des situations hypothétiques. Cependant, bien qu'ils sachent théoriquement évaluer les risques et les bénéfices potentiels, ils s'engagent parfois dans des comportements dangereux, malgré leur compréhension des dangers. Ainsi, le rôle des émotions et le lien entre sentiment et pensée sont essentiels pour comprendre la prise de décision chez les adolescents (Arain et al., 2013).

Le « cerveau social »

6.40 Le « cerveau social » désigne le réseau de zones cérébrales qui permettent de comprendre les intentions, désirs et croyances d'autrui. Le cortex préfrontal, qui a une maturation lente, en est une composante essentielle. C'est pourquoi ces aptitudes socio-cognitives évoluent considérablement de l'adolescence à l'âge adulte.

6.41 Au cours de l'adolescence, les pairs exercent une influence croissante tandis que celle des parents diminue. Leur estime de soi est très fortement influencée par ce que pensent d'eux leurs camarades. Des études ont montré que les adolescents sont hypersensibles à l'isolement social : ainsi, se conformer aux pairs afin d'éviter ce risque social (même si cela implique de prendre des risques pour la santé et leur sécurité), peut être considéré comme un choix rationnel car cela réduit la possibilité d'exclusion sociale (Blakemore, 2018).

Rôle des hormones sexuelles dans la maturation cérébrale

6.42 Les recherches montrent de façon de plus en plus évidente que les changements dans la maturation cérébrale décrites précédemment résultent d'une combinaison entre l'âge chronologique et la libération des hormones sexuelles durant la puberté (Goddings et al., 2019 ; Ravindranath et al., 2022 ; Sisk & Zehr, 2005). Les hormones sexuelles sont également responsables de l'augmentation des différences dans la structure du cerveau masculin et féminin (Beck et al., 2003).

6.43 Certains chercheurs ont suggéré qu'il pourrait y avoir une « période critique » à l'adolescence

pour le développement de processus de pensée et d'analyse plus complexes (Baxendale, 2024 ; Larsen & Luna, 2018), et davantage de travaux sont nécessaires pour clarifier ce point.

6.44 En résumé, l'enfance, l'adolescence et le début de l'âge adulte sont des périodes de développement dynamiques pour l'expression du genre, le développement cognitif et la maturation cérébrale globale, et en même temps, les jeunes doivent évoluer dans un monde de plus en plus complexe. Il est essentiel de prendre en compte ce contexte développemental délicat lorsqu'on cherche à comprendre comment l'incongruence de genre peut se manifester chez un individu, et à déterminer la meilleure façon d'y apporter une réponse adaptée.



7. Grandir dans les années 2000

7.1 Une génération se définit comme un ensemble de personnes partageant des années de naissance, des expériences de vie et des influences culturelles communes. Chaque génération est confrontée à de nouvelles expériences, avancées, technologies, défis et facteurs de stress, qui exercent une influence profonde sur leurs comportements, attitudes et croyances.

7.2 Bien qu'il puisse sembler simpliste de classer les individus selon leur année de naissance, cette approche s'avère utile pour comprendre comment les perspectives, ainsi que la santé et la maladie, peuvent être façonnées par des événements mondiaux majeurs (notamment la pandémie de Covid-19) et par les conditions sociales et économiques.

7.3 La Génération Z étant la génération dans laquelle le nombre de personnes s'adressant au NHS concernant leur identité de genre a augmenté, il est donc important d'avoir une certaine compréhension de leurs expériences et influences.

7.4 Ce groupe est constitué des individus nés entre 1995 et 2009, caractérisés par leur aisance numérique (maîtrise des technologies et des réseaux sociaux) et des traits distinctifs tels que l'esprit entrepreneurial, la conscience sociale, le pragmatisme et la diversité (Jayatissa, 2023).

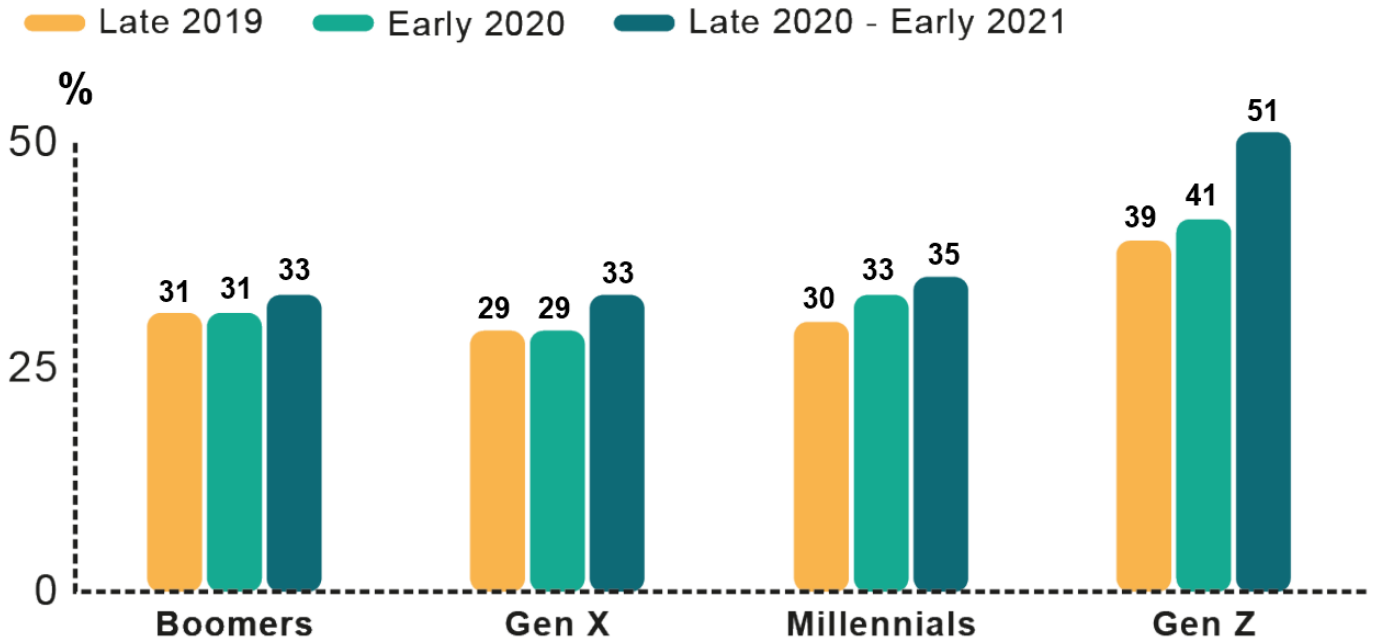
7.5 Dans un contexte plus large, la Génération Z et la Génération Alpha (nés depuis 2010) ont grandi en traversant une récession mondiale, des préoccupations liées au changement climatique et, plus récemment, la pandémie de Covid-19. L'interconnexion croissante des pays a engendré des avantages liés aux réseaux de pairs à l'échelle internationale, mais a également exposé ces jeunes à des inquiétudes concernant des menaces sur le plan mondial.

Croyances générationnelles et identité de genre

7.6 La Génération Z et certains jeunes Millennials (Génération Y) adoptent généralement des croyances différentes sur la fluidité et la mutabilité du genre par rapport aux générations précédentes. Les attitudes ont évolué rapidement, si bien qu'entre début 2020 et fin 2020/début 2021, les adultes de la Génération Z interrogés aux États-Unis sont devenus la première génération où la majorité a exprimé un désaccord avec l'affirmation selon laquelle « il n'existe que deux sexes, masculin et féminin » (Twenge, 2023).

7.7 Par ailleurs, des différences générationnelles se manifestent dans le nombre de jeunes adultes déclarant que leur genre vécu ne correspond pas à leur sexe déclaré à la naissance. Selon les données du recensement américain, en 2021-2022, 5,6 % des adultes de la Génération Z se sont identifiés comme transgenres ou non binaires, contre 2,4 % des Millennials et 1,5 % de la Génération X.

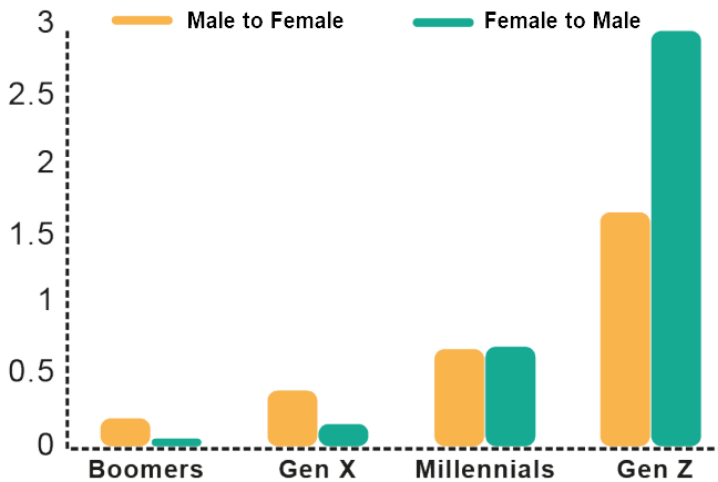
Figure 20 : Pourcentage d'adultes américains qui croient qu'il existe plus de deux sexes, par génération 2019-2021



Source : Adapté de Twenge, J. M. (2023). *Generations: The real differences between gen Z, millennials, gen X, boomers, and silents - and what they mean for America's future.* Atria Books.

N.B. : Montre le pourcentage de personnes qui ne sont pas d'accord avec l'affirmation « Il n'existe que deux genres, masculin et féminin. » Les données de fin 2019 ont été collectées du 18 juillet au 26 décembre ; les données de début 2020 ont été collectées du 2 janvier au 25 juin ; les données de fin 2020-début 2021 ont été collectées du 2 juillet 2020 au 12 janvier 2021.

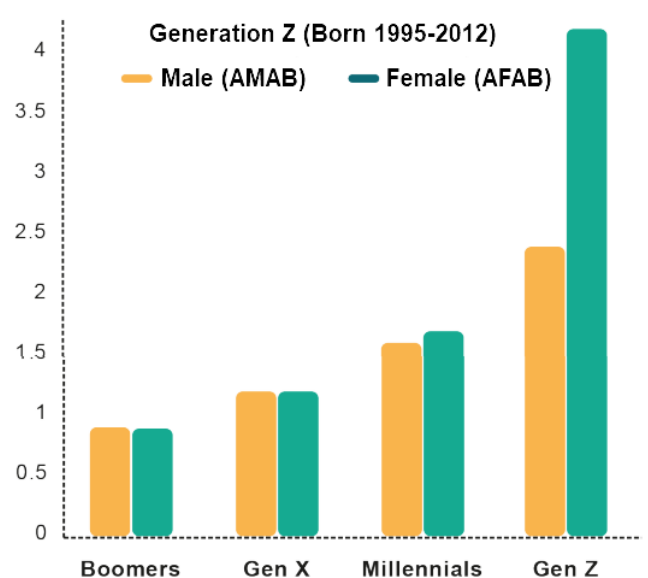
Figure 21 : Pourcentage d'adultes américains s'identifiant comme transgenres, par sexe assigné à la naissance et génération, 2021-2022



Source : Adapté de Twenge, J. M. (2023). *Generations: The real differences between gen Z, millennials, gen X, boomers, and silents - and what they mean for America's future.* Atria Books.

N.B. : Données collectées entre le 21 juillet 2021 et le 17 octobre 2022. Les termes proviennent de l'enquête BRFSS, bien qu'ils soient de plus en plus considérés comme obsolètes et remplacés par les termes femmes transgenres et hommes transgenres, respectivement.

Figure 22 : Pourcentage d'adultes américains s'identifiant comme non binaires, par sexe assigné à la naissance et génération, 2021-2022



Source : Adapté de Twenge, J. M. (2023). *Generations: The real differences between gen Z, millennials, gen X, boomers, and silents - and what they mean for America's future.* Atria Books.

N.B. : Données collectées entre le 21 juillet 2021 et le 17 octobre 2022. AMAB = assigné homme à la naissance ; AFAB = assigné femme à la naissance.

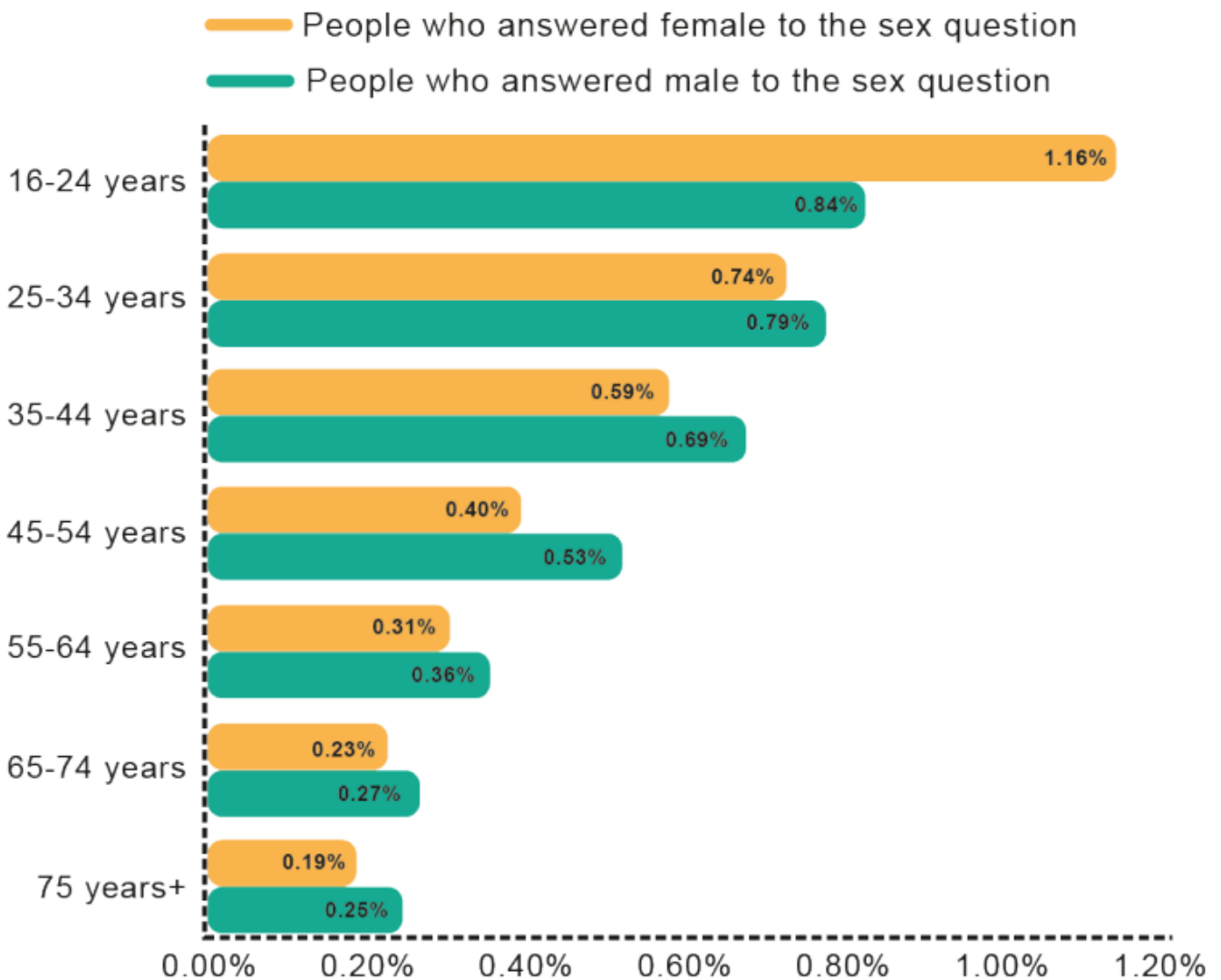
7.8 En accord avec d'autres tendances observées à l'échelle internationale, le recensement britannique de 2022 (*Office for National Statistics, 2023a*) a révélé que le groupe présentant le pourcentage le plus élevé (1,16 %) d'individus s'identifiant comme transgenres (définis comme ayant un genre différent du sexe déclaré à la naissance) était de sexe féminin à la naissance, âgées de 16 à 24 ans. Ce groupe d'âge était le seul où le nombre de femmes s'identifiant comme trans dépassait celui des hommes.

7.9 Les évolutions des perceptions vis-à-vis de l'identité de genre au sein de la génération Z ont engendré une pensée beaucoup plus flexible concernant l'expression de genre, marquant ainsi

un éloignement des stéréotypes traditionnels. Les jeunes de cette génération, ainsi que les Millennials plus jeunes, se montrent nettement plus disposés à expérimenter avec leur expression de genre que les générations antérieures.

7.10 Nombre de ces jeunes n'auront pas besoin de recourir aux services du NHS. Ils peuvent se percevoir comme situés à divers endroits sur un spectre, allant de la non-conformité de genre à transgenre. Beaucoup d'entre eux conserveront une identité de genre fluide pendant une période prolongée. Certains opteront pour une transition sociale, qu'elle soit partielle ou complète, sans toutefois rechercher d'interventions médicales.

Figure 23 : Pourcentage des résidents habituels âgés de 16 ans et plus s'identifiant comme trans par sexe et âge, Angleterre et Pays de Galles, 2021



Source: Office for National Statistics. (2023b, January 25). *Gender identity: age and sex, England and Wales: Census 2021*. Contient des informations du secteur public sous licence en vertu de la [Open Government Licence v3.0](#).

Facteurs de stress et préjudices sur Internet

7.11 La génération Z et la génération Alpha (née depuis 2010) ont grandi dans un environnement numérique sans précédent. Cela comporte de grands avantages, mais aussi de nouveaux défis et dangers. L'accès au monde en ligne a offert aux enfants et aux jeunes des ressources d'apprentissage, des informations globales et des moyens de communication inédits pour les générations précédentes. Cependant, cela les a également rendus vulnérables à de nouveaux dangers.

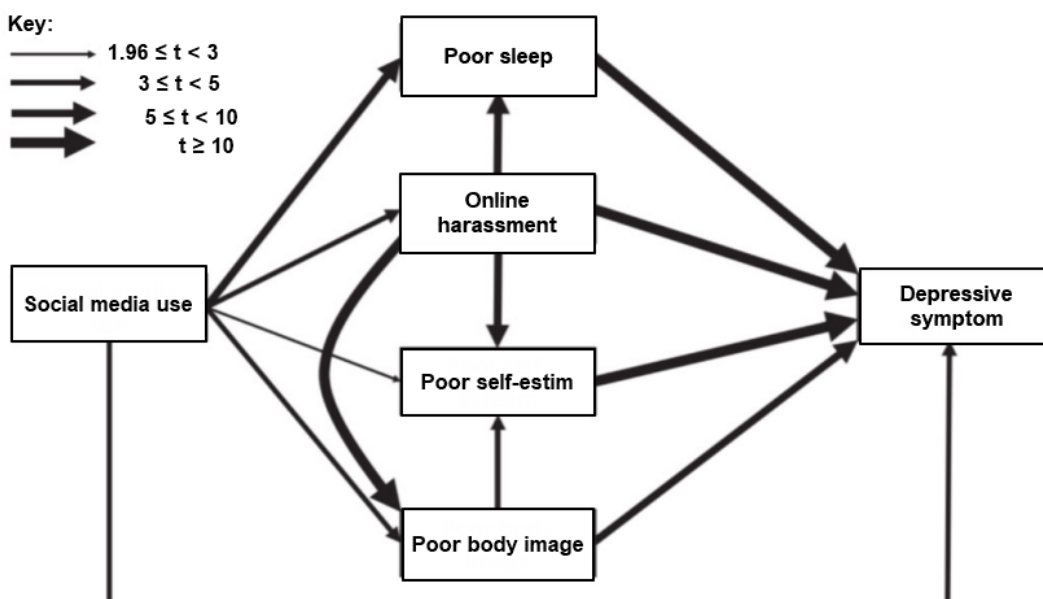
7.12 La *Millennium Cohort Study* (MCS) au Royaume-Uni a suivi 19 244 familles d'enfants nés entre septembre 2000 et janvier 2002. Une étude (Kelly et al., 2018) a utilisé ces données pour examiner la relation entre l'utilisation des médias sociaux et la santé mentale des adolescents de 14 ans dans cette cohorte (10 904 individus) :

- les filles ont déclaré passer plus de temps sur les réseaux sociaux que les garçons ; 43 % des filles ont utilisé les réseaux sociaux pendant trois heures ou plus par jour contre 22 % des garçons ;

- les filles étaient plus susceptibles d'être impliquées dans le harcèlement en ligne en tant que victimes ou auteurs (38,7 % contre 25,1 % respectivement) ;
- les filles étaient plus susceptibles d'avoir une faible estime de soi (12,8 % contre 8,9 % des garçons), d'être insatisfaites de leur poids (78,2 % contre 68,3 % des garçons) et d'être mécontentes de leur apparence (15,4 % contre 11,8 % des garçons) ;
- les filles étaient plus susceptibles de déclarer moins d'heures de sommeil que les garçons et de signaler des perturbations du sommeil fréquentes (27,6 % contre 20,2 %) ou la plupart du temps.

7.13 En moyenne, les filles avaient des scores de symptômes dépressifs plus élevés que les garçons. Le harcèlement en ligne, la mauvaise qualité et la quantité de sommeil, la faible estime de soi et l'image corporelle étaient tous fortement associés aux scores de symptômes dépressifs. La Figure 24 illustre la relation entre ces différents facteurs. L'épaisseur des flèches reflète l'intensité des liens entre ces différents facteurs.

Figure 24 : Utilisation des réseaux sociaux et symptômes dépressifs - résumé de l'analyse de chemin



Source : Kelly, Y., Zilanawala, A., Booker, C., & Sacker, A. (2018). Social Media Use and Adolescent Mental Health: Findings from the UK millennium cohort study. *EClinicalMedicine*, 6, 59-68. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.12.005>
© 2018 Publié par Elsevier Ltd. sous la licence Creative Commons CC-BY-NC-ND.

7.14 À mesure que le temps passé sur les réseaux sociaux augmente de 0 à 5 heures ou plus par jour, on constate une augmentation progressive des niveaux de symptômes dépressifs et de la proportion de jeunes en présentant des symptômes (Kelly et al., 2018).

7.15 Une revue systématique de 20 études a révélé que l'utilisation des réseaux sociaux était associée à des préoccupations concernant la perception de son corps et des troubles alimentaires (Holland & Tiggemann, 2016). De nombreuses autres recherches soulignent l'impact des smartphones et des réseaux sociaux sur la détresse mentale et le risque suicidaire chez les jeunes, en particulier chez les filles, avec une relation claire entre le temps passé en ligne et l'ampleur de ces effets. Les effets médiateurs des réseaux sociaux sur le sommeil de mauvaise qualité, l'image corporelle négative et le cyberharcèlement sont des thèmes récurrents dans la littérature.

Accès à du contenu sexuellement explicite

7.16 Le rapport du Commissaire aux enfants en 2023 (*Children's Commissioner, 2023*) a révélé que la pornographie est si répandue et normalisée que les enfants ne peuvent pas l'éviter. L'âge moyen auquel les enfants découvrent de la pornographie est de 13 ans, mais 10 % l'ont vue à 9 ans, et 27 % à 11 ans. La pornographie à laquelle ils sont exposés est souvent violente, mettant en scène des actes coercitifs, dégradants ou provoquant de la douleur. Une exposition précoce à ce type de contenu a des répercussions négatives sur l'estime de soi.

7.17 Les jeunes peuvent tomber par hasard sur de la pornographie en ligne, recevoir des images explicites de personnes qu'ils connaissent et, à l'âge de 16 à 21 ans, 58 % des garçons et 42 % des filles recherchaient activement du contenu pornographique.

7.18 Les jeunes âgés de 16 à 21 ans sont plus enclins à penser que les filles s'attendent à ou apprécient des relations sexuelles comportant de l'agression physique. Parmi tous les répondants,

47 % estiment que les filles « s'attendent » à ce que le sexe comporte une agression physique, comme une restriction des voies respiratoires ou des gifles, tandis que 42 % affirment que la plupart des filles « apprécient » des actes d'agression sexuelle. Une proportion plus importante de jeunes considère que les filles « s'attendent » ou « apprécient » les relations sexuelles agressives par rapport aux garçons.

7.19 Plusieurs études longitudinales ont montré que la consommation de pornographie chez les adolescents est associée à une augmentation ultérieure de l'insatisfaction sexuelle, relationnelle et vis-à-vis de corps (Hanson, 2020).

7.20 Les chercheurs recommandent d'approfondir l'étude de la consommation de pornographie en ligne et de la dysphorie de genre. Certains d'entre eux (Nadrowski, 2023) suggèrent que l'exploration du contexte dans lequel des jeunes questionnent leur genre devrait prendre en compte leur éventuelle consommation de contenu pornographique.

Santé mentale chez les enfants et les adolescents

7.21 L'augmentation frappante des jeunes présentant une incongruence/dysphorie de genre doit être considérée dans le contexte de la mauvaise santé mentale et de la détresse émotionnelle au sein de la population adolescente plus large, en particulier en raison de leurs taux élevés de problèmes de santé mentale coexistants et de troubles du neurodéveloppement.

7.22 À l'échelle internationale, les préoccupations concernant la santé mentale de la génération Z se multiplient. Les raisons de cette situation restent largement spéculatives, bien qu'un débat soit en cours sur l'impact de l'utilisation excessive des smartphones et des réseaux sociaux, comme évoqué précédemment.

7.23 L'Examen a interrogé un large éventail de professionnels de santé mentale afin de recueillir leurs observations concernant l'augmentation des problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents, tout en examinant certaines données disponibles au Royaume-Uni.

7.24 Les enquêtes nationales menées au Royaume-Uni entre 1999 et 2017 révèlent une hausse significative des problèmes de santé mentale parmi les populations d'enfants et d'adolescents, avec une augmentation particulièrement marquée de l'anxiété et de la dépression chez les adolescentes. En 2014, une forte hausse a été observée chez les jeunes femmes âgées de 16 à 24 ans, présentant des symptômes d'anxiété, de dépression et des comportements d'automutilation (NHS Digital, 2018).

7.25 La prévalence de « troubles mentaux probables » chez les enfants âgés de 8 à 16 ans est passée de 12,5 % en 2017 à 20,3 % en 2023. Chez les jeunes de 17 à 19 ans, les taux sont passés de 10,1 % en 2017 à 23,3 % en 2023 (NHS Digital, 2023).

7.26 Certaines conditions (par exemple, les troubles alimentaires) ont augmenté plus que

d'autres, en particulier chez les filles et les jeunes femmes (Tableau 5).

7.27 Des études sur les taux d'automutilation ont montré des augmentations similaires. Par exemple, entre 2011 et 2014, on constate une augmentation de presque 70 % chez les jeunes filles entre 13 et 16 ans présentant des comportements d'automutilation, ce qui n'a pas été observé chez les garçons ou dans d'autres groupes d'âge. Les taux d'automutilation chez les filles de 13 et 19 ans sont élevés tout au long de la période par rapport aux garçons (Morgan et al., 2017).

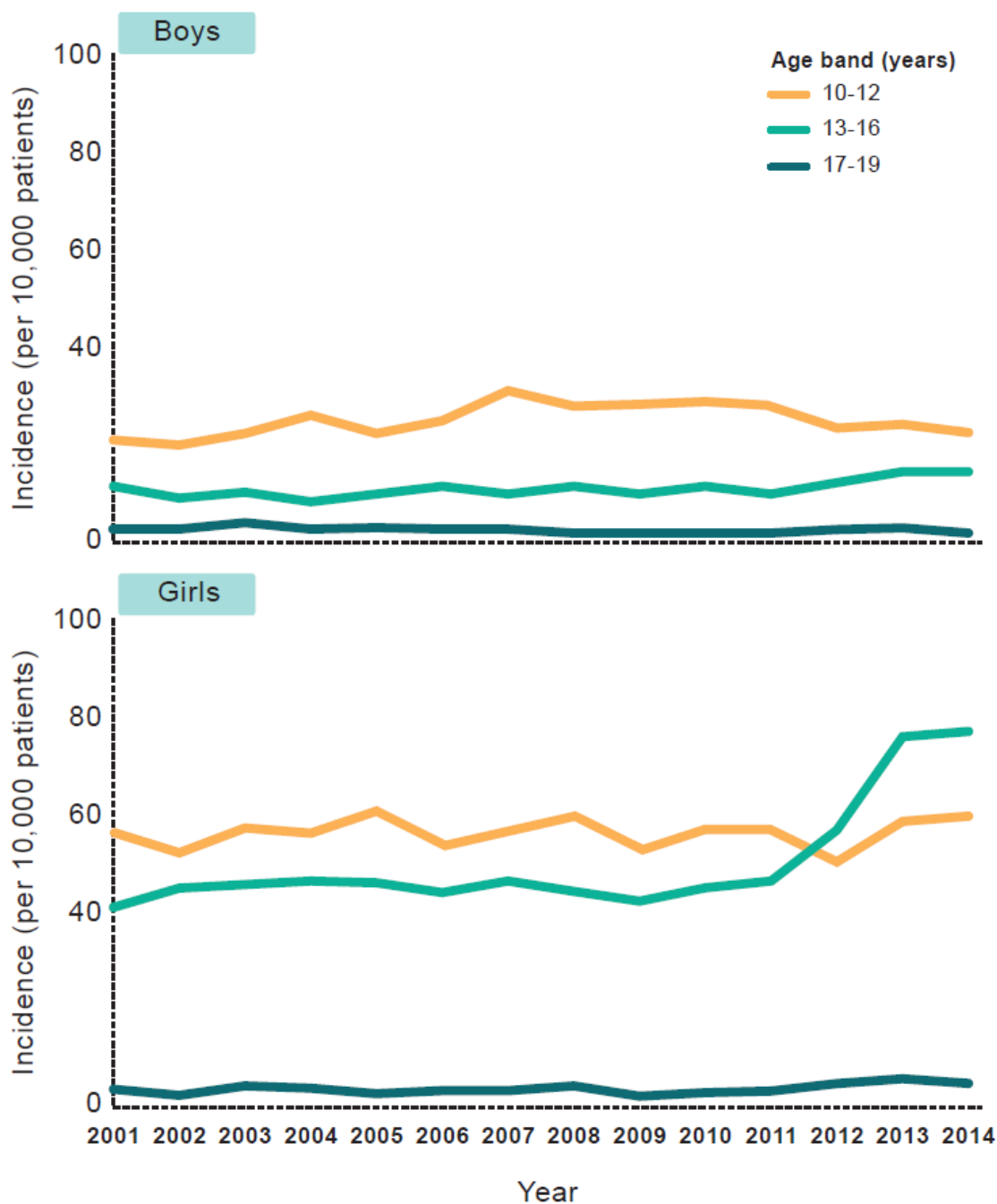
7.28 L'augmentation des consultations dans les cliniques de genre a en partie reflété cette détérioration de la santé mentale des enfants et des adolescents. Bien que les problèmes de santé mentale aient augmenté chez les garçons et les filles, cette tendance a été particulièrement marquée chez ces dernières. En plus de la hausse des cas de dépression et d'anxiété, on a également observé une augmentation des troubles alimentaires et des comportements d'automutilation depuis la pandémie de Covid-19 (Trafford et al., 2023).

Table 5 : Pourcentage d'enfants et de jeunes présentant un trouble alimentaire, par âge et sexe, en 2017 et 2023

| | 11-16 ans | | | 17-19 ans | | |
|-------------|-----------|----------|---------|-----------------|-----------------|---------|
| | Garçons % | Filles % | Total % | Jeunes hommes % | Jeunes filles % | Total % |
| 2017 | 0,2 | 0,9 | 0,5 | 0 | 1,6 | 0,8 |
| 2023 | 1,0 | 4,3 | 2,6 | 5,1 | 20,8 | 12,5 |

Source : NHS Digital (2023, November 21). [Mental Health of Children and Young People in England, 2023 - wave 4 follow up to the 2017 survey](#)

Figure 25 : Tendances au cours du temps de l'incidence annuelle de l'automutilation selon l'âge et le sexe, 2001-2014

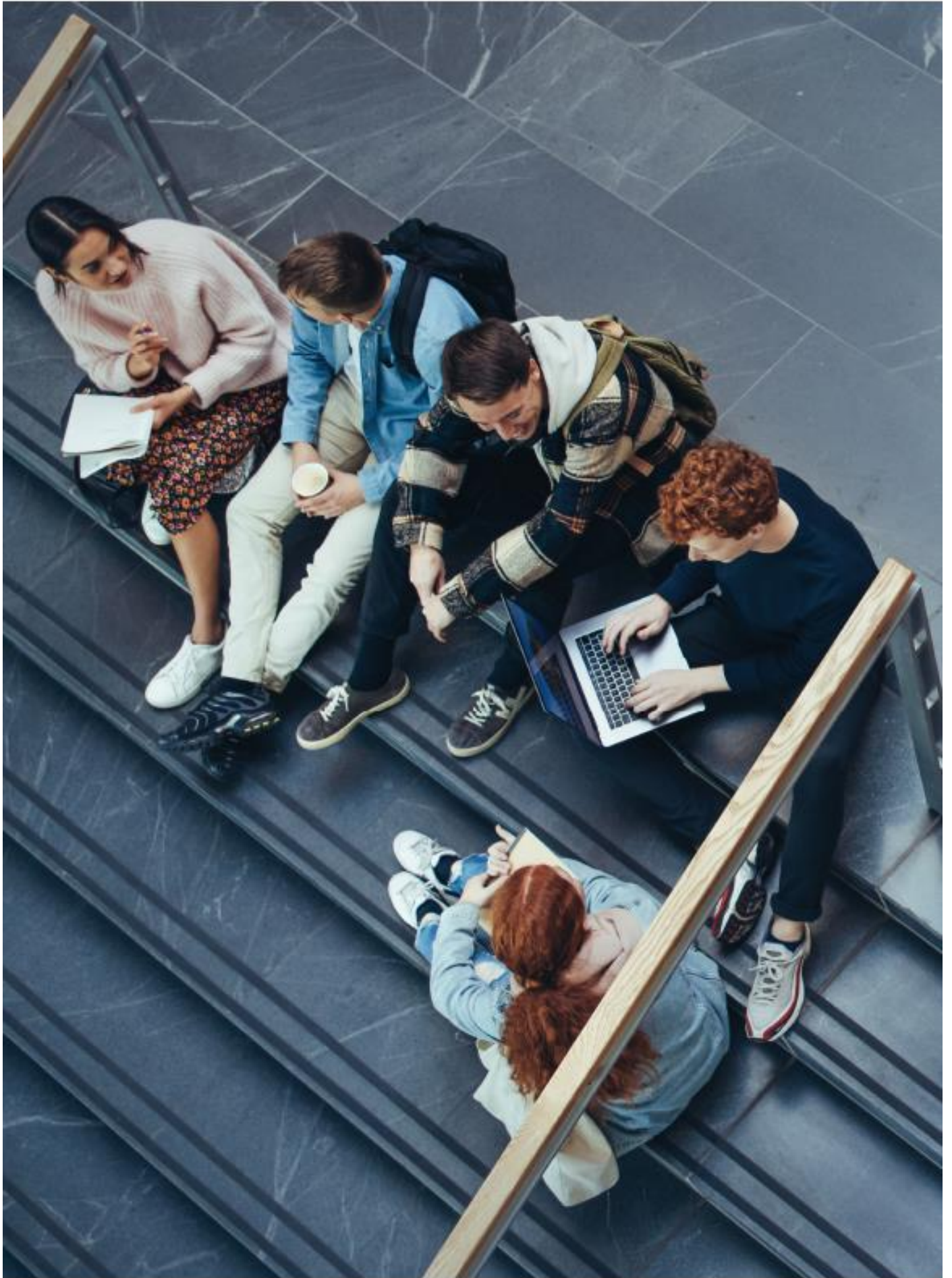


Source : Reproduit de Morgan, C., Webb, R. T., Carr, M. J., Kontopantelis, E., Green, J., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., & Ashcroft, D. M. (2017). Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: Cohort study in primary care. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4351> avec la permission de BMJ Publishing Group Ltd.

N.B. : Standardisé par l'indice de privation multiple et la région de résidence.

7.29 En plus des problèmes soulignés ci-dessus, les professionnels du NHS ont observé une augmentation des taux de certains troubles de santé mentale comme les tics fonctionnels, le Trouble dysmorphique corporel (TDC) et les troubles neurologiques fonctionnels. Ces changements ont été observés à l'échelle internationale et ont précédé la Covid-19, bien que certains se soient aggravés pendant la pandémie.

7.30 De nombreux jeunes présentant une dysphorie de genre présentent des associations des conditions mentionnées précédemment. Parfois, elles précèdent la dysphorie de genre et parfois elles la suivent. L'interaction complexe entre ces troubles n'est pas bien comprise.



8. Facteurs susceptibles d'influencer l'évolution du profil des patients

8.1 Il y a plus de vingt ans, Cohen-Kettenis et Gooren (1999) écrivaient que : « L'identité de genre adulte et le comportement de rôle de genre se développent progressivement sur une longue période et sont influencés par de multiples facteurs interagissant, actifs à différentes étapes de développement... notre compréhension de ce processus a considérablement augmenté, mais une grande partie reste encore énigmatique ». Cette citation trouve toujours un écho en 2024.

8.2 Ce rapport a mis en lumière l'évolution des caractéristiques des enfants et jeunes qui sont désormais pris en charge dans les services de genre du NHS. Afin de les accompagner au mieux, il est essentiel de mieux comprendre les facteurs qui influencent ce changement de profils.

8.3 Ce changement de profil (la majorité étant désormais de sexe féminin à la naissance) doit être replacé dans le contexte des évolutions observées dans la population générale, comme discuté dans le Chapitre 7.

8.4 Ce chapitre examine les preuves des facteurs biologiques dans le développement d'une identité transgenre, tout en abordant les facteurs psychosociaux contemporains, plus dynamiques.

Facteurs biologiques

8.5 Depuis des siècles, les personnes transgenres ont été principalement des femmes trans, se manifestant souvent à l'âge adulte. Certains adultes trans signalent avoir pris conscience de leur incongruence de genre et/ou avoir ressenti une dysphorie de genre dès leur enfance.

8.6 La recherche d'une cause biologique pour l'incongruence de genre revêt une importance pour certaines personnes transgenres et, pour certains professionnels, cela renforce la justification de la nécessité d'un traitement médical.

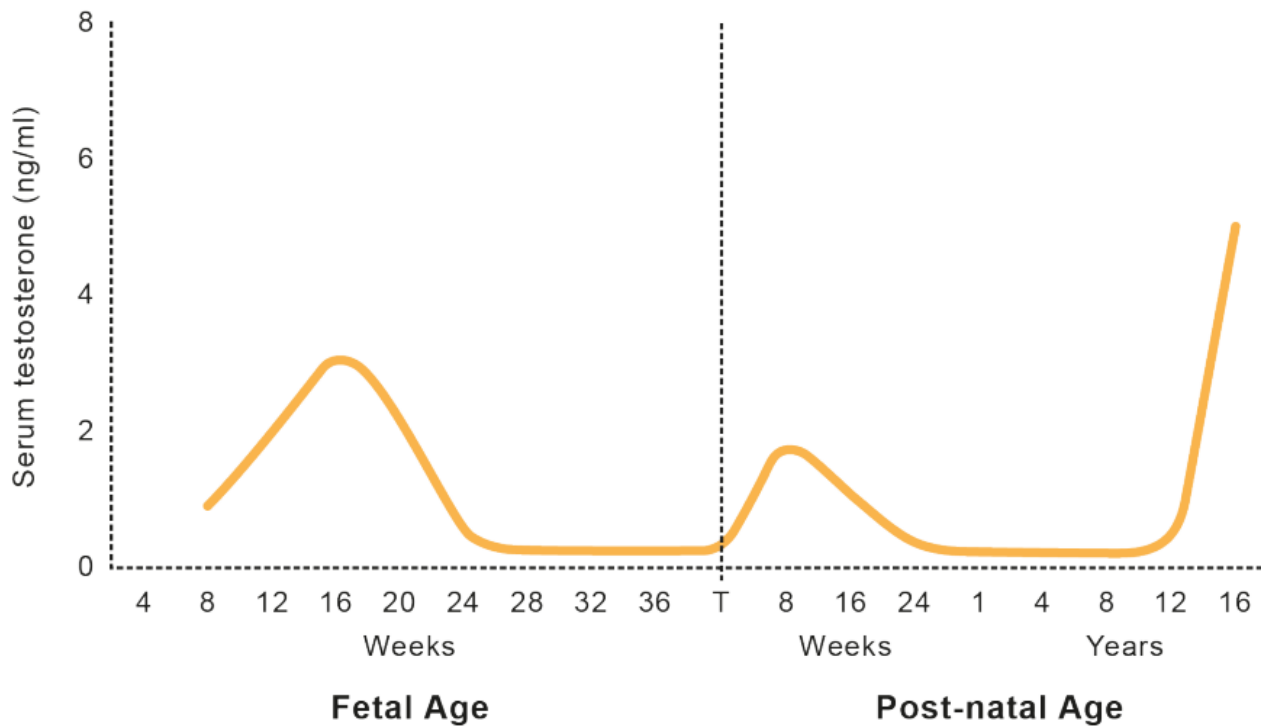
8.7 Trois principaux domaines de recherche se concentrent sur les facteurs biologiques : l'exposition hormonale prénatale et/ou pubertaire, la génétique (études sur les jumeaux) et la structure cérébrale (études d'imagerie).

Exposition hormonale prénatale et/ou pubertaire

8.8 Certains auteurs ont émis l'hypothèse que, puisque la différenciation sexuelle des organes génitaux se produit au cours des deux premiers mois de la grossesse, mais que la différenciation sexuelle du cerveau ne commence que dans la seconde moitié de la grossesse, ces deux processus peuvent être influencés indépendamment, entraînant ainsi une incongruence de genre (Swaab & Garcia-Falgueras, 2009).

8.9 Comme discuté précédemment, la plupart des preuves concernant l'influence des hormones prénatales proviennent de l'étude des personnes ayant des DSD. Ces preuves suggèrent que les hormones prénatales ont un impact significatif sur les comportements de rôle de genre, un effet modéré sur l'orientation sexuelle et un effet limité sur l'identité de genre.

8.10 La puberté constitue une seconde période potentielle où les hormones peuvent influencer l'expression de genre. Des études montrent que les traitements hormonaux masculinisants ou féminisants modifient la structure cérébrale (Ristori et al., 2020). Les conséquences neuropsychologiques de l'arrêt du développement pubertaire avec des bloqueurs de puberté reste mal comprises (Baxendale, 2024).

Figure 26 : Concentrations de testostérone sérique chez les hommes, de la conception à la puberté

Source : Adapté de Hines, M. (2020b). *Neuroscience and sex/gender: Looking back and forward. The Journal of Neuroscience*, 40(1), 37-43. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.0750-19.2019> sous : <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

8.11 Cependant, il n'existe toujours pas de preuves claires que des niveaux hormonaux modifiés, que ce soit durant la période prénatale ou pubertaire, soient responsables du développement de l'incongruence de genre, en dehors des cas de DSD, et ce domaine demeure difficile pour tester des hypothèses.

Génétique (études sur les jumeaux)

8.12 Étant donné que les jumeaux identiques possèdent des gènes identiques, lorsqu'un seul gène est responsable d'une caractéristique (par exemple, le groupe sanguin), les jumeaux auront tous les deux le même groupe sanguin. En revanche, les jumeaux non identiques, semblables à d'autres frères et sœurs, ne partagent qu'environ 50 % de leurs gènes, ce qui peut entraîner des différences dans leurs groupes sanguins. Les études sur les jumeaux examinent la fréquence à laquelle les jumeaux identiques présentent la même caractéristique (c'est-à-dire qu'ils sont concordants pour cette caractéristique) par rapport aux jumeaux non identiques. Si une caractéristique est fortement influencée par la génétique, on observe généralement un niveau de concordance élevé chez les jumeaux identiques par rapport aux non identiques.

8.13 Les études sur les jumeaux concernant l'identité de genre sont complexes ; jusqu'à récemment, la plupart des grandes études se concentraient uniquement sur la masculinité ou la féminité sans inclure le diagnostic d'incongruence de genre ou de dysphorie. Les rares recherches ayant intégré un diagnostic se basaient principalement sur les déclarations de parents, ne suivaient pas les participants à l'âge adulte et/ou disposaient d'échantillons de petite taille. Les études antérieures indiquent que les jumeaux identiques ont davantage tendance à partager la même identité de genre que les jumeaux non identiques, suggérant ainsi une influence génétique (Klink & Den Heijer, 2014).

8.14 En revanche, un article plus récent (Karamanis et al., 2022) a examiné une vaste population basée sur des données en Suède entre 2001 à 2016 et n'a trouvé aucune preuve d'influence génétique chez les individus ayant été formellement diagnostiqués avec une dysphorie de genre et/ou ayant reçu un traitement d'affirmation de genre. L'un des résultats les plus significatifs a révélé que les jumeaux non identiques de sexes différents étaient beaucoup

plus susceptibles d'être concordants pour la dysphorie de genre que des frères et sœurs ordinaires (37 % contre 0,16 %). Une explication possible est que les influences environnementales durant la grossesse pourraient jouer un rôle plus déterminant dans le développement de la dysphorie de genre que les facteurs génétiques. Ainsi, cette découverte renforce les théories concernant l'exposition aux hormones sexuelles in utero évoquées précédemment, au détriment des facteurs génétiques.

Structure cérébrale

8.15 Les chercheurs se sont également penchés sur les éventuelles différences de structure cérébrale chez les personnes présentant une incongruence de genre. Les études sur la structure cérébrale, qu'elles reposent sur des données post-mortem ou des techniques d'imagerie cérébrale, se révèlent complexes. À ce jour, certaines recherches ont indiqué que les cerveaux des femmes transgenres présentent des similarités avec ceux des femmes, notamment en ce qui concerne la taille de certaines structures. Cependant, en raison des nombreux chevauchements dans les caractéristiques des cerveaux masculins et féminins, il est difficile de différencier un cerveau masculin d'un cerveau féminin (Steensma et al., 2013a).

8.16 Malgré les défis liés à l'évaluation du degré de « masculinité » ou de « féminité » d'un cerveau en dehors de moyennes de groupes très larges, certaines études suggèrent que certaines caractéristiques cérébrales des femmes trans attirées par les hommes ressemblent davantage à celles des femmes, contrairement aux femmes trans attirées par les femmes. Ainsi, si des différences existent, elles pourraient être davantage liées à la sexualité qu'à l'identité de genre (Steensma et al., 2013a).

8.17 Un autre aspect à considérer est que les cerveaux ne sont pas statiques. Ils évoluent et s'adaptent au fil du temps en réponse à diverses activités telles que l'apprentissage de nouvelles compétences, la méditation, l'exercice physique ou le stress. Ce phénomène est connu sous le nom de plasticité cérébrale. Par conséquent, même s'il était possible d'observer des différences dans le

cerveau, celles-ci pourraient plutôt être le résultat d'une identité transgenre que sa cause.

8.18 L'interprétation des études sur le cerveau pose également problème pour plusieurs autres raisons. Par exemple, la plupart des études :

- se concentrent sur les cerveaux des femmes transgenres et non ceux des hommes transgenres ;
- sont basées sur de petits échantillons et n'ont pas été reproduites de manière fiable ;
- examinent les structures cérébrales après un traitement par des hormones féminisantes (plutôt qu'avant et après le traitement), de sorte que les changements pourraient être causés par le traitement plutôt que par des différences intrinsèques.

8.19 Plus récemment, l'orientation des recherches a évolué, s'éloignant de la question de savoir si les cerveaux des personnes transgenres sont davantage « masculins » ou « féminins » pour se concentrer sur la possibilité d'un « cerveau transgenre » distinct (Mueller, 2021). Pour cela, les chercheurs ont réalisé une « méga » analyse en combinant les résultats d'études d'imagerie antérieures. Ils ont constaté que « plutôt que d'être simplement déplacés vers l'une ou l'autre extrémité du spectre masculin-féminin, les personnes transgenres semblent présenter un phénotype cérébral unique ». Toutefois, ce type d'analyse est souvent sujet à des résultats faussement positifs. Étant donné l'hétérogénéité de cette population, cela équivaldrait à suggérer que toutes les personnes avec un trouble du neurodéveloppement partagent un même cerveau unique, ce qui n'est pas une hypothèse crédible.

8.20 Avec l'évolution de la technologie d'imagerie, les études sur le cerveau continueront d'offrir une mine d'informations précieuses. Cependant, à ce jour, la recherche dans ce domaine n'a pas identifié de manière fiable des changements cérébraux directement liés à l'incongruence de genre. Même si cela était possible, cela pourrait ne pas fournir d'informations sur la causalité.

Résumé des preuves biologiques

8.21 Bien qu'il n'existe pas de preuve claire d'une cause biologique simple pour l'incongruence de genre, il est possible que certains individus aient une prédisposition biologique qui les rend plus susceptibles de développer cette incongruence.

8.22 Les expériences vécues et les comportements sont façonnés par une combinaison complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (environnementaux). À titre d'exemple, les personnes porteuses du gène BRCA présentent un risque génétique élevé de cancer du sein, tandis que celles qui ne possèdent pas ce gène et n'ont pas d'antécédents familiaux voient des facteurs tels que le tabagisme, l'obésité et le manque d'exercice jouer un rôle beaucoup plus significatif. En d'autres termes, bien que le résultat final soit identique, les causes diffèrent.

8.23 Pour les enfants et les jeunes présentant une incongruence de genre, des facteurs 'innés' ou biologiques peuvent influencer certains individus de manières encore mal comprises, tandis que pour d'autres, des facteurs psychosociaux, tels que les expériences de vie ainsi que les influences sociétales et culturelles, peuvent revêtir une importance plus grande. Étant donné que les facteurs biologiques n'ont pas évolué au cours des dix dernières années, il est essentiel d'explorer d'autres raisons potentielles pour l'augmentation des demandes de prise en charge et la représentation disproportionnée des personnes de sexe féminin à la naissance.

Facteurs psychosociaux

8.24 Plusieurs explications ont été avancées pour expliquer l'augmentation des jeunes filles se présentant aux services de genre au début de l'adolescence, souvent avec un profil complexe et/ou des problèmes de santé mentale supplémentaires et/ou un trouble du neurodéveloppement (TND) :

- **Acceptation sociale** : l'acceptation croissante des identités transgenres aurait permis aux jeunes de s'affirmer plus facilement, et l'augmentation des chiffres reflèterait désormais la véritable prévalence de l'incongruence de genre au sein de la société.

- **Évolution des concepts de genre et de sexualité** : cela peut inclure un changement dans la façon dont la sexualité s'exprime, ainsi qu'un spectre de genre plus large (par exemple, les identités non binaires et d'autres identités de genre qui sont plus courantes chez les personnes de sexe féminin à la naissance).
- **Troubles de santé mentale se manifestant de manière plus variée** : par exemple, tout comme la détresse peut se manifester par des troubles alimentaires ou de la dépression, elle pourrait également se traduire par une détresse liée au genre.
- **Influence des pairs et influence socioculturelle** : par exemple l'influence des médias et l'évolution des attitudes d'une génération à l'autre. Cette explication est potentiellement la plus contestée, le terme « contagion sociale » suscitant une inquiétude particulière au sein de la communauté trans.
- **Disponibilité des bloqueurs de puberté** : la très nette augmentation des demandes de consultation dans de nombreux pays a coïncidé avec la mise en œuvre de l'approche néerlandaise, d'abord adoptée aux Pays-Bas puis dans d'autres pays de manière similaire.

8.24 Des explications réductrices comme « toutes les personnes trans naissent ainsi » ou « tout est une contagion sociale », ne tiennent pas compte de la multitude de facteurs pouvant amener les jeunes à éprouver une détresse liée au genre, et elles ne reconnaissent pas leur expérience.

Acceptation sociale

8.26 Bien qu'il soit indéniable qu'il y ait une acceptation beaucoup plus grande des identités trans, en particulier parmi la génération Z, et que cela puisse expliquer en partie l'augmentation des chiffres, cela ne constitue pas une explication adéquate pour le phénomène global. Les arguments qui remettent en question cette explication incluent :

- l'augmentation exponentielle des chiffres sur une période de 5 ans, qui est nettement plus rapide que ce que l'on pourrait attendre pour l'évolution normale de l'acceptation d'un groupe minoritaire. ;

- l'augmentation rapide du nombre de personnes se présentant aux services de genre dans les populations occidentales ;
- le changement de prévalence entre les hommes et les femmes. Le profil actuel de cette cohorte est différent de celui de toute période historique antérieure ;
- les différences marquées entre le nombre de personnes s'identifiant transgenres/non binaires dans la génération Z et les jeunes milléniaux et le nombre de personnes âgées de plus de 25-30 ans. On s'attendrait à ce que les adultes plus âgés montrent également des signes d'une détresse liée au genre, même s'ils se sentent incapables de « faire leur *coming out* » ;
- l'incapacité à expliquer l'augmentation des profils complexes.

Changements dans les concepts de genre et de sexualité

8.27 La relation entre la sexualité et l'identité de genre est complexe et contestée. Une identité transgenre ne détermine pas la sexualité d'un individu. Cependant, dans le cadre de cet Examen, il est essentiel d'explorer la relation entre l'identité sexuelle et l'identité de genre, car la sexualité joue un rôle significatif dans la construction de l'identité personnelle, et les deux peuvent évoluer de manière fluide durant l'adolescence.

8.28 Dans l'étude néerlandaise originale (de Vries et al., 2011b), 89 % des 70 patients étaient homosexuels, la plupart des autres étant bisexuels. Un seul patient était hétérosexuel.

8.29 En revanche, dans une étude détaillée sur des jeunes avec un TSA et une dysphorie de genre (de Vries et al., 2010), il a été noté que « bien que presque tous les adolescents avec un Trouble de l'identité de genre (TIG) soient attirés sexuellement par des individus de leur sexe de naissance, la majorité des adolescents présentant une dysphorie de genre et avec un TSA étaient attirés sexuellement par des partenaires de l'autre sexe ».

8.30 Un article du GIDS en 2016 (Holt et al., 2016) a rapporté l'orientation sexuelle chez 57 % (97) d'un échantillon de patients de la clinique âgés de plus de 12 ans pour lesquels cette information était disponible. Parmi les jeunes de sexe féminin à la naissance, 68 % étaient attirées par des femmes, 21 % étaient bisexuelles, 9 % étaient attirées par des hommes et 2 % étaient asexuelles. Parmi les hommes à la naissance, 42 % étaient attirés par des hommes, 39 % étaient bisexuels et 19 % étaient attirés par des femmes.

8.31 L'Examen n'a pas pu obtenir de données récentes concernant l'orientation sexuelle de la cohorte de patients du GIDS. Lorsque la question a été posée, les professionnels du GIDS ont donné des réponses variées sur la manière dont ils abordent la sexualité avec les patients du service, ce qui pourrait indiquer des différences dans leurs pratiques.

8.32 En ce qui concerne les expériences vécues, plusieurs parents de filles ont indiqué à l'Examen que leur enfant avait traversé une période d'identification trans avant de reconnaître qu'elle était cisgenre et homosexuelle. Des témoignages similaires ont été entendus de la part d'adultes cisgenres (certains homosexuels et d'autres hétérosexuels) concernant leurs premières expériences de remise en question de leur genre.

8.33 Des professionnels et des parents ont rapporté que les élèves gays continuent d'être stigmatisés et harcelés à l'école, avec parfois le sentiment de bénéficier de moins d'acceptation par rapport aux élèves trans. Cependant, l'Examen a également entendu de multiples témoignages attestant que le fait d'avoir une identité trans représente un parcours difficile, les jeunes étant souvent confrontés à du harcèlement et à des abus.

8.34 Il est généralement reconnu que l'exposition à la sexualité survient à un âge précoce. Cependant, les effets de cette exposition sur la compréhension que les jeunes ont de leur sexualité et/ou de leur identité de genre demeurent incertains.

8.35 Dans certaines cultures strictement religieuses, le fait d'être transgenre est mieux

accepté que l'homosexualité, car cela est considéré comme un problème physique plutôt que psychologique.

8.36 Il est courant à l'adolescence d'éprouver une attirance homosexuelle et de ne pas se conformer aux stéréotypes de genre. Pour donner sens à ces sentiments, les jeunes doivent désormais jongler avec un jeu d'interactions de plus en plus complexe entre sexe et genre.

8.37 En réalité, chaque jeune est influencé par divers facteurs socio-culturels qui façonnent sa compréhension de son identité de genre et de son orientation sexuelle, un domaine qui mérite d'être exploré et compris en profondeur.

Troubles de santé mentale se manifestant de manière plus variée

8.38 Comme évoqué précédemment, les taux de troubles mentaux chez les enfants et les jeunes, en particulier chez les filles et les jeunes femmes, ont augmenté au cours de la dernière décennie. Cela coïncide avec l'augmentation du nombre d'enfants et de jeunes ayant demandé un suivi aux cliniques de genre du NHS.

8.39 La population orientée aux cliniques de genre présente des taux élevés de diagnostics de santé mentale, de troubles du neurodéveloppement et de traumatismes de l'enfance. Parallèlement, les jeunes semblent désormais plus enclins à évoquer leur identité de genre lorsqu'ils consultent des services de santé mentale.

8.40 Des audits initiaux et des études suggèrent que les traumatismes de l'enfance constituent un facteur prédisposant. Cela a été démontré dès le premier audit du service GIDS (Di Ceglie et al., 2002) ainsi que dans la revue systématique (Taylor et al. : caractéristiques des patients).

8.41 Certaines personnes contestent l'idée selon laquelle l'identité trans pourrait être secondaire à des problèmes de santé mentale, suggérant plutôt que les problèmes de santé mentale observés sont une réaction au stress lié à leur statut de minorité.

8.42 L'association est probablement complexe et ces éléments interagissent mutuellement dans les deux sens. Chez certains, des problèmes de santé mentale antérieurs (comme l'anxiété, la dépression, le TOC ou les troubles alimentaires) peuvent entraîner un questionnement de genre. Dans ces cas, traiter le trouble mental et renforcer la compréhension de son identité peut aider à résoudre certaines questions relatives à l'identité de genre. Pour d'autres, la détresse liée au genre peut être la préoccupation principale, pouvant entraîner des problèmes de santé mentale ultérieurs. Par ailleurs, les problèmes de santé mentale et la détresse liée au genre peuvent être associés et influencés par d'autres facteurs comme des troubles du neurodéveloppement et des traumatismes.

8.43 Des traitements efficaces bien établis existent pour de nombreux troubles de santé mentale. Les personnes présentant une dysphorie de genre devraient pouvoir y accéder si besoin, y compris en cas de troubles du neurodéveloppement.

8.44 Le diagnostic et le traitement des problèmes de santé mentale chez un jeune présentant une incongruence/dysphorie de genre ne devraient pas constituer un obstacle à la prise en compte et à l'évaluation de ses préoccupations liées au genre en parallèle.

Influences des pairs et influence socio-culturelle

8.45 Les jeunes s'informent principalement en ligne et auprès de leurs pairs concernant les divers aspects de leur vie.

8.46 Les évolutions socioculturelles dans la compréhension du genre influencent leur perception d'eux-mêmes.

8.47 La façon dont une personne considère sa santé physique est fortement influencée par les valeurs et les croyances du groupe social en qui elle a confiance. Par conséquent, il est plus probable que des sensations de douleur, de stress mental ou des différences perçues par rapport aux pairs soient interprétées selon les valeurs et normes de son groupe social.

8.48 Plus précisément, les jeunes en questionnement sur leur genre et leurs parents ont mentionné, lors de cet Examen, des informations en ligne présentant l'inconfort naturellement ressenti durant cette phase de développement comme un indicateur potentiel d'une identité trans. Ils ont souligné que certains influenceurs ont exercé une influence notable sur les croyances et la compréhension que leur enfant a de son genre.

8.49 Les groupes de discussion menés dans le cadre de l'Examen avec des jeunes de genre divers ont révélé que « les jeunes rencontrent des difficultés à accéder à des sources d'information fiables, préférant les comptes de réseaux sociaux basés sur l'expérience vécue aux médias traditionnels ».

« J'ai toujours constaté que parler à des personnes ayant de l'expérience vécue est le mieux, soit sur des forums ou des endroits comme Reddit ou sur les réseaux sociaux et d'autres endroits. »

« Beaucoup de personnes trans font des vidéos YouTube qui, selon moi, constituent une source d'information [majeure] pour de nombreuses personnes, et c'est principalement là que je trouve mes informations, pas tellement auprès de services professionnels. »

« Je dois passer du temps à analyser l'information et à l'évaluer. J'ai l'impression que je dois toujours être sceptique par rapport aux informations que je lis, et vraiment réfléchir à la raison pour laquelle elles sont écrites »

Groupes de discussion sur l'expérience vécue des jeunes

Disponibilité des bloqueurs de puberté

8.50 L'augmentation spectaculaire des consultations dans les cliniques de genre du NHS (National Health Service) à partir de 2014, ainsi que dans plusieurs autres pays, a coïncidé avec la mise à disposition des bloqueurs de puberté en dehors du protocole et pour un groupe plus large de jeunes. Le seul pays ayant connu une accélération plus précoce des orientations est les Pays-Bas, où le protocole néerlandais a été développé.

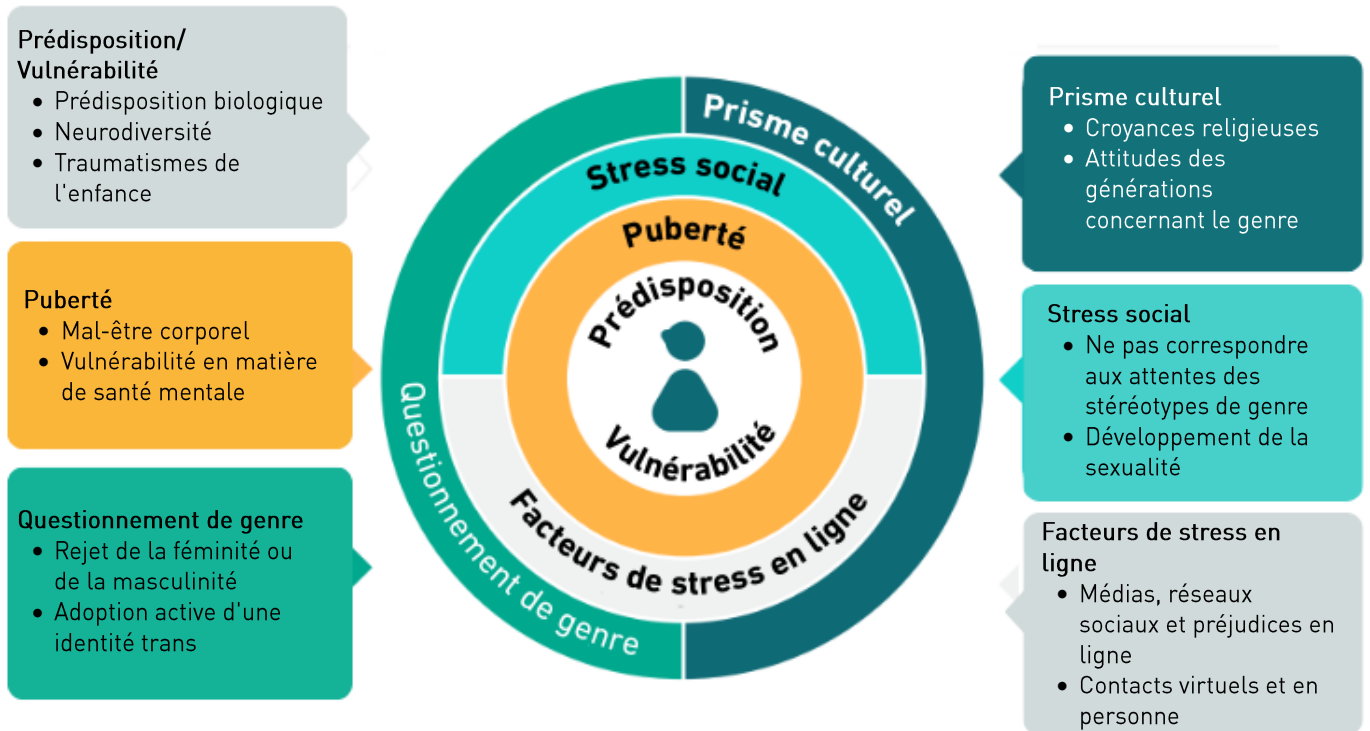
8.51 Bien qu'il ne soit pas possible d'établir un lien de causalité dans un sens ou dans l'autre, il est envisageable que la plus grande facilité d'accès aux traitements de blocage pubertaire ait pu influencer le nombre de jeunes recherchant cette intervention.

Conclusion

8.52 Il est largement admis que l'incongruence de genre est le résultat d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ce modèle « biopsychosocial » permet de mieux comprendre des phénomènes aussi variés que l'intelligence, les capacités athlétiques, l'espérance de vie, la dépression ou encore les maladies cardiaques, en considérant leur nature multifactorielle.

8.53 La figure 27 illustre comment, chez un individu donné, l'incongruence de genre et/ou la dysphorie peut résulter d'un ou deux facteurs, ou bien d'une série de facteurs qui façonnent la manière dont un jeune se perçoit.

Figure 27 : Interaction complexe entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux



Le profil varie selon l'individu



Exemples illustratifs

8.54 Bien que nous ne disposions pas de preuves définitives sur les causes biologiques de l'incongruence de genre, il est possible que certaines personnes aient une prédisposition biologique. Cependant, d'autres facteurs psychologiques, personnels et sociaux influencent l'évolution et l'expression de l'identité de genre.

8.55 À l'approche de la puberté, l'utilisation d'internet et les réseaux sociaux peut avoir un impact important sur l'identité, les questions de genre et le développement des jeunes. Comme l'explique le chapitre sur le développement à l'adolescence, cette période se caractérise par un fort besoin d'appartenance et d'intégration au

groupe de pairs. Les jeunes qui se sentent déjà « différents » peuvent avoir des difficultés supplémentaires à s'intégrer s'ils ne correspondent pas aux manifestations de masculinité et de féminité auxquelles ils sont exposés socialement et/ou en ligne.

8.56 L'influence des pairs à ce stade de la vie est très puissante. Outre l'influence des réseaux sociaux, l'Examen a recueilli des témoignages de jeunes filles qui ont établi des amitiés profondes avec d'autres élèves remettant en question leur genre ou se déclarant transgenres, et qui se sont par la suite identifiées elles-mêmes comme trans.

8.57 Il est fréquent que les individus perçoivent leurs expériences personnelles et leur santé physique en fonction de leur culture et de leurs croyances personnelles. Les règles, les valeurs et les attentes partagées chez les jeunes peuvent influencer la façon dont ils interprètent leur identité personnelle, sexuelle et de genre.

8.58 La puberté est une période intense de changements rapides et souvent difficile à vivre, durant laquelle les jeunes, et particulièrement les filles, sont vulnérables aux problèmes de santé mentale. Les transformations non souhaitées du corps peuvent être difficiles à vivre pour tous les jeunes, mais elles peuvent être particulièrement déstabilisantes pour les jeunes autistes du fait de leur hyper/hypo sensibilités sensorielles.

8.59 Les informations concernant la santé mentale des jeunes, l'utilisation des réseaux sociaux et les dangers et menaces auxquels les jeunes peuvent être exposés sur Internet montrent que la période de l'adolescence devient de plus en plus difficile. Les jeunes d'aujourd'hui font face à des sources de stress que les générations précédentes n'avaient pas à affronter. Durant cette période, la détresse mentale peut se manifester par des problèmes physiques, comme les troubles alimentaires ou un trouble dysmorphique du corps. Pour certains jeunes, cela peut également entraîner une détresse liée à leur identité de genre.

8.60 Une étude a suivi 2 772 adolescents de 11 à 26 ans. L'insatisfaction à l'égard du genre (définie par la question « Je voudrais être du sexe opposé ») était élevée au début de l'adolescence, a diminué au début de la vingtaine, et était associée à une moins bonne image de soi et à une moins bonne santé mentale tout au long du développement. Elle était également plus souvent associée à une attirance homosexuelle par rapport à ceux qui n'avaient pas d'insatisfaction à l'égard du genre (Rawee et al., 2024).

8.61 Il n'y a pas d'explication unique à l'augmentation de la prévalence de l'incongruence de genre ou à l'évolution du profil des personnes orientées aux services de genre. De manière pragmatique, toutes les explications ci-dessus pour les changements observés dans cette

population hétérogène sont susceptibles d'être vraies dans une plus ou moins grande mesure, mais pour chaque individu, un mélange des différents de facteurs s'applique.

8.62 Accompagner le jeune dans ce processus de développement personnel, à la fois complexe et multidimensionnel, nécessitera sans doute du temps. Le rôle de l'équipe clinique est de les guider dans l'exploration de ces problématiques complexes, afin qu'ils puissent approfondir leur compréhension de leur identité de genre et envisager les différentes options qui s'offrent à eux.



Approche clinique et prise en charge



Cette partie traite des approches cliniques et de la prise en charge. Elle vise à aborder les domaines suivants pour lesquels l'Examen a été chargé de formuler des recommandations :

- les types de prise en charge à chaque étape du parcours de soins, de l'évaluation à la sortie, y compris une description des objectifs, des bénéfices attendus et des résultats escomptés pour chaque intervention dans le parcours ;
- le meilleur type d'approche pour les individus présentant un profil complexe ;
- l'utilisation des analogues de la GnRH et des médicaments affirmant le genre.

Toute recommandation de traitement inclura une description des objectifs de traitement, des bénéfices attendus et des résultats escomptés, ainsi que des risques, des préjudices et des effets potentiels pour l'individu.

Le cas échéant, chaque chapitre résume les recherches commandées par l'Examen, d'autres travaux publiés et les enseignements tirés des échanges avec les usagers des services, les parents/aidants, les professionnels et d'autres intervenants.

9. Pratiques et directives à l'international

9.1 L'attention du public se concentre légitimement sur les jeunes qui ont accès à des interventions médicales. Cependant, dès le début, l'Examen a cherché à comprendre la situation de tous les enfants et jeunes en questionnement de genre qui s'adressent au NHS, y compris ceux qui ne s'engagent pas dans un parcours médical.

9.2 La question centrale est la suivante : quelle est la meilleure manière d'aborder, de soutenir et de gérer l'ensemble des enfants et jeunes présentant une incongruence ou dysphorie de genre ?

9.3 Afin de définir le meilleur type d'approche, l'Examen a d'abord cherché à comprendre l'organisation des soins dans d'autres systèmes de santé. L'objectif était d'identifier les bonnes pratiques et les recommandations existantes à l'international, afin de les adapter lorsque cela s'avère pertinent.

9.4 L'Examen a chargé l'Université de York de réaliser :

- une évaluation et une synthèse des directives à l'international disponibles (Taylor et al : Directives 1 : Évaluation ; Taylor et al : Directives 2 : Synthèse) ;
- une enquête internationale sur les services de genre (Hall et al : Enquête clinique) ;
- une revue des articles publiés sur d'autres modèles de service.

9.5 Au fil des travaux, il est apparu que les approches en matière de soins liés au genre pour les enfants et les jeunes évoluent rapidement à l'échelle mondiale. Certains pays nordiques, la France et certaines cliniques en Australie adoptent désormais une approche plus prudente. Dans son rapport intermédiaire publié en 2022, la Revue a recommandé au NHS en Angleterre d'adopter une attitude similaire en attendant les conclusions plus approfondies présentées dans ce rapport final.

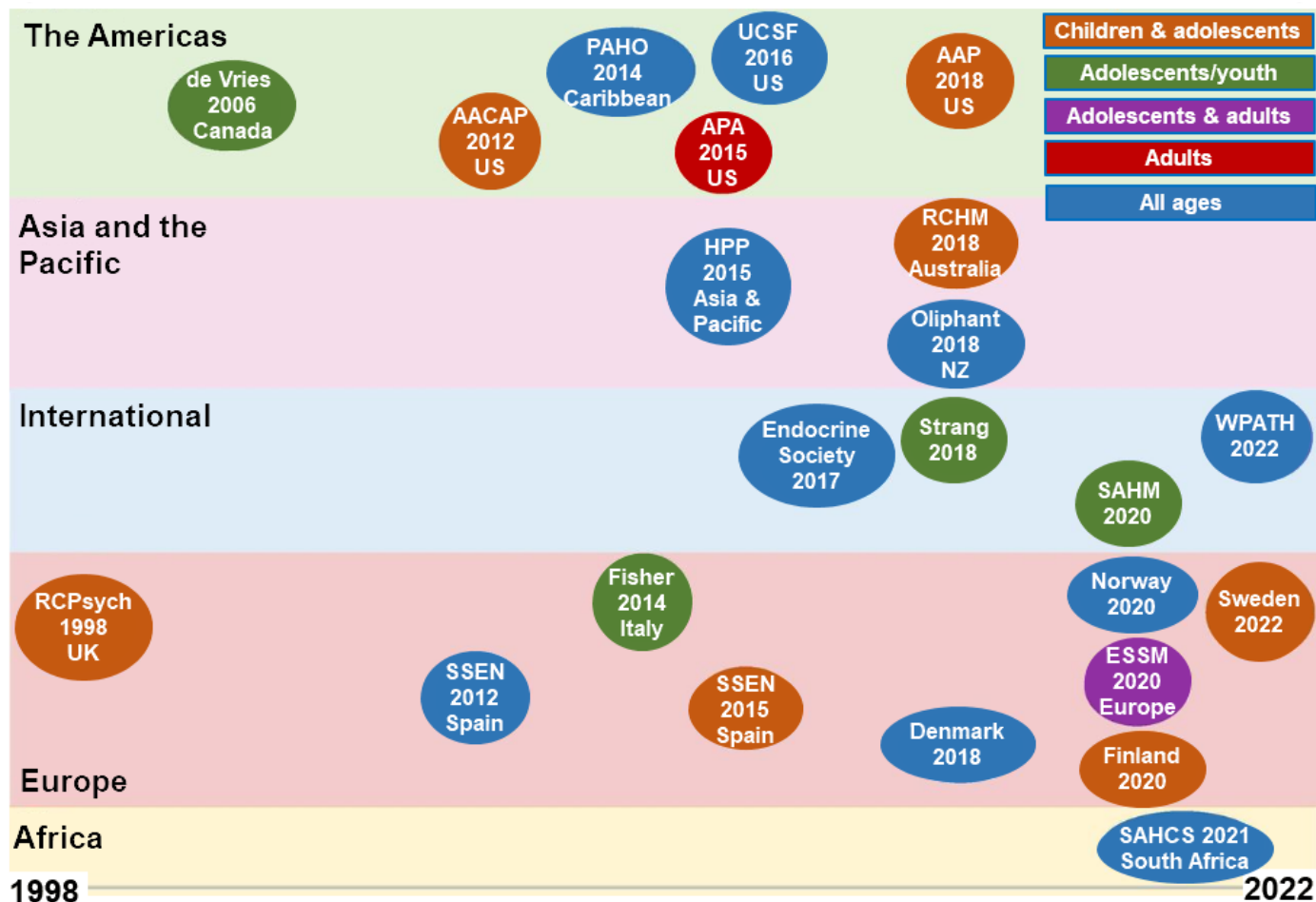
Évaluation des directives

9.6 Les directives cliniques sont des recommandations sur les approches à adopter

auprès de personnes ayant des conditions spécifiques ; par exemple, les directives NICE en Angleterre et les directives SIGN en Écosse. Les recommandations sont basées sur les meilleures preuves disponibles et le consensus des experts. Des méthodes standardisées permettent d'analyser les preuves de recherche, les revues systématiques étant le niveau d'évaluation le plus élevé et la méthode la plus fiable pour analyser la recherche (voir Figure 28).

9.7 Plusieurs directives ont été publiées concernant les soins destinés aux enfants et aux jeunes présentant une incongruence ou une dysphorie de genre. Certaines sont propres à un pays, tandis que d'autres s'adressent à un public international.

Figure 28 : Chronologie des directives incluses, classées par continent, pays et population cible



Source : Taylor et al : Directives 1 : Évaluation

N.B. : AACAP, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; AAP, American Academy of Pediatrics; APA, American Psychological Association; ESSM, European Society for Sexual Medicine; HPP, Health Policy Project; PAHO, Pan American Health Organisation; RCHM, Royal Children’s Hospital Melbourne; RCPsych, UK Royal College of Psychiatrists; SAHCS, South African HIV Clinicians Society; SAHM, Society for Adolescent Health and Medicine; SSEN, Spanish Society of Endocrinology and Nutrition; UCSF, University California, San Francisco; WPATH, World Professional Association for Transgender Health

9.8 L'Examen a commencé par faire évaluer ces directives afin de déterminer si certains éléments pouvaient être directement adaptés au NHS en Angleterre.

9.9 Dans ce cadre, l'Université de York a identifié 23 directives publiées entre 1998 et 2022 qui contenaient des recommandations concernant les enfants et les jeunes présentant une dysphorie de genre (quatre internationales, trois régionales (Europe, Asie et pacifique, Caraïbes, et 16 nationales).

9.10 Les directives couvraient les domaines suivants :

- modèles de soins, principes et pratiques ;
- composition de l'équipe pluridisciplinaire, rôles, compétences et formation ;
- évaluation ;
- soins psychosociaux (enfant et famille) ;
- information, éducation et défense des droits ;
- transition sociale ;
- hormones de suppression de puberté ;
- hormones sexuelles croisées ;
- interventions chirurgicales ;
- préservation de la fertilité ;
- autres interventions (par exemple, orthophonie, épilation) ;
- santé sexuelle et fonction sexuelle ;
- santé physique et mode de vie.

9.11 La qualité des recommandations cliniques a été évaluée en utilisant AGREE II (AGREE Next Steps Consortium, 2017), qui est l'outil d'évaluation le plus couramment appliqué et le plus largement validé. L'approche AGREE II prend en compte six domaines :

- portée et objectif ;
- implication des parties prenantes ;
- rigueur du développement ;
- clarté de la présentation ;

- applicabilité ;
- indépendance éditoriale.

9.12 Les chercheurs ont ensuite évalué la qualité globale de ces directives afin de déterminer si l'une d'entre elles pouvait être mise en application au sein du NHS.

9.13 La rigueur dans le développement constitue un pilier essentiel de l'élaboration des directives. Cela nécessite une recherche systématique des preuves, un lien clair entre les recommandations et les preuves qui les soutiennent, ainsi qu'une évaluation des bénéfices pour la santé, des effets secondaires et des risques associés lors de leur formulation.

9.14 Une étude de 2018 (Hoffmann-Eßer et al., 2018) a analysé les domaines de l'AGREE II les plus influents dans les scores d'évaluation globaux. Les auteurs ont observé que les chercheurs expérimentés chargés d'évaluer les directives étaient principalement influencés par la rigueur du développement et l'indépendance éditoriale. Ce constat n'est pas surprenant : une recommandation peut être bien définie en termes de portée, d'objectif et de présentation, avec une forte implication des parties prenantes, mais si le processus de développement présente des lacunes, il serait difficile de la préconiser pour une application en pratique.

9.15 Parmi les 23 recommandations identifiées, quatre n'ont fourni aucune information sur le processus de développement, et n'ont donc pas pu être évaluées. Les recommandations restantes ont été évaluées indépendamment par trois examinateurs.

Tableau 6 : Scores selon les domaines d'évaluation

| Directives | Portée et objectif | Implication des parties prenantes | Rigueur du développement | Clarté de la présentation | Applicabilité | Indépendance éditoriale |
|--|--------------------|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------|-------------------------|
| AACAP 2012 | 65 | 39 | 44 | 63 | 7 | 31 |
| American Academy of Paediatrics 2018 | 70 | 26 | 12 | 30 | 6 | 69 |
| American Psychological Association 2015 | 74 | 74 | 24 | 50 | 18 | 14 |
| Council for Choices in Healthcare Finland 2020 | 91 | 69 | 51 | 72 | 56 | 0 |
| de Vries 2006 | 63 | 31 | 10 | 74 | 17 | 6 |
| Endocrine Society 2009 | 65 | 33 | 44 | 70 | 22 | 31 |
| Endocrine Society 2017 | 63 | 33 | 42 | 72 | 21 | 92 |
| European Society for Sexual Medicine 2020 | 63 | 52 | 39 | 70 | 7 | 58 |
| Fisher 2014 | 65 | 20 | 12 | 35 | 17 | 44 |
| Health Policy Project 2015 | 63 | 63 | 16 | 24 | 33 | 6 |
| Norwegian Directorate of Health 2020 | 76 | 81 | 30 | 57 | 47 | 17 |
| Oliphant 2018 | 44 | 39 | 12 | 33 | 21 | 0 |
| Pan American Health Organisation 2014 | 52 | 44 | 13 | 31 | 21 | 0 |
| Royal Children's Hospital Melbourne 2018 | 81 | 59 | 19 | 41 | 19 | 14 |
| Society for Adolescent Health and Medicine 2020 | 41 | 24 | 17 | 41 | 7 | 0 |
| South African HIV Clinicians Society 2021 | 59 | 59 | 21 | 43 | 24 | 69 |
| Strang 2018 | 87 | 31 | 18 | 37 | 15 | 19 |
| Swedish National Board of Health & Welfare 2022 | 91 | 87 | 71 | 83 | 25 | 36 |
| UCSF 2016 | 70 | 41 | 23 | 37 | 26 | 0 |
| WPATH 2012 | 85 | 61 | 26 | 56 | 17 | 17 |
| WPATH 2022 | 83 | 63 | 35 | 56 | 24 | 39 |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> ≥ 70 % 31 %-69 % ≤ 30 % </div> <p>AACAP, American Academy of Child & Adolescent Psychiatry ; UCSF, University of California, San Francisco ; WPATH, World Professional Association for Transgender Health</p> | | | | | | |

Source : Taylor et al : Directives 1 : Évaluation

9.16 La plupart des directives ont obtenu de bons scores dans le domaine de la portée et de l'objectif, mais de mauvais résultats en ce qui concerne la rigueur du développement, l'applicabilité et l'indépendance éditoriale. Seules la directive finlandaise (Conseil pour les choix en matière de santé en Finlande, 2020) et la directive suédoise (Agence nationale de la santé et du bien-être suédoise, 2022) ont dépassé 50 % pour la rigueur du développement.

9.17 La plupart des directives ont été élaborées par un groupe principal d'experts, avec une consultation élargie impliquant d'autres parties prenantes professionnelles. Toutefois, la manière dont ces contributions ont été intégrées reste floue. Un peu plus de la moitié des directives ont inclus des usagers, mais l'impact de leur implication sur les recommandations demeure incertain.

9.18 Seules cinq directives ont décrit l'utilisation d'une approche systématique pour la recherche et/ou la sélection des preuves (AACAP 2012, Endocrine Society 2017, Finlande 2020, Suède 2022 et WPATH 2022).

9.19 Pour un grand nombre de directives, il est difficile d'identifier les preuves examinées et leur influence sur l'élaboration des recommandations. Par exemple, la plupart des directives décrivent des données insuffisantes sur les risques et les bénéfices du traitement médical chez les adolescents, notamment en ce qui concerne les résultats à long terme. Malgré cela, beaucoup citent ces mêmes données pour recommander des traitements médicaux.

9.20 De plus, certaines directives ont appuyé leurs recommandations en se fondant sur d'autres directives proposant déjà ces mêmes traitements médicaux. Ainsi, les premières versions de deux directives internationales, celles de l'Endocrine Society (2009) et de l'Association mondiale des professionnels de la santé transgenre (WPATH 7), ont influencé presque toutes les autres.

9.21 Ces deux directives sont également étroitement liées, la WPATH adoptant les recommandations de l'Endocrine Society et

agissant en tant que partenaire tout en fournissant des contributions à l'ébauche de ses directives. La WPATH 8 a cité de nombreuses autres directives nationales et régionales pour soutenir certaines de ses recommandations, malgré le fait que ces directives aient été considérablement influencées par la WPATH 7. Les liens entre les différentes directives sont illustrés dans les graphiques du document d'évaluation des directives (Taylor et al : Directives 1 : Évaluation).

9.22 La circularité de cette approche peut expliquer l'existence d'un consensus apparent sur des domaines clés de la pratique, malgré la faiblesse des preuves.

9.23 Seules les directives suédoises et finlandaises se distinguent en établissant un lien explicite entre le manque de preuves solides concernant les traitements médicaux et la nécessité de proposer ces traitements dans un cadre de recherche. Ce sont également les seules à s'être appuyées sur une évaluation éthique lors de leur élaboration. Cependant, tout comme les autres directives, elles manquent de précision concernant certains aspects de la pratique et bénéficieraient d'une orientation plus détaillée sur la mise en œuvre des recommandations.

9.24 L'évaluation des directives soulève des interrogations majeures quant à leur fiabilité. La plupart des directives n'ont pas suivi les normes internationales pour l'élaboration des directives (AGREE Next Steps Consortium, 2017). Par conséquent, seules les directives finlandaise (2020) et suédoise (2022) peuvent être recommandées pour une utilisation en pratique.

9.25 En raison de l'influence et de l'adoption très largement répandues des recommandations de la WPATH [Normes de soins], et de l'approche très différente des directives suédoises et finlandaises, de plus amples détails sur le lien entre les données probantes et les recommandations de ces directives sont présentés ci-après.

Association Professionnelle Mondiale pour les Soins de Santé Transgenres (WPATH) – Normes de soins 8 (2022)

9.26 Le chapitre de la WPATH 8 consacré à l'adolescence met en évidence le caractère dynamique de cette période de la vie, tant sur le plan du développement cognitif et émotionnel que de l'identité de genre. Il souligne également la variabilité individuelle de ces expériences. La directive évoque certains aspects connus et inconnus des facteurs biologiques pouvant contribuer à l'incongruence de genre, ainsi que les récents changements dans le profil des jeunes de genre divers consultant les services de santé, tout en soulignant l'incertitude quant à la stabilité ou à la fluidité de leur identité de genre.

9.27 Pour l'élaboration de la version 8, la WPATH a commandé une revue systématique, une approche qu'elle n'avait pas adoptée pour la version 7. Cette revue systématique (Baker et al., 2021 [mineurs et majeurs]) a révélé que « la thérapie hormonale était associée à une amélioration de la qualité de vie, à une diminution de la dépression et à une diminution de l'anxiété ». Toutefois, elle précise que « la certitude de cette conclusion est limitée par un risque élevé de biais dans les conceptions d'étude, de petites tailles d'échantillon et des facteurs de confusion avec d'autres interventions ». Les auteurs recommandent que « de futures études devraient examiner les bénéfices psychologiques de la thérapie hormonale parmi des groupes plus larges et plus divers de personnes transgenres en utilisant des conceptions d'étude qui isolent de manière plus efficace les effets du traitement hormonal ».

9.28 Le paragraphe de la WPATH 8 sur le traitement médical affirmant le genre pour les adolescents [Chapitre 6] ne s'appuie pas sur sa propre revue systématique commandée, mais indique plutôt : « Malgré une accumulation progressive des preuves soutenant l'efficacité des interventions médicales précoces, le nombre d'études reste faible, et il existe peu d'études sur les résultats de jeunes suivis jusqu'à l'âge adulte. Par conséquent, une revue systématique concernant les résultats du traitement chez les

adolescents n'est pas possible. Une courte revue narrative est fournie à la place ».

9.29 Dans ce paragraphe, les auteurs de la directive citent certaines des études déjà jugées de faible qualité, avec de courtes périodes de suivi et des résultats variables, ainsi qu'un compte rendu sélectionné sur les taux de détransition.

9.30 La WPATH 8 conclut que : « Les preuves émergentes ont montré un bénéfice clinique pour les jeunes transgenres recevant ces traitements affirmant le genre dans des cliniques de genre multidisciplinaires (de Vries et al., 2014 ; Kuper et al., 2020 ; Tollit et al., 2019) ».

- De Vries et al. (2014) est l'étude originale de l'échantillon du protocole néerlandais, qui se distingue nettement de la population actuelle traitée, et comme discuté, avait des critères d'accès au traitement beaucoup plus stricts ;
- Kuper et al. (2020) est une étude avec un suivi d'un an qui a montré un changement très modeste. Elle a été classée de trop faible qualité par l'équipe de recherche de l'Université de York pour être incluse dans leur synthèse des preuves sur les hormones masculinisantes et féminisantes (Taylor et al. : hormones M/F).
- Tollit et al. (2019) est un protocole d'étude et ne présente aucun résultat clinique.

9.31 La revue systématique commandée par la WPATH est citée dans le Chapitre 2 [applicabilité globale] comme l'une des nombreuses références soutenant des déclarations selon lesquelles « il existe des preuves solides démontrant les avantages de la qualité de vie et du bien-être des traitements affirmant le genre, y compris les procédures endocriniennes et chirurgicales, correctement indiquées et réalisées conformément aux Normes de soins (Version 8), chez les personnes transgenres ayant besoin de ces traitements » et « Les interventions affirmant le genre sont basées sur des décennies d'expérience clinique et de recherche ; par conséquent, elles ne sont pas considérées comme expérimentales, cosmétiques ou simplement pour le confort d'un patient. Elles sont sûres et efficaces pour réduire l'incongruence de genre et la dysphorie de genre ».

9.32 Lorsqu'il existe une insuffisance de preuves issues de la recherche, le consensus clinique peut constituer une approche valide pour formuler des recommandations dans les lignes directrices. Toutefois, au lieu de reconnaître que certaines de ses recommandations reposent sur un consensus clinique, la WPATH 8 exagère la solidité des preuves à l'appui de ses recommandations.

Directives suédoises (2022) et finlandaises (2020)

9.33 La directive suédoise a adopté une position différente de celle de la WPATH 8, en se basant sur trois éléments clés :

- le changement dans l'épidémiologie et le manque de compréhension concernant les causes de cette évolution ;
- l'absence de données précises sur la fréquence de la détransition ou du regret chez les jeunes adultes ;
- une réévaluation de la base de preuves par le biais de sa propre revue systématique, qui a démontré une incertitude quant à la solidité des preuves en faveur des soins affirmant le genre. Il a également été relevé que les directives antérieures s'appuyaient davantage sur des opinions d'experts que sur des analyses systématiques des preuves.

9.34 En se basant sur les considérations ci-dessus, la directive suédoise a recommandé que le traitement médical suive les critères du *Dutch Protocol* original et ne soit administré que dans le cadre d'un protocole de recherche ou dans des circonstances exceptionnelles.

9.35 La directive finlandaise a tiré des conclusions similaires concernant l'incertitude des preuves et a recommandé une extrême prudence quant à l'utilisation des bloqueurs de puberté chez les jeunes de moins de 18 ans, revenant également largement aux critères d'inclusion du *Dutch Protocol*. La directive a recommandé que les bloqueurs de puberté soient administrés sous la supervision de la clinique nationale spécialisée.

Principaux enseignements pour le NHS

9.36 L'Université de York a réalisé une synthèse narrative des directives (Taylor et al : Directives 2 : Synthèse). Des éléments pertinents de cette analyse sont intégrés dans les chapitres suivants de ce rapport.

9.37 Il est apparu clairement au cours du processus d'évaluation de la qualité des directives qu'aucune d'entre elles ne pouvait être appliquée dans son intégralité au NHS en Angleterre. Toutefois, certaines contiennent des recommandations pertinentes et adaptées, qui ont été prises en compte et intégrées aux autres conclusions de l'Examen.

9.38 Les recommandations de l'Examen s'appuient sur :

- les revues systématiques commandées ;
- les conseils de spécialistes dans différents domaines liés aux soins des enfants et des jeunes avec de dysphorie de genre, ainsi que dans d'autres domaines clés de la santé des enfants et des adolescents ;
- l'approche par méthodes mixtes pour l'implication des parties prenantes, décrite précédemment.

9.39 Lorsque les nouveaux services cliniques seront bien établis et que davantage de preuves seront disponibles, il sera possible d'adopter des approches plus formelles pour l'élaboration de directives concernant les aspects des soins liés au genre qui restent encore contestés.



10. Évaluation et diagnostic

10.1 Comme évoqué dans la Partie 3 de ce rapport, les profils de nombreux enfants et jeunes cherchant du soutien sont variés et complexes.

10.2 L'hétérogénéité de la cohorte de patients complique l'évaluation et le diagnostic, et de nombreux professionnels, tant au niveau national qu'international, nous ont expliqué qu'il n'existe pas de moyen fiable pour prédire avec précision quels jeunes pourraient tirer bénéfice d'une transition médicale et lesquels pourraient tirer bénéfice d'autres parcours ou interventions.

Pratique internationale

10.3 Selon la synthèse de l'Université d'York des directives internationales (Taylor et al. : Directives 2 : Synthèse), toutes les directives recommandent une évaluation multidisciplinaire de l'enfant/du jeune, généralement sur plusieurs séances.

10.4 Toutefois, l'objectif de cette évaluation manque de précision. Certaines directives se focalisent sur l'établissement d'un diagnostic, d'autres sur le diagnostic et l'éligibilité aux traitements hormonaux, tandis que certaines privilégient l'évaluation psychosociale ou l'accompagnement vers des interventions médicales.

10.5 Seules les directives suédoises et la WPATH 8 contiennent des détails sur le processus d'évaluation. Les deux recommandent que la durée, la structure et le contenu de l'évaluation soient adaptés en fonction de l'âge, de la complexité et la manière dont les individus développent leur identité de genre

10.6 Un désaccord subsiste parmi les directives internationales sur la nécessité d'évaluer les enfants et les adolescents, ainsi que sur le type d'évaluations selon le groupe (enfants/adolescents).

10.7 Toutes les directives recommandent de prendre en compte le développement et l'identité de genre dans l'évaluation, mais peu fournissent des détails à ce sujet. Plusieurs recommandent

d'examiner la durée, l'intensité et la persistance de la dysphorie de genre, tout en explorant différents aspects, tels que l'incongruence, le mal-être, l'identité et l'expression de genre, ainsi que les aspirations et projets futurs du jeune.

10.8 Très peu de directives recommandent des mesures formelles/outils cliniques pour évaluer la dysphorie de genre. De plus, une analyse distincte a démontré que les mesures formelles existantes ne sont pas suffisamment validées.

10.9 Cinq directives recommandent d'évaluer les conditions neurodéveloppementales.

10.10 L'ensemble des recommandations des directives concernant les domaines à évaluer est présenté dans le Tableau 7.

Tableau 7 : Domaines d'évaluation recommandés

| Directives | Genre | Rapport au corps | Problèmes de santé mentale | TSA | Sexualité/Orientation sexuelle | Santé sexuelle | Fonctionnement psychosocial | Fonctionnement cognitif | Soutien familial | Santé physique |
|---|-------|------------------|----------------------------|-----|--------------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|------------------|----------------|
| American Academy of Child and Adolescent Psychiatry | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Oui | Oui | Non | Oui | Non |
| American Psychological Association | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| Danish Health Authority | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Oui |
| de Vries et al | Oui | Oui | Oui | Non | Oui* | Oui* | Oui | Non | Oui | Non |
| Endocrine Society | Oui | Non | Oui | Non | Oui† | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| European Society for Sexual Medicine | Oui | Non | Oui | Non | Non | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| Health Policy Project | Oui | Non | Oui | Non | Oui* | Oui* | Oui | Non | Oui | Oui |
| Norwegian Directorate of Health | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Oui |
| Oliphant et al | Oui | Non | Oui | Oui | Non | Oui | Oui | Non | Oui | Non |
| Pan American Health Organisation | Oui | Non | Oui | Non | Non | Non | Non | Non | Non | Oui |
| Royal Children's Hospital Melbourne | Oui | Non | Oui | Non | Non | Non | Oui | Oui | Oui | Non |
| The Royal College of Psychiatrists | Oui | Non | Oui | Non | Non | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| SIAMS-SIE-SIEDP-ONIG | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Oui | Oui | Non |
| South African HIV Clinicians Society | Oui | Non | Oui | Oui | Non | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| The Swedish National Board of Health and Welfare | Oui | Non‡ | Oui | Oui | Oui | Non | Oui | Oui | Oui | Oui |
| World Professional Association for Transgender Health | Oui | Non | Oui | Oui | Non | Non | Oui | Oui | Oui | Oui |

*HEEADSSS suggéré comme outil incluant la sexualité. †Évaluation du développement psychosexuel. ‡Body image scale identifiée comme outil utile.

TSA, troubles du spectre de l'autisme ; HEEADSSS, outil d'évaluation psychosociale couvrant le domicile et l'environnement, l'éducation, l'alimentation et l'exercice, les activités, les drogues/substances, la sexualité, le suicide/la dépression, la sécurité.

Taylor et al. : Directives 2 : Synthèse

10.11 L'enquête internationale de l'Université de York (Hall et al : Enquête clinique) a révélé des différences significatives dans la manière dont les cliniques mettent en œuvre les recommandations des directives :

- la durée et le nombre de rendez-vous d'évaluation pour un jeune diffèrent d'une clinique à l'autre et même au sein d'une même clinique ; ces rendez-vous sont souvent considérés comme étant adaptés aux besoins de chaque individu. Seule l'Espagne propose un seul rendez-vous d'évaluation dans lequel l'intervention d'un psychologue est une option ;
- la plupart des cliniques évaluent la santé mentale et explorent le genre, et généralement elles évaluent le fonctionnement psychosocial ;
- seules cinq cliniques ont signalé une discussion systématique des préférences en matière de fertilité, et seulement deux ont discuté de la sexualité. La Finlande était le seul pays à signaler une évaluation systématique des antécédents de traumatisme ;
- quatorze outils sont utilisés dans 10 cliniques pour mesurer l'incongruence de genre. Seuls cinq ont été utilisés dans plus d'une clinique. Un total de 36 outils de mesure sont utilisées pour évaluer les troubles/conditions associés, dont seulement 10 sont utilisées par plus d'une clinique.

Pratique du NHS

10.12 Au début de ses travaux, une enquête menée par l'Examen auprès des professionnels du GIDS a révélé des opinions variées concernant l'objectif de l'évaluation. L'enquête a révélé que « les spécialistes ayant répondu à l'enquête n'ont pas une vision claire de l'objectif de l'évaluation. Certains répondants estiment que l'évaluation devrait se concentrer sur la question de savoir si les interventions médicales constituent une option appropriée pour l'individu. D'autres pensent que l'évaluation devrait viser à établir un diagnostic différentiel, en écartant d'autres causes potentielles de la détresse de l'enfant ou du jeune. »

[Présentation PowerPoint : cass.independent-review.uk](https://www.cass.independent-review.uk)

10.13 La majorité (79 %) des répondants à l'enquête ont convenu ou fortement convenu que la synthèse clinique [*formulation*] peut être utile pour évaluer les enfants et les jeunes ayant besoin de soutien concernant leur identité de genre. Ceux qui étaient d'accord ont avancé que cela peut fournir un processus structuré pour comprendre la détresse de l'enfant/du jeune et permettre une vue d'ensemble, afin d'élaborer un projet de soins adapté.

10.14 L'Université de York a également invité le GIDS à participer à l'enquête internationale (Hall et al. : Enquête clinique) afin d'avoir un aperçu des pratiques en Angleterre, mais le GIDS n'a pas répondu.

10.15 En l'absence d'un audit clinique formel de la part du GIDS ou d'une réponse à l'enquête internationale, le rapport actualisé du Groupe du *Multi-Professional Review Group* (MPRG) (Annexe 9) représente l'examen le plus complet des dossiers médicaux et du type d'approche, bien que cela ne concerne que les enfants et les jeunes orientés vers des bloqueurs de puberté.

10.16 Les réflexions du MPRG doivent être considérées au regard des directives du *General Medical Council* [Conseil National de l'Ordre des Médecins] : « Les dossiers médicaux doivent fournir une documentation précise de l'échange d'informations ayant conduit à une décision, afin d'orienter [les soins futurs du patient] et d'aider à expliquer et justifier les décisions et actions du professionnel » (*General Medical Council*, 2020).

En résumé, les conclusions du MPRG sont les suivantes :

- La structure du processus d'évaluation est rarement fournie.
- Il n'est pas clairement démontré que l'« identité de genre et la considération des différentes options d'expression de genre » ainsi que les « différentes options/choix de traitement » [conformément à la procédure opérationnelle standard] soient explorés de manière approfondie.
- Les preuves concernant l'impact individuel de la transition sociale sont inconsistantes.
- Les dossiers médicaux fournissent rarement un historique structuré ou une évaluation physique, y compris lorsque les enfants et les jeunes présentent un large éventail de maladies héréditaires et congénitales.
- La sexualité n'est pas systématiquement abordée.
- L'historique du parcours de genre de l'enfant/jeune est rarement examiné de près pour déceler des signes de difficulté, de regret ou de souhaits de modifier un aspect concernant leur parcours de genre [ex : changement de prénom].
- Les traits ou diagnostics de Trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou de Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) sont mentionnés dans la majorité des cas, mais il n'est pas clair à quel point ils sont explorés de manière complète ou appropriée.
- Aucun arbre généalogique n'est disponible, ce qui complique la compréhension de la structure familiale et des relations.
- Il existe un manque de curiosité professionnelle quant à la manière dont les circonstances sociales spécifiques de l'enfant/jeune influencent son parcours de dysphorie de genre et ses décisions.
- Bien que les rapports externes (par exemple, ceux de l'école de l'enfant/jeune) soient utiles, ils ne sont souvent pas à jour.

Points de vue des usagers et des familles

10.17 Concernant l'objectif de l'évaluation, on note un manque général de compréhension parmi les usagers participant aux groupes de discussion sur l'expérience vécue, ainsi qu'une confusion entre ce qui relève de l'évaluation et ce qui relève du diagnostic. Ci-dessous, des réflexions des usagers concernant l'objectif de l'évaluation :

- aider les jeunes à explorer les différentes options et à accéder aux soins qui leur conviennent ;
- obtenir une validation de leur identité trans et accéder au parcours médical ;
- mettre la personne à l'aise et se concentrer sur ce qu'elle recherche dans le service ;
- s'assurer que les patients comprennent les options de soins disponibles.

« Ce dont on a besoin, c'est d'un espace où les perceptions de la personne sont valorisées, tout en offrant un environnement ouvert pour explorer ce que cela signifie pour elle, ainsi que le soutien dont elle a besoin pour une vie heureuse et épanouie. »

Un professionnel du GIDS
Questionnaire aux spécialistes du genre

10.18 Les jeunes décrivent un décalage entre ce qu'ils souhaitent et attendent du processus et leur expérience ou perception. Bien qu'il ait été souvent affirmé que les décisions concernant les interventions étaient prises sans une exploration suffisante, les expériences ou perceptions de certains des jeunes vus par le GIDS, ainsi que celles de certains de leurs parents, étaient que le processus d'évaluation était trop lourd et intrusif.

10.19 Une recherche qualitative réalisée par l'Université de York (Annexe 3) a révélé que les expériences et perceptions des usagers concernant le processus d'évaluation varient. « Certains jeunes attendaient avec impatience de parler à quelqu'un qui les comprenait. D'autres, en revanche, se sentaient mal à l'aise et avaient initialement du mal à parler de ce qu'ils ressentaient. D'autres encore exprimaient de la frustration, de la déception et parfois de la colère. Ils croyaient que parler ralentissait ou empêchait l'accès aux parcours médicaux. »

« Les besoins de chacun sont différents et je pense qu'avoir un espace ouvert où le patient est proactif est essentiel. »

Un jeune
Groupe de discussion sur
l'expérience vécue

10.20 Un consensus se dégage parmi les usagers, les parents/soignants et les professionnels sur la nécessité d'une approche globale des soins, où les enfants et les jeunes et leurs familles se sentent écoutés et en mesure d'explorer ce dont ils peuvent avoir besoin pour s'épanouir, gagner en confiance et en bien-être.

Cadre d'évaluation global

10.21 Face aux incertitudes, aux recommandations divergentes et au manque de détails clairs dans les directives et les pratiques à l'international, le *Clinical Expert Group* (CEG) de l'Examen a conclu qu'il n'y avait pas de type d'évaluation pouvant être directement adoptée par le NHS.

Développement du cadre

10.22 Le CEG devait travailler avec l'Examen pour développer un cadre d'évaluation global, cohérent, reproductible et tenant compte du développement afin :

- d'identifier des besoins individuels ;
- de permettre une mesure plus cohérente des résultats ;
- de garantir que les enfants et les jeunes bénéficient d'une expérience similaire du service..

10.23 Des spécialistes dans divers domaines liés au développement, à la santé et au bien-être des enfants et des adolescents ont contribué à l'élaboration du cadre, et les points de vue des parties prenantes ont été pris en compte et intégrés le cas échéant.

10.24 Le CEG a convenu de la déclaration suivante sur les objectifs et les principes clés de l'évaluation :

« L'objectif de l'évaluation est d'établir une synthèse clinique [formulation] à plusieurs niveaux pour un enfant ou un jeune qui se présente au NHS pour obtenir de l'aide concernant son genre ou son expérience de détresse liée au genre.

L'évaluation devrait chercher à comprendre les besoins globaux de l'enfant ou du jeune et de sa

famille. Ce processus devrait repérer les éventuels éléments concomitants et/ou contributifs dans le profil de l'individu qui affectent son bien-être psychosocial ou son fonctionnement, et qui doivent être prise en compte dans le cadre d'un projet de soins individualisé.

Les profils, les parcours et les résultats pour cette cohorte sont propres à chacun, et il faut se concentrer sur le fait d'aider chaque personne à trouver le parcours qui lui convienne le mieux. Les évaluations doivent respecter leur expérience et tenir compte de leur développement.

Tous les enfants et jeunes n'auront pas besoin d'une évaluation approfondie. Certains pourront obtenir ce dont ils ont besoin par le biais de soutien de proximité, sur les conseils de professionnels spécialisés.

Les professionnels tout au long du parcours doivent rester ouverts et explorer l'expérience du patient et l'ensemble des options de suivi et de traitement qui peuvent répondre le mieux à ses besoins. Une approche collaborative axée sur les besoins soutient le développement du bien-être et du fonctionnement plus larges de l'enfant ou du jeune, dans le but de réduire la détresse, d'améliorer leur fonctionnement psychologique, leur sentiment de bien-être et leur qualité de vie. »

Le cadre fournit un point de départ pour les services afin d'évaluer les risques immédiats et de déterminer les besoins de soins des enfants et des jeunes qui y sont orientés.

Structure et contenu

10.25 Le cadre d'évaluation global a été divisé en huit domaines non séquentiels, centrés sur l'enfant/le jeune individuel et ses parents/soignants. Le poids accordé à chaque composante dépend des besoins individuels. Ces domaines sont cohérents avec les modèles d'évaluation utilisés dans les soins aux enfants, aux jeunes et aux familles dans d'autres contextes de soins cliniques pédiatriques et adolescents, et considèrent l'individu dans sa globalité.

10.26 Des domaines plus spécifiquement liés à la compréhension du développement du genre, de

l'incongruence de genre et de la détresse et de la dysphorie liées au genre ont également été intégrés, en s'appuyant sur la littérature pertinente.

10.27 Lors de la réalisation d'une évaluation, les professionnels doivent rester ouverts d'esprit, sans avoir de résultat préconçu, et être conscients que les priorités de l'enfant/du jeune peuvent évoluer au fil du temps. Ils doivent également être attentifs aux attentes des parents/soignants et à l'impact que celles-ci peuvent avoir sur les priorités du jeune, ou à l'inverse au risque de désaccords importants au sein des familles concernant la nature de la détresse de l'enfant/du jeune.

Figure 29 : Évaluation globale des besoins - composantes essentielles



Contexte familial

10.28 Comprendre les enfants dans le contexte de leurs familles et de leurs environnements familiaux, y compris la composition de la famille, les relations clés, les forces, les ressources et le contexte social, ainsi que la santé et le bien-être des parents/tuteurs, est un principe fondamental de bonne pratique dans le domaine médico-social.

10.29 Ces aspects sont particulièrement importants, car on observe dans ce groupe une fréquence accrue de problèmes de santé physique et/ou mentale chez les parents et d'autres facteurs de stress familiaux (Di Ceglie et al., 2002 ; Taylor et al. : Caractéristiques des patients).

Développement

10.30 Un historique détaillé du développement vise à recueillir auprès des parents/tuteurs des informations sur le développement du jeune, y compris sur le plan physique, verbal, cognitif et social.

10.31 Les facteurs environnementaux, sociaux et psychologiques propres à chaque enfant et à chaque famille peuvent affecter son développement. Pendant la transition de l'enfance à l'adolescence, les jeunes peuvent connaître des changements sociaux, émotionnels et physiques substantiels. Ce domaine nécessite une attention particulière lorsqu'un trouble neurodéveloppemental est confirmé ou suspecté.

10.32 Étant donné la prévalence élevée de troubles du neurodéveloppement dans cette population, tous ceux qui fréquentent les services de santé pour enfants et jeunes doivent être systématiquement dépistés pour ce type de troubles (Strang et al., 2018). Le cas échéant, il convient d'envisager des évaluations cognitives et des capacités de langage et de communication.

Besoins de santé physique

10.33 Une compréhension des antécédents de santé physique de l'enfant ou du jeune et de l'impact des problèmes de santé sur le développement et le bien-être est essentielle.

10.34 Les affections de longue durée peuvent influencer divers aspects du développement des enfants et peuvent entraîner une anxiété importante sur cette question chez les enfants et leurs parents.

10.35 L'enfant/le jeune a peut-être dû s'adapter de manière complexe sur les plans social et émotionnel. Il a également pu subir un traumatisme lié à des expériences médicales ou à des hospitalisations.

Santé mentale

10.36 Les enfants et les jeunes orientés vers les services spécialisés en genre présentent des taux plus élevés de problèmes de santé mentale que la population générale. Comme l'incongruence de genre n'est pas considérée comme un trouble de santé mentale, les cliniciens sont souvent réticents à explorer ou à traiter les problèmes de santé mentale concomitants chez les enfants et les jeunes présentant une détresse liée au genre. Indépendamment des autres causes de troubles de santé mentale, vivre avec des questions de genre et démarrer une transition (s'il s'agit du parcours approprié pour un individu) comporte des défis.

10.37 L'évaluation de la santé mentale au sein d'une clinique de genre doit être similaire à une évaluation standard et fondée sur des preuves proposée par les CAMHS. De nombreux modèles d'évaluation peuvent être utilisés dans ce contexte. Les professionnels peuvent notamment s'appuyer sur des questionnaires rigoureusement testés et approuvés, remplis par les enfants, les jeunes et leurs proches, afin de guider une évaluation plus approfondie.

10.38 Dans le cadre d'une évaluation standard de la santé mentale, tous les sept autres domaines décrits dans ce cadre d'évaluation global sont généralement examinés en détail par rapport à la santé mentale. Un questionnement systématique devrait inclure des questions sur l'humeur, l'anxiété, la régulation émotionnelle, les préoccupations liées au poids, les symptômes somatiques potentiels, la concentration, le sommeil et l'appétit, l'automutilation et les pensées

et comportements suicidaires. Un examen de l'état mental devrait être inclus si nécessaire.

10.39 Le bilan diagnostique de la santé mentale intègre le diagnostic, le niveau d'altération, l'évaluation des risques et la prise en compte des facteurs prédisposants, déclenchants et de maintien, et leur impact sur le fonctionnement de la personne.

10.40 Le repérage et le traitement des problèmes de santé mentale devraient faire partie intégrante des soins apportés aux enfants et aux jeunes présentant une dysphorie de genre. Des traitements fondés sur des preuves pour soutenir la santé mentale et la résilience devraient être disponibles pour les enfants et les jeunes en questionnement de genre, de la même manière que pour tout autre jeune ayant recours aux services du NHS.

Scolarité, relations entre pairs et contexte social

10.41 La prise en compte du fonctionnement de l'enfant ou du jeune sur le plan scolaire, de son bien-être général et de la nature de ses relations avec ses pairs est importante pour évaluer son fonctionnement global et pour avoir une compréhension globale de ses forces et de ses vulnérabilités.

10.42 Il est essentiel d'obtenir des informations concernant l'assiduité scolaire et les éventuelles difficultés en matière de réussite éducative, ainsi que s'appuyer sur un *Education, Health and Care plan* [Projet Personnalisé de Scolarisation] récent pour tout jeune ayant des besoins éducatifs spécifiques.

Protection de l'enfance

10.43 Tout comme dans les soins de santé, il est important de veiller à la protection des enfants et des jeunes contre les abus, la négligence ou toute forme de maltraitance lorsque l'on travaille avec eux. Les signes de danger ou risque de danger peuvent se manifester de manière complexe. Les professionnels travaillant avec des enfants et des jeunes avec dysphorie de genre ont souligné que ces difficultés peuvent être éclipsées ou

confondues lorsque le jeune se focalise sur le genre, ou dans des situations avec des niveaux élevés de détresse liée au genre.

10.44 Les risques de danger dans ce groupe ont pour origine :

- le harcèlement transphobe à l'école et dans d'autres contextes ;
- la rupture des relations avec la famille ;
- le *grooming* [manipulation affective] ou les abus en ligne ;
- la pression culturelle ou religieuse.

10.45 L'Examen a eu connaissance d'un petit nombre de cas où l'identité de genre de l'enfant était influencée, consciemment ou inconsciemment, par le parent. Il est très important que la voix de l'enfant ou du jeune soit entendue et que les perceptions de l'identité de genre correspondent à son image de soi.

10.46 L'Examen a également reçu une série de témoignages d'enfants et de jeunes victimes de maltraitance/négligence qui ont été perdus de vue et/ou de jeunes admis au service des urgences avec des antécédents de danger dont le personnel n'était pas au courant en raison de changements de nom et de numéro NHS.

10.47 Le personnel doit rester vigilant face à ces situations complexes et savoir quand intervenir, en évoquant ces cas lors de la supervision et avec l'équipe pluridisciplinaire élargie, tout en respectant les principes de gestion des risques de danger.

10.48 Les professionnels doivent prendre en compte les éléments liés à la sécurité et au bien-être des jeunes dans chaque domaine du cadre d'évaluation, en consignnant les préoccupations et les observations pertinentes dans ce domaine spécifique.

Développement et expériences de genre

10.49 Les professionnels doivent réaliser une évaluation approfondie de la manière dont les individus comprennent, expriment et vivent leur genre au fil du temps, en examinant comment cela s'est manifesté et comment cela a été géré au sein de la famille.

10.50 Les professionnels doivent essayer de déterminer si des mesures ont été prises en vue d'une transition sociale et quels en ont été les impacts sur le bien-être, ou si l'enfant/le jeune souhaite apporter des changements.

10.51 Une évaluation de la présence et de l'impact de toute détresse doit être effectuée, y compris l'impact et l'expérience de la puberté et des changements pubertaires. Le professionnel doit examiner l'impact de cette détresse sur, par exemple, le fonctionnement quotidien, les problèmes sociaux ou relationnels, ainsi que tout problème sensoriel pouvant contribuer à la détresse et les actions qui ont pu être prises pour y remédier.

10.52 Les attentes et les espoirs de l'enfant/du jeune concernant les types d'interventions, sa compréhension des différentes options, ainsi que les avantages et les inconvénients des interventions à différents moments doivent également être pris en compte, y compris les impacts potentiels sur la fertilité et la santé globale.

10.53 En fonction de l'âge et du stade de développement de chaque enfant/jeune, il peut être nécessaire de discuter de ces questions avec l'enfant/le jeune et le parent/tuteur, ensemble et séparément, afin d'obtenir un aperçu complet de ce qui a été observé, par qui et quand, pour mieux comprendre les expériences passées qui ont façonné la perception de son genre. Il est également important de déterminer s'il existe des différences de perception entre l'enfant/le jeune et ses parents/tuteurs et si cela a causé des conflits ou des ruptures familiales.

Développement sexuel et orientation sexuelle

10.54 Les professionnels doivent chercher à comprendre la sexualité émergente et l'orientation sexuelle de l'enfant ou du jeune, en accord avec les évaluations dans d'autres contextes adolescents, lorsque cela est jugé approprié selon l'âge et le contexte.

10.55 Si cela est un sujet de préoccupation pour les enfants plus jeunes, le professionnel pourrait

noter ces informations dans d'autres domaines de l'évaluation, comme la protection de l'enfance, l'historique de son développement et l'exposition à des traumatismes.

Synthèse clinique [*formulation*], diagnostic et projet de soins


10.56 L'évaluation est une première étape pour établir une relation avec l'enfant ou le jeune ainsi qu'avec sa famille ou ses aidants, et pour développer une compréhension de l'enfant ou du jeune en tant qu'individu dans le contexte de ses attentes et de ses besoins. L'évaluation devrait conduire à trois étapes supplémentaires :

- une synthèse de tous les facteurs importants concernant le profil de l'enfant ou du jeune ;
- une liste de tout diagnostic pertinent ;
- un projet de soins individualisé.

Synthèse clinique

10.57 Le professionnel travaillant avec l'enfant ou le jeune devrait utiliser les informations recueillies pour élaborer une synthèse clinique fondée sur des preuves. Celle-ci devrait être élaborée et approuvée avec l'enfant ou le jeune ainsi que ses parents ou aidants.

Figure 30 : Synthèse clinique [Formulation]



Synthèse clinique

La synthèse clinique donne un sens aux informations recueillies lors de l'évaluation. Elle constitue une synthèse des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux susceptibles de contribuer au développement global, à la santé, au bien-être et au fonctionnement d'un enfant ou d'un jeune.

Il s'agit d'un processus collaboratif entre l'enfant ou le jeune, les parents ou les aidants, et les principaux professionnels. Il devrait être soutenu par l'équipe pluridisciplinaire élargie et utilisé pour élaborer un projet de soins individualisé.

10.58 La synthèse clinique est utilisée pour donner un sens et rassembler les informations recueillies lors d'une évaluation afin de favoriser la compréhension des forces et des atouts de l'enfant ou du jeune, ainsi que de ses difficultés et de ses besoins, pour orienter l'élaboration d'un projet de soins global individualisé. C'est une approche largement pratiquée par divers professionnels et dans les services de santé, et elle est soutenue par des organisations professionnelles et autres (Havighurst & Downey, 2009 ; Skills for Health, 2016).

10.59 La synthèse clinique fournit un cadre pour synthétiser les informations recueillies lors de l'évaluation et pour concilier les points de vue divergents. Elle peut être réalisée à divers niveaux de détail et de complexité et peut être utile pour identifier d'autres facteurs qui peuvent influencer la détresse liée au genre et pour identifier les domaines à travailler, même si des divergences d'opinion subsistent. Il est important de noter qu'elle permet à toutes les parties de maintenir une position ouverte et mutuellement respectueuse concernant l'identité de genre d'un enfant ou d'un jeune tout en définissant un ensemble d'interventions personnalisées.

Diagnostic et diagnostic différentiel

10.60 Le rôle du professionnel lors d'une consultation est d'intégrer les informations

provenant de l'historique du patient, de l'évaluation et de toute investigation ou test, afin de déterminer la cause la plus probable de ses symptômes et la meilleure façon de les aborder.

10.61 La synthèse clinique est souvent suivie par la nécessité d'établir un diagnostic formel. Le processus diagnostique est une activité complexe et collaborative qui nécessite un raisonnement clinique et la collecte d'informations pour comprendre le problème du patient (Balogh et al., 2015).

10.62 Le diagnostic différentiel est une démarche consistant à écarter d'autres diagnostics possibles qui se présentent de manière similaire.

10.63 Le diagnostic différentiel est considéré par certains comme une tentative de trouver « toute autre raison » pour la détresse de la personne plutôt que de reconnaître qu'elle est transgenre. Ces personnes soutiennent avec force que les professionnels ne devraient pas chercher activement des raisons pour « justifier » ce que ressent le jeune.

10.64 Il est important de répertorier l'ensemble des diagnostics formels pertinents pour ce groupe d'enfants et d'adolescents pour plusieurs raisons.

- afin de dispenser des soins basés sur des preuves, il est essentiel que le professionnel prenne en compte tous les diagnostics possibles qui pourraient nuire au bien-être du jeune et à sa capacité à fonctionner ;
- le professionnel est responsable de l'évaluation, des recommandations de traitement ultérieures et de tout préjudice qui pourrait être causé à un patient qu'il suit. Il doit définir, aussi clairement et précisément que possible, la condition qu'il traite, afin d'être responsable de ses décisions concernant les options proposées au patient. Dans le cas de traitements médicaux potentiellement irréversibles, il est important de déterminer si le patient répond aux critères de diagnostic formels pour la dysphorie de genre ou d'autres conditions ;
- la revue systématique de l'Université de York (Taylor et al : Caractéristiques des patients) a démontré que d'autres diagnostics n'étaient pas systématiquement consignés dans les dossiers médicaux. Afin de mieux comprendre et soutenir ces enfants et jeunes, il est essentiel que tous les diagnostics soient documentés de manière systématique à des fins cliniques et de recherche.

10.65 Il existe deux cadres largement utilisés qui fournissent des critères diagnostiques. La Classification internationale des maladies (CIM), qui est la norme de données de santé mandatée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), qui est le système de classification des troubles de la santé mentale produit par l'*American Psychiatric Association*. Les versions actuelles - CIM-11 et DSM-5-TR - sont entrées en vigueur en janvier 2022 et en mars 2022, respectivement.

10.66 La CIM-11 (OMS, 2022) a tenté de dépathologiser la diversité de genre, en retirant le terme « troubles de l'identité de genre » de sa section sur la santé mentale et en créant une nouvelle section pour l'incongruence de genre et les identités transgenres dans un chapitre sur la

santé sexuelle. La CIM-11 définit l'incongruence de genre comme étant « caractérisée par une incongruence marquée entre le genre vécu/exprimé d'un individu et le sexe assigné ». Elle fait référence à un décalage entre le sexe déclaré à la naissance et le genre vécu, mais n'inclut pas la dysphorie (détresse). Le simple fait d'avoir des comportements ou des préférences de genre qui diffèrent des normes traditionnelles ne suffit pas à établir un diagnostic d'incongruence de genre. Les critères complets pour l'incongruence de genre chez l'enfant et l'incongruence de genre à l'adolescence ou à l'âge adulte sont énumérés dans l'Annexe 10.

10.67 Le DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013), révisé en 2022 (DSM-5-TR), est le cadre le plus largement utilisé pour diagnostiquer la dysphorie de genre (Annexe 10). En plus de décrire l'incongruence entre le genre vécu/exprimé et le sexe assigné, le DSM-5-TR précise que « pour répondre aux critères du diagnostic, la condition doit également être associée à une détresse ou à une incapacité cliniquement significative dans des domaines importants de fonctionnement social, professionnel ou autre ».

10.68 L'Université de York (Taylor : Directives 2 : Synthèse) n'a trouvé aucun consensus clair parmi les directives internationales examinées sur lequel des deux diagnostics (dysphorie de genre selon le DSM-5, incongruence de genre selon la CIM-11) devrait être privilégié. Cependant, l'enquête internationale (Hall et al. : Enquête clinique) a démontré qu'en pratique clinique, le diagnostic de dysphorie de genre selon le DSM-5 est plus largement utilisé, ce qui est également le cas des études.

10.69 L'Examen a recueilli des avis partagés sur la manière dont les jeunes perçoivent la valeur d'un diagnostic de dysphorie de genre. Beaucoup de jeunes ne se considèrent pas comme ayant une condition médicale et certains peuvent estimer que cela compromet leur autonomie et leur droit à l'autodétermination. D'autres voient le diagnostic comme une validation et le considèrent comme important pour accéder à un traitement hormonal.

« C'est une bonne chose car cela permet de trouver des solutions. Cependant, la manière dont cela est diagnostiqué est importante pour que la dysphorie ne s'aggrave pas. Il est essentiel de s'assurer que les gens sont en sécurité et en bonne santé mentale. »

« Personnellement, cela m'importe peu, mais il est important pour moi que les professionnels de santé comprennent que j'ai besoin de soins médicaux liés au genre, et que le diagnostic peut servir à cela. Je préférerais que le diagnostic ne soit pas une condition préalable aux soins. »

« Avoir un diagnostic ne fait pas de vous "plus trans" que quelqu'un qui n'en a pas. »

Groupes de discussion sur l'expérience vécue des jeunes

10.70 La recherche qualitative menée par l'Université de York (Annexe 3) a révélé que : « Pour de nombreux jeunes - et jeunes adultes - la dysphorie est une étiquette médicale utile, aidant à légitimer et à expliquer l'expérience. Cela a également aidé à justifier la demande de suivi [...] Cependant, avec le temps, certains ont exprimé une ambivalence. Ils continuaient de comprendre la valeur de la dysphorie, mais pensaient qu'elle pouvait aussi représenter un diagnostic peu utile, dans lequel leur expérience sociale ne pouvait être considérée comme légitime que si une étiquette médicale y était attachée ».

10.71 L'étude qualitative indique également : « Les professionnels comprennent l'importance du diagnostic, en particulier pour justifier la prise de décision, mais restent sensibles à la surmédicalisation, surtout lorsque la dysphorie peut être influencée par des facteurs sociaux ».

10.72 Auparavant, un diagnostic de dysphorie de genre était un préalable pour démarrer un traitement médical, cependant, il ne doit pas être

considéré comme un indicateur définitif de la stabilité dans le temps de l'identité trans.

10.73 Il est important de comprendre l'évolution de la détresse liée au genre chez un individu, tout en identifiant les facteurs contributifs supplémentaires. Prendre en compte ses besoins et ses préférences en matière de traitement est tout aussi essentiel. De plus, il est impératif de privilégier le fonctionnement, le bien-être global et la résilience, afin que l'enfant/le jeune puisse prendre des décisions réfléchies concernant son avenir.

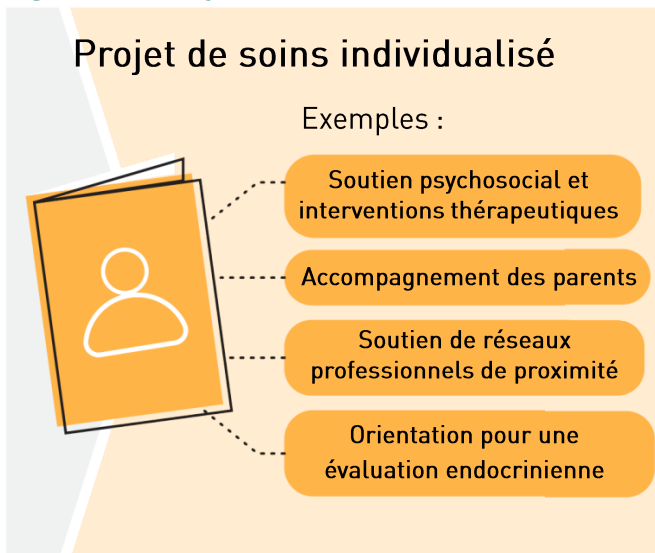
Projet de soins individualisé

10.74 L'évaluation de l'ensemble des besoins et la synthèse clinique qui en découle devraient conduire à l'élaboration d'un projet de soins individualisé, avec la contribution de l'équipe pluridisciplinaire.

10.75 Ce processus devrait être collaboratif, impliquant le jeune et le professionnel de santé qui le suit afin de parvenir ensemble à une décision commune concernant les soins. La prise de décision partagée consiste à choisir des traitements en s'appuyant à la fois sur des preuves et sur les préférences, croyances et valeurs individuelles de la personne (NICE, 2021).

10.76 Un projet de soins individualisé devrait inclure des possibilités d'accompagnement psychosocial, des recommandations concernant les interventions thérapeutiques, une orientation pour une évaluation endocrinienne lorsque cela est cliniquement indiqué, des possibilités d'accompagnement pour les parents, les aidants et les frères et sœurs, ainsi que des ressources plus larges.

Figure 31 : Projet de soins individualisé



10.77 L'Examen a placé au cœur de ses préoccupations la situation des jeunes qui présentent souvent, bien que pas systématiquement, un état de détresse importante lorsqu'ils accèdent aux services de santé du NHS, et qui cumulent fréquemment de multiples besoins non satisfaits.

10.78 Il convient d'adopter une approche à plusieurs niveaux pour tout programme d'intervention décrit dans un projet de soins individualisé, qui :

- traite les risques urgents ;
- réduit la détresse et les problèmes de santé mentale et les facteurs de stress psychosociaux associés, afin que l'enfant/le jeune puisse fonctionner et prendre des décisions complexes ;
- co-construit un projet concernant la dysphorie de genre, qui peut inclure une combinaison d'options de traitement psychologique et physique.

10.79 La controverse entourant l'utilisation des traitements médicaux a détourné l'attention de ce que le projet de soins et de traitement individualisé vise à réaliser, à la fois pour la personne qui s'adressent aux services de genre du NHS et pour l'ensemble de la population.

10.80 Des jeunes adultes, interrogés dans le cadre de l'étude qualitative de l'Université d'York,

« ont exprimé un éventail incroyablement diversifié d'expériences et de parcours. Beaucoup ont tiré bénéfice de l'accès aux filières médicales, ce qui leur a permis, selon eux, de mener la vie qu'ils souhaitent. D'autres ont exploré des options tout aussi valorisantes, comme la transition sociale et des expressions de genre plus fluides et non binaires ». (Annexe 3).

10.81 Plusieurs jeunes et jeunes adultes ayant pris part aux groupes de discussion sur les expériences vécues ont également souligné l'importance d'informer le public que la transition médicale n'est pas l'unique voie possible, et que le choix de ne pas s'engager dans cette démarche ne remet nullement en cause leur identité.

« Je pense qu'il est utile que les gens sachent qu'il n'y a pas qu'un seul parcours ou une seule façon de faire sa transition ou d'être transgenre. Certains voudront seulement des hormones, d'autres seulement une chirurgie, chaque individu est différent avec son expérience, son profil et son corps. Il est tout à fait normal et acceptable d'avoir des projets différents pour sa transition médicale. »

Un jeune
Groupes de discussion sur l'expérience vécue

10.82 L'étude qualitative a révélé que « Pour certains, les premières interrogations sur le genre ont créé un sentiment d'urgence, qui s'est largement concentré sur l'accès aux filières médicales. Ces jeunes adultes ont reconnu que leur réaction initiale était de "résoudre" le problème. Cela est devenu moins important pour eux à mesure qu'ils grandissaient. Certains ont expliqué que la découverte de différentes façons d'exprimer leur identité de genre a été l'une des choses les plus importantes qu'ils aient apprises. Ils auraient souhaité qu'on leur explique cela quand ils étaient plus jeunes, mais restent incertains sur la mesure dans laquelle ils auraient écouté ces conseils ». (Annexe 3).

10.83 L'objectif central du processus d'évaluation et du projet de soins individualisé est d'accompagner les jeunes dans leur

épanouissement personnel et la réalisation de leurs aspirations. Pour la majorité des jeunes, une voie médicale peut ne pas être la meilleure façon d'y parvenir. Pour les jeunes pour lesquels un parcours médical est indiqué, il ne suffit pas de le proposer sans s'attaquer aux éventuels problèmes de santé mentale et/ou aux difficultés psychosociales plus larges, tels que les ruptures familiales, les obstacles à la participation à la vie scolaire ou aux activités sociales, le harcèlement et le stress lié à l'appartenance à une minorité.

Recommandation 1

Étant donné la complexité de cette population, ces services doivent fonctionner selon les mêmes normes que les autres services qui suivent des enfants et des jeunes avec des profils complexes et/ou des facteurs de risque supplémentaires. Un praticien médical désigné (pédiatre/psychiatre pour enfants) doit assumer la responsabilité clinique globale de la sécurité des patients au sein du service.

Recommandation 2

Les professionnels doivent appliquer le cadre d'évaluation développé par le *Clinical Expert Group* de l'Examen afin de s'assurer que les enfants/jeunes adressés aux services de genre du NHS bénéficient d'une évaluation globale de leurs besoins, dans l'objectif d'élaborer un projet de soins individualisé. Cela devrait inclure un dépistage des conditions neurodéveloppementales, y compris les troubles du spectre de l'autisme, et une évaluation de la santé mentale. Le cadre doit être constamment réévalué et évoluer pour prendre en compte les preuves émergentes.



11. Prise en charge psychologique et psychosociale

11.1 Il existe de nombreuses approches pour aider les jeunes en questionnement de genre à améliorer leur santé et leur bien-être, indépendamment de leurs décisions à long terme concernant une transition médicale ou sociale.

11.2 La Partie 3 a décrit le large éventail de conditions associées pouvant s'inscrire dans un schéma de détresse liée au genre. Une prise en charge globale de ces problématiques peut impliquer diverses options, telles que :

- un accompagnement global pour permettre au jeune de renouer avec le milieu scolaire ;
- une évaluation diagnostique de trouble du spectre de l'autisme ou de TDAH ;
- proposer des séances de groupe de suivi ;
- mettre en place des psychothérapies pour gérer l'anxiété, la dépression ou les traumatismes ;
- développer la résilience ;
- travailler avec la famille pour résoudre les ruptures de liens ;
- déconstruire les stéréotypes et les idées reçues sur le genre et présenter les différentes interventions possibles.

11.3 Les termes « thérapies psychologiques », « psychothérapie », « interventions psychosociales » et « thérapies par la parole » sont souvent utilisés de manière interchangeable dans les contextes courants. Techniquement, les interventions psychologiques renvoient à des traitements fondés sur des modèles de fonctionnement psychologique, tandis que les interventions psychosociales désignent un ensemble plus large d'approches visant à améliorer la santé mentale, le bien-être et le niveau de fonctionnement.

11.4 Le rôle des psychothérapies dans l'accompagnement des enfants et aux jeunes souffrant d'incongruence ou de détresse liée au genre a été éclipsé par un débat inutilement polarisé autour des pratiques de conversion. Des termes tels que « affirmatif » et « exploratoire » ont

été instrumentalisés au point qu'il est difficile de trouver une terminologie neutre. Cette dichotomie donne l'impression qu'un jeune n'a que 2 options possibles : des interventions thérapeutiques ou un parcours médical de transition.

11.5 Bien que le mandat de l'Examen n'inclue pas l'examen de la législation proposée pour interdire les pratiques de conversion, il estime qu'aucun groupe LGBTQ+ ne devrait y être soumis. Il maintient également que les enfants et les jeunes avec dysphorie de genre peuvent être confrontés à divers défis psychosociaux complexes et/ou à des problèmes de santé mentale affectant leur détresse liée au genre. L'exploration de ces questions est essentielle pour établir un diagnostic, et un accompagnement adapté.

11.6 L'objectif des psychothérapies n'est pas de modifier la perception que la personne a d'elle-même, mais de travailler avec elle pour explorer ses préoccupations et ses expériences, et l'aider à atténuer sa détresse, qu'elle choisisse ou non une voie médicale. Assimiler cette approche à une thérapie de conversion serait préjudiciable, car cela pourrait empêcher les jeunes d'obtenir le soutien émotionnel dont ils ont besoin.

11.7 Aucune formation formelle, fondée sur des bases scientifiques, en psychothérapie, psychologie ou psychiatrie n'enseigne ni ne promeut la thérapie de conversion. Si un individu devait s'engager dans de telles pratiques, il agirait en dehors des recommandations professionnelles, ce qui relèverait de la compétence de son autorité de régulation.

Perspectives des usagers et des familles

11.8 Les travaux de l'Examen menés avec les usagers, les parents/proches aidants et les professionnels ont mis en évidence un manque perçu dans l'offre de services pour les personnes qui questionnent leur identité de genre, sans

toutefois en comprendre pleinement les implications pour elles-mêmes. La durée prolongée de l'attente avant une consultation (pouvant atteindre plusieurs mois) contraint de nombreux jeunes à engager cette réflexion de manière autonome, sans suivi professionnel structuré.

« Des services de santé mentale de qualité auraient été d'une aide précieuse pendant que j'explorais mon identité et composais avec des éléments comme la dysphorie de genre... »

Un jeune
Groupes de discussion sur l'expérience vécue

« J'espère qu'à l'avenir, il y aura davantage d'options thérapeutiques pour les jeunes en détresse liée au genre, au-delà des interventions physiques. Des approches comme la TCC de troisième vague, la thérapie familiale ou la psychothérapie au sein des services spécialisés (GIDS) devraient être développées. »

Un professionnel du GIDS
Questionnaire aux spécialistes du genre

« Mon médecin généraliste était ouvert sur les questions de genre, mais il refusait de m'attribuer plus d'un diagnostic ... Pourtant, il est possible d'avoir plusieurs particularités - comme le lien entre TDAH, autisme et variance de genre - mais tout semble ignoré. On ne retient que le diagnostic de dysphorie, en occultant le reste. Cela donne l'impression que mes autres expériences ne sont pas prises en compte. »

Un jeune
Groupes de discussion sur l'expérience vécue

11.9 Les jeunes souhaitent bénéficier d'un espace non-jugeant pour exprimer leurs émotions et discuter des options de prise en charge. Ils désirent également obtenir de l'aide pour atténuer la dysphorie (détresse) qu'ils ressentent.

11.10 Les témoignages de parents décrivent des enfants et des jeunes présentant plusieurs problématiques simultanées. Cependant, les services (par exemple GIDS, CAMHS, médecin généraliste) traitent chaque problème de manière isolée, sans tenir compte de l'interdépendance de ces difficultés. Ces problématiques peuvent inclure des troubles du neurodéveloppement ou des troubles de santé mentale significatifs, tels que des antécédents de troubles alimentaires, des expériences de deuil et/ou de traumatismes, ainsi que du harcèlement.

« Je savais en entrant que je ne recevrais aucune aide de leur part, je devais juste leur dire ce qu'ils voulaient entendre. Je savais qu'ils étaient la porte d'entrée pour obtenir ce que je voulais. Je n'exprimerais pas ouvertement mes préoccupations parce que je savais que cela pourrait m'empêcher d'accéder aux soins dont j'avais besoin. »

Un jeune
Groupes de discussion sur l'expérience vécue

11.11 Certains jeunes ont évoqué le sentiment que révéler leur trouble du neurodéveloppement, leurs problèmes de santé mentale ou leurs traumatismes pourrait être utilisé pour discréditer leur perception vis-à-vis d'eux-mêmes. Il est préoccupant que certains jeunes ne se sentent pas en mesure d'être honnêtes avec leurs professionnels de santé. Ils expliquent qu'ils ont l'impression de devoir jouer un rôle et manipuler les services pour obtenir ce dont ils ont besoin. Cela a conduit certains à ne pas chercher activement de l'aide pour leurs problèmes de santé mentale ou à cacher leurs problèmes de santé mentale.

Directives et pratiques internationales

11.12 Historiquement, le modèle de soins pour les enfants et les jeunes présentant une incongruence/dysphorie de genre était entièrement basé sur un modèle psychosocial, avec l'introduction plus récente d'une intervention médicale par des bloqueurs de puberté. La plupart des équipes cliniques considèrent encore cela comme le point de départ dans un parcours de soins.

11.13 Cela se reflète en partie dans la synthèse des directives internationales de l'Université de York (Taylor et al. : Directives 2 : Synthèse), qui a révélé que toutes les directives, à l'exception de deux, décrivent le soutien psychosocial comme un élément clé des soins.

11.14 Les directives antérieures décrivaient les soins psychosociaux comme la principale modalité de traitement, et les récentes directives finlandaises et suédoises les considèrent comme le traitement de première ligne. Cependant, on constate une différence d'approche commençant à apparaître au niveau international, avec cinq directives affirmant que tous les enfants ou adolescents n'auront pas besoin de soins psychosociaux, et toutes, sauf une, de ces cinq directives préconisant une approche de soins affirmant le genre.

11.15 Un autre problème rencontré dans les directives internationales est le manque de détails

concernant les objectifs, l'approche ou la finalité des psychothérapies. Il existe une grande variabilité, ainsi qu'un manque de définition et de consensus concernant l'exploration du genre, notamment sur la question de savoir si cette intervention doit faire partie de l'évaluation et si elle est pertinente pour les enfants et les adolescents ou uniquement pour les enfants.

11.16 Ces différences d'approche reflètent les tensions qui sont apparues dans le débat au Royaume-Uni concernant les approches affirmatives ou exploratoires.

11.17 La plupart des directives abordent le soutien psychosocial pour les parents et soulignent l'importance des soins et du soutien parental pour les enfants et les jeunes dans leurs soins de genre. La plupart suggèrent également de fournir de l'éducation sur le développement et l'identité de genre aux jeunes et à leurs familles.

11.18 Les défis supplémentaires liés au soutien des enfants placés sont signalés dans six directives.

11.19 Malgré les recommandations concernant la nécessité d'interventions psychosociales, l'enquête internationale (Hall et al. : Enquête clinique) a révélé qu'en pratique, les interventions psychosociales étaient assez limitées dans les services de genre ayant répondu. Cinq cliniques n'avaient aucune offre en interne, et d'autres proposaient une gamme réduite d'options et/ou de psychoéducation. Cela souligne l'écart entre les attentes et la réalisation concrète.

Analyse des données probantes

11.20 L'Université de York a mené une revue systématique pour identifier et résumer les preuves concernant les résultats des interventions psychosociales pour les enfants et les adolescents présentant une incongruence de genre (Heathcote et al. : Soutien psychosocial).

11.21 Seules dix études ont satisfait aux critères d'inclusion. La qualité des études a été évaluée comme faible pour neuf d'entre elles et modérée pour une étude. Les critères de sélection des

participants n'étaient pas clairement définis, et les études manquaient de comparateurs appropriés.

11.22 Les études ont examiné diverses interventions :

- certaines concernent des approches standardisées telles que la thérapie cognitive-comportementale, la pleine conscience, la compassion envers soi-même ou la thérapie familiale basée sur l'attachement ;
- d'autres ont évalué des approches plus ciblées développées ou adaptées spécifiquement pour les jeunes issus des minorités de genre ou sexuelles.

11.23 Toutes les études incluses dans l'analyse finale ont utilisé des instruments validés pour évaluer les résultats, mais avec peu de cohérence entre les études vis-à-vis des outils ou des mesures utilisées.

11.24 Les résultats les plus fréquemment rapportés concernent la santé mentale (dépression, anxiété et suicidabilité).

- quatre des huit études ayant rapporté des résultats sur la dépression (soit seule, soit dans

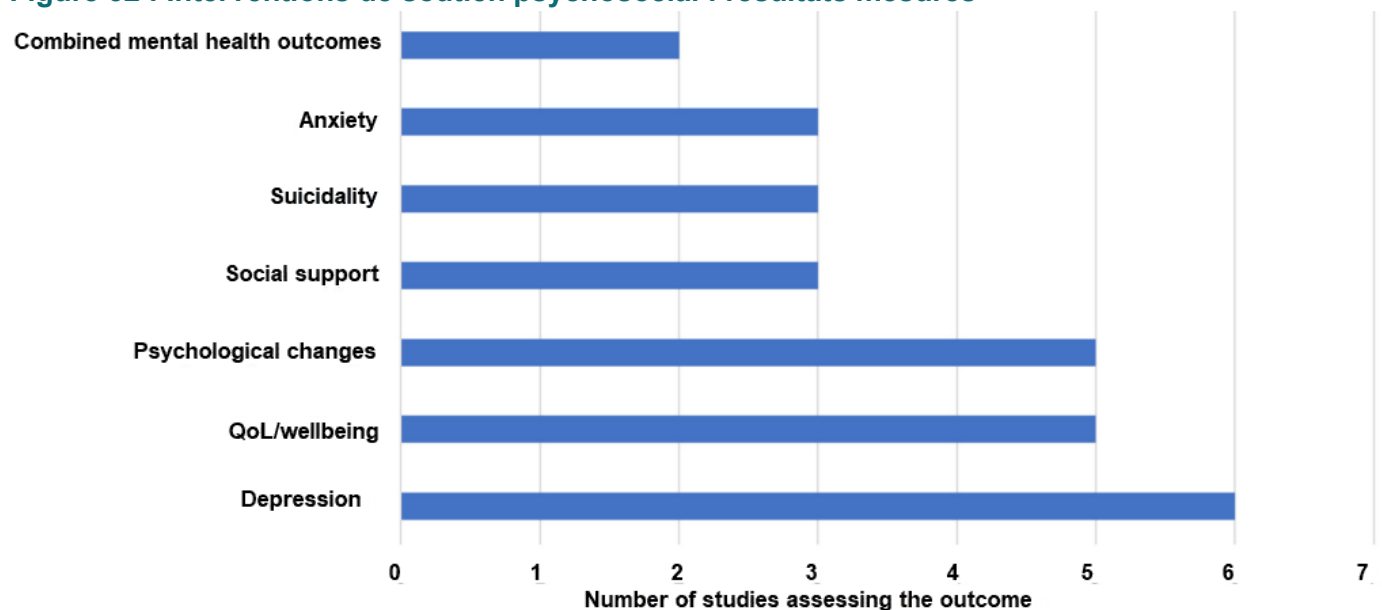
un résultat de santé mentale combiné) ont signalé des améliorations significatives ;

- trois des cinq études ayant rapporté des résultats sur l'anxiété (soit seule, soit dans un résultat de santé mentale combiné) ont également rapporté une amélioration significative ;
- trois des quatre études ayant examiné la suicidabilité ont trouvé des améliorations significatives des scores de suicidabilité, et une n'a trouvé aucun changement.

11.25 Les études se concentrant sur les changements psychologiques et/ou psychosociaux ont trouvé des améliorations dans divers aspects tels que la résilience, la compassion envers soi-même, l'acceptation de soi, ainsi que la qualité de vie, le fonctionnement global, la participation et le bien-être.

11.26 Lorsque le suivi était suffisant, les études ont constaté que bon nombre de ces résultats diminuaient au fil du temps. Aucune indication d'effets adverses ou négatifs n'a été relevée dans les études.

Figure 32 : Interventions de soutien psychosocial : résultats mesurés



Source : données de Heathcote et al : Soutien psychosocial
QoL: Qualité de vie

11.27 En raison de la faible qualité, du manque de détails sur les interventions et de l'hétérogénéité des interventions, de leurs objectifs et des mesures des résultats, il n'a pas été possible de comparer directement les différents types d'interventions. Il n'a pas non plus été possible de déterminer quelle approche spécifique pourrait être la plus efficace selon les individus.

11.28 L'Université de York a conclu qu'il existe peu de recherches évaluant les résultats des interventions psychosociales pour les enfants et les adolescents présentant une incongruence de genre, et que la qualité des études identifiées est faible, avec une présentation des données insuffisante concernant les détails des interventions. Par conséquent, il n'est pas possible de tirer des conclusions fermes sur leurs effets. Identifier l'approche de base et les résultats de ces interventions permettrait de s'assurer qu'elles répondent aux objectifs cliniques essentiels, qu'elles prennent en compte les besoins des enfants et des familles, tout en contribuant à l'accumulation de preuves scientifiques pour améliorer les pratiques futures.

Pratique actuelle du NHS

11.29 Le GIDS rapporte que seule une minorité d'enfants et de jeunes suivent un parcours endocrinien. L'Examen a cherché à obtenir des informations sur les suivis proposés aux autres, mais malgré plusieurs discussions et un groupe de discussion avec le personnel du GIDS, il n'a pas été possible d'obtenir des informations claires sur l'éventail des options proposées..

11.30 Au sein du GIDS, le nombre de rendez-vous varie d'un ou deux à plus de 100, ce qui indique que certains praticiens ont assuré un suivi thérapeutique aux patients, en l'absence de programme structuré formel.

11.31 Le processus d'évaluation au GIDS semble avoir évolué de manière informelle, sans objectif clairement défini, de sorte qu'une évaluation est devenue le point de départ d'une relation thérapeutique qui pouvait se prolonger sur plusieurs séances.

11.32 Il semble que, pour les jeunes pour lesquels l'option endocrinienne n'était pas la plus appropriée, le personnel du GIDS s'efforçait de fournir un suivi continu, probablement parce que les services locaux ne pouvaient pas offrir cette aide. De plus, le personnel se retrouvait dans une situation difficile, devant jongler entre les besoins des patients en cours de traitement et la pression due à la liste d'attente.

« C'est un sujet un peu délicat et je ne veux pas froisser ou contrarier qui que ce soit, mais en ce qui concerne les périodes d'attente... Je sais que c'est un sujet sensible. Personnellement, quand j'avais 14 ans, j'ai découvert [un influenceur sur YouTube] et je me suis dit : "Oh mon Dieu, je suis un homme trans, c'est moi, il faut que je commence la testostérone, que je fasse une chirurgie du haut, que je fasse tout ça". J'étais tellement certain de vouloir de la testostérone pendant 2 ou 3 ans.

Je suis vraiment content(e) de ne pas en avoir pris, car après mes 17 séances au GIDS, j'ai réalisé que ce n'était pas ce qu'il me fallait. C'est par le biais de ces séances et beaucoup d'introspection que je l'ai compris. J'étais absolument convaincu(e) que c'était ce que je voulais.

Je pense donc que des périodes d'attente très longues, par exemple 7 ans, ne sont pas la solution. Mais avoir des espaces où l'on peut donner un consentement éclairé, c'est vraiment essentiel. Il faut pouvoir explorer toutes les options et être conscient des conséquences. "Conséquences" est un terme un peu négatif, mais cela doit être pris en compte. Parfois, les personnes prennent des décisions qui ne sont pas celles qui leur conviennent le mieux à un moment donné, ou peut-être que cela semblait être la bonne décision à l'époque, mais ce n'est plus le cas plus tard. »

Un jeune
Groupe de discussion sur l'expérience vécue

« Si la personne est déterminée pour un traitement hormonal ou une chirurgie, il est important de s'assurer que les démarches soient faites et qu'elle n'ait pas à attendre des années justes pour être inscrite sur la liste d'attente. Je pense que c'est vraiment essentiel. Si la personne est bien informée et sait exactement ce qu'elle veut, je ne vois pas pourquoi il y aurait une période d'attente, tant qu'elle donne un consentement éclairé. Je ne comprends pas pourquoi une telle période d'attente serait nécessaire si la personne est vraiment certaine de sa décision. »

Un jeune
Groupe de discussion sur l'expérience vécue

11.33 Les professionnels ont également mentionné que la durée de la liste d'attente peut freiner les discussions exploratoires avec les jeunes, qui pourraient leur offrir un éventail plus large d'options pour traiter leur détresse. Au moment où ils sont enfin reçus, beaucoup ont déjà décidé de suivre un parcours endocrinien et ne souhaitent pas envisager d'autres approches.

11.34 Il a également été rapporté que certains membres du personnel ont exploré comment des traitements basés sur des preuves - notamment la thérapie cognitive-comportementale de troisième vague - pouvaient aider les jeunes à gérer leur détresse liée au genre, sans pathologiser ni modifier leur identité de genre (Canvin, 2022). Cette approche n'a cependant pas été validée dans le cadre d'une étude rigoureuse..

Résumé – Prise en charge psychologique et psychosociale

11.35 Les prises en charges psychologiques et psychosociales ont plusieurs objectifs pour ce groupe d'enfants et de jeunes, en fonction des problèmes de santé mentale sous-jacents et des caractéristiques spécifiques de leur présentation de genre. Cependant, il existe un manque d'analyse systématique concernant l'utilisation de ces interventions et la recherche de leur efficacité.

11.36 Certaines thérapies validées pour traiter des problèmes de santé mentale associés disposent déjà d'une solide base de preuves. Lorsque ces troubles sont clairement identifiés, les patients doivent en bénéficier au même titre que tout autre jeune pris en charge par le NHS. Les critères d'évaluation doivent inclure l'impact sur la condition associée ainsi que sur les préoccupations et détresses liées au genre.

11.37 Au-delà de cette approche de première intention, il est important de comprendre comment des modalités thérapeutiques spécifiques peuvent aider à traiter la dysphorie de genre centrale et le mal-être corporel.

11.38 Un des arguments avancés pour l'utilisation des bloqueurs de puberté est qu'ils pourraient améliorer la dysphorie de genre ou la santé mentale en général. Cependant, les preuves disponibles à ce jour ne soutiennent pas fortement cette affirmation (voir le Chapitre 14). De plus, même après l'administration d'hormones masculinisantes/féminisantes, la dysphorie peut persister. Il est donc essentiel d'explorer d'autres approches pour traiter la détresse liée au genre, qui est en soi handicapante. Ces approches pourraient être pertinentes, que la voie endocrinienne soit choisie ou non.

11.39 Vivre en tant que personne transgenre présente des défis uniques. Les individus peuvent faire face à de l'hostilité et risquent de souffrir d'un stress lié à leur statut de minorité. Si l'objectif de toute intervention est d'aider l'enfant ou le jeune à fonctionner et à s'épanouir, il est essentiel de lui fournir les outils et stratégies lui offrant les meilleures chances d'y parvenir.

« Je pense également qu'un suivi en santé mentale devrait être disponible, que ce soit pour l'identité de genre ou pour le stress. Il est crucial d'avoir des stratégies pour gérer le stress généré par le processus de transition et celui inhérent au fait d'être trans en général. »

Un jeune
Groupe de discussion sur l'expérience vécue

« Je connais beaucoup de jeunes trans qui ont de réels problèmes de santé mentale, non pas à cause de leur genre, ni parce qu'ils ont du mal à trouver leur place, mais à cause de la façon dont la société et les institutions les traitent. »

Un parent
Séance d'échange

11.40 Les enfants et les jeunes s'épanouissent mieux dans un environnement familial bienveillant. Favoriser la santé et le bien-être de tous les membres de la famille est essentiel pour y parvenir. Certains participants aux groupes de discussion sur l'expérience vécue menés par l'Examen ont souligné le rôle positif des familles, aidants et proches dans leur accompagnement durant la transition.

11.41 D'autres participants ont évoqué les séquelles relationnelles causées par le manque de soutien parental, affectant durablement leurs liens familiaux à l'âge adulte. Ils ont insisté sur l'importance essentielle des groupes de soutien (présentiels et en ligne) permettant aux parents et aidants d'échanger entre eux et avec des professionnels, tout en bénéficiant si besoin d'un accompagnement psychologique.

« Je pense que l'accès à des ressources fiables est vraiment important. J'ai fait beaucoup de recherches sur Internet et obtenu tellement de fausses informations à cause de la multiplicité des sources. Des guides crédibles sur la transidentité, les transitions sociales/médicales m'auraient été précieux. »

Un jeune
Groupe de discussion sur l'expérience vécue

« Il manque aussi un accompagnement pour les parents non-informés qui veulent soutenir leur enfant, et pour ceux qui vivent un deuil symbolique. Un service qui pourrait offrir un soutien et des conseils serait vraiment utile. »

Un parent
Session d'échange

11.42 Le rôle des thérapeutes familiaux dans la prise en compte de certains défis mentionnés mérite également attention.

11.43 En résumé, il existe un manque de preuves concernant les approches alternatives pour gérer la détresse liée au genre. Il reste difficile d'obtenir des informations sur les pratiques cliniques courantes ou les parcours de soins des enfants/jeunes n'ayant pas recours aux interventions médicales. Un parcours clinique clair doit être établi pour ces accompagnements non médicaux, accompagné d'une stratégie de recherche évaluant leur efficacité.

Recommandation 3

Les approches de traitement psychologique et psychopharmacologique sur des preuves doivent être utilisées pour aider à gérer la détresse associée et les conditions co-occurentes. Elles devraient inclure un soutien aux parents/tuteurs et aux frères et sœurs, selon les besoins.

12. Transition sociale

12.1 À travers les discussions avec les parties prenantes, il est clair que la transition sociale suscite des préoccupations pour de nombreuses personnes, et nos remarques à ce sujet ont été parmi les plus citées dans le rapport intermédiaire de l'Examen.

12.2 Bien qu'elle soit propre à chacun, la transition sociale désigne généralement les changements visant à vivre dans un genre différent : modification de la coiffure, du style vestimentaire, changement de prénom et/ou d'usage des pronoms. Cela va d'une non-conformité de genre modérée chez l'adolescent jusqu'à une transition sociale complète dès l'enfance, parfois sans révéler son sexe de naissance à l'entourage scolaire.

12.3 Les avis divergent sur les bénéfices et risques d'une transition sociale précoce. Certains y voient une amélioration potentielle de la santé mentale et de l'intégration sociale. D'autres craignent qu'elle n'engage prématurément des enfants – qui auraient pu se désister à la puberté [ne plus se considérer comme trans] – vers des interventions médicales aux conséquences permanentes.

12.4 Une différence majeure entre enfants et adolescents réside dans l'influence des convictions parentales sur la capacité à effectuer une transition sociale, au moment où les adolescents disposent d'une plus grande autonomie.

12.5 Bien que la transition sociale ne soit pas considérée comme un traitement médical (puisqu'elle relève de l'autonomie individuelle), le NHS doit l'aborder comme une intervention active en raison de ses impacts psychologiques potentiels à long terme.

12.6 Si l'Examen se concentre sur le parcours de soins dans le cadre du NHS, celui-ci prend d'abord racine dans le milieu familial et scolaire. L'impact de ce qui se déroule à l'école ne doit pas être négligé. ; cela s'applique à tous les aspects de la santé et du bien-être des enfants. Les écoles ont été confrontées à la question de savoir comment

réagir lorsque qu'un élève exprime le désir de procéder à une transition sociale dans le cadre scolaire. Il est donc essentiel que les directives scolaires puissent s'appuyer sur les principes et données de cet Examen.

Pratiques internationales

12.7 La revue systématique des lignes directrices internationales par l'Université de York (Taylor et al : Directives 2 : Synthèse) a révélé que la plupart des lignes directrices recommandent de fournir des informations sur les avantages et les risques de la transition sociale, avec des divergences dans la manière dont ces lignes directrices abordent la question de la transition sociale en fonction de l'âge des individus concernés (enfants/enfants et adolescents).

12.8 Les directives de la WPATH 8 privilégient désormais la transition sociale comme moyen d'améliorer la santé mentale, abandonnant l'approche d'« attente vigilante » pour les enfants.

12.9 Plusieurs lignes directrices recommandent que la transition sociale soit soit abordée de manière à permettre aux enfants de reconsidérer ou de faire évoluer leur perception de leur genre à mesure qu'ils grandissent.

12.10 Plusieurs lignes directrices abordent la nécessité d'informer sur les risques et les avantages des *binders* (haut à compression thoracique) et *packers* (prothèses phalliques), ainsi que sur leur utilisation de manière sécurisée le cas échéant.

Réflexions du Multi Professional Review Group

12.11 Le rapport du *MultiProfessional Review Group* (MPRG) (Annexe 9) relève que de nombreux enfants/adolescents suivis par le GIDS ont déjà effectué un changement de nom légal, adopté un genre différent à l'école, voire modifié leur numéro NHS avant leur prise en charge. L'analyse des dossiers montre que le GIDS

examinait rarement ces parcours pour détecter d'éventuels signes de détresse, de regrets ou de volonté de réorientation.

12.12 Le MPRG s'inquiète que les jeunes vivant sans révéler leur sexe de naissance [vivre en *stealth*] éprouvent souvent une crainte légitime d'être « démasqués », et souffrent par la suite de rejet lié à la non-divulgaration de leur sexe biologique ou à la transphobie. Cette angoisse générerait une précipitation vers les bloqueurs de puberté, au détriment d'une évaluation des avantages/risques de ce traitement.

12.13 Le MPRG observe que ce mode de vie en cachette augmente le stress et l'anxiété, avec des répercussions comportementales : isolement social croissant (déscolarisation, recours à l'enseignement à distance), voire confinement au domicile dans les cas extrêmes.

Point de vue des usagers et des familles

12.14 Des jeunes et jeunes adultes soulignent les bienfaits de la transition sociale pour atténuer leur dysphorie de genre et se sentir plus à l'aise avec eux-mêmes. Toutefois, les réactions de l'entourage (famille, pairs) compliquent souvent ce processus. Ils expriment le besoin d'espaces dédiés pour échanger sur la transition sociale et préparer les échanges parfois conflictuels avec les parents. Ils estiment que les parents et les tuteurs ont besoin de davantage d'informations sur la transition sociale et sur la meilleure façon de soutenir leur enfant tout au long de ce processus.

« Il serait bénéfique de montrer qu'expérimenter son apparence (vêtements, maquillage) ne suscite aucun jugement, et qu'aucune étiquette n'est nécessaire, l'essentiel étant de se sentir bien dans sa peau. »

Un jeune
Groupe de discussion sur l'expérience vécue

« La transition sociale relève selon moi d'une démarche personnelle de l'enfant, pas d'une intervention active. La vraie question est : faut-il la soutenir ? Cela dépend si l'enfant y réfléchit ou bien l'a déjà initiée. L'entourage, lui, a simplement à choisir entre accompagnement ou opposition. »

Un jeune adulte trans
Session d'échange

12.15 La recherche qualitative menée par l'Université de York (Annexe 3) a révélé que, durant l'attente d'une prise en charge clinique, de nombreux jeunes ont « ont pris des initiatives pour apaiser leur mal-être, souvent en entamant une transition sociale. Ce processus, bien que fluctuant, était perçu positivement par les concernés. La majorité des parents, initialement réticents, en ont progressivement saisi l'utilité. Quelques-uns conservaient toutefois des craintes quant aux conséquences. Les familles auraient souhaité des conseils pratiques pour accompagner cette transition, mais beaucoup ont rencontré des obstacles dans l'accès à un accompagnement ».

12.16 L'Examen a néanmoins recueilli des inquiétudes parentales récurrentes : certains adolescents avaient initié une transition sociale et obtenu une reconnaissance de leur genre à l'école – sans concertation familiale. Ce scénario survenait surtout lorsque le jeune « faisait son coming-out » en milieu scolaire tout en redoutant la réaction des parents. Cette dynamique créait une relation conflictuelle : des parents se sentaient « contraints » d'affirmer l'identité revendiquée sous peine d'être perçus comme transphobes ou défaillants dans leur rôle de soutien.

12.17 Certains parents ont estimé que la transition sociale avait surtout profité à l'intégration sociale de leur enfant, plus qu'à la résolution de son incongruence de genre. Ils décrivaient des enfants précédemment isolés ou victimes de harcèlement, dont le statut parmi les pairs s'était amélioré après l'annonce de leur transition.

« Avant la transition sociale, [il] avait des difficultés sociales dues à un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et était victime de harcèlement. Après la transition sociale, [il] a reçu un énorme soutien à l'école. Il était geek et maladroit, mais est devenu une célébrité. »

Un parent
Session d'échange

« Tout son groupe d'amis revendique une identité trans ou non-binaire. Les amis plus âgés n'entrent pas dans cette catégorie – ils se montrent ouverts et solidaires sans s'identifier ainsi. Présenter une identité trans lui a été socialement bénéfique : en tant qu'autiste de haut niveau, cela a amélioré sa vie relationnelle. Ses amis semblent célébrer les identités trans. »

Un parent
Session d'échange

12.18 Les professionnels soulignent que la majorité des enfants ont déjà entamé une transition sociale avant même d'accéder à un service spécialisé en matière de genre. Certains professionnels estiment que l'accompagnement pour réfléchir à une transition sociale pourrait être assuré par des structures de proximité, sans nécessairement dépendre des services spécialisés du NHS.

« Idéalement, des services locaux devraient permettre aux jeunes d'explorer leur identité de genre et d'être accompagnés dans une éventuelle transition sociale. Un service spécialisé ne serait alors nécessaire que si une évaluation pour des interventions physiques était requise, ou si la complexité de la situation dépassait les capacités des services locaux.. »

Un professionnel du GIDS
Questionnaire aux spécialistes du genre

Analyse des données probantes

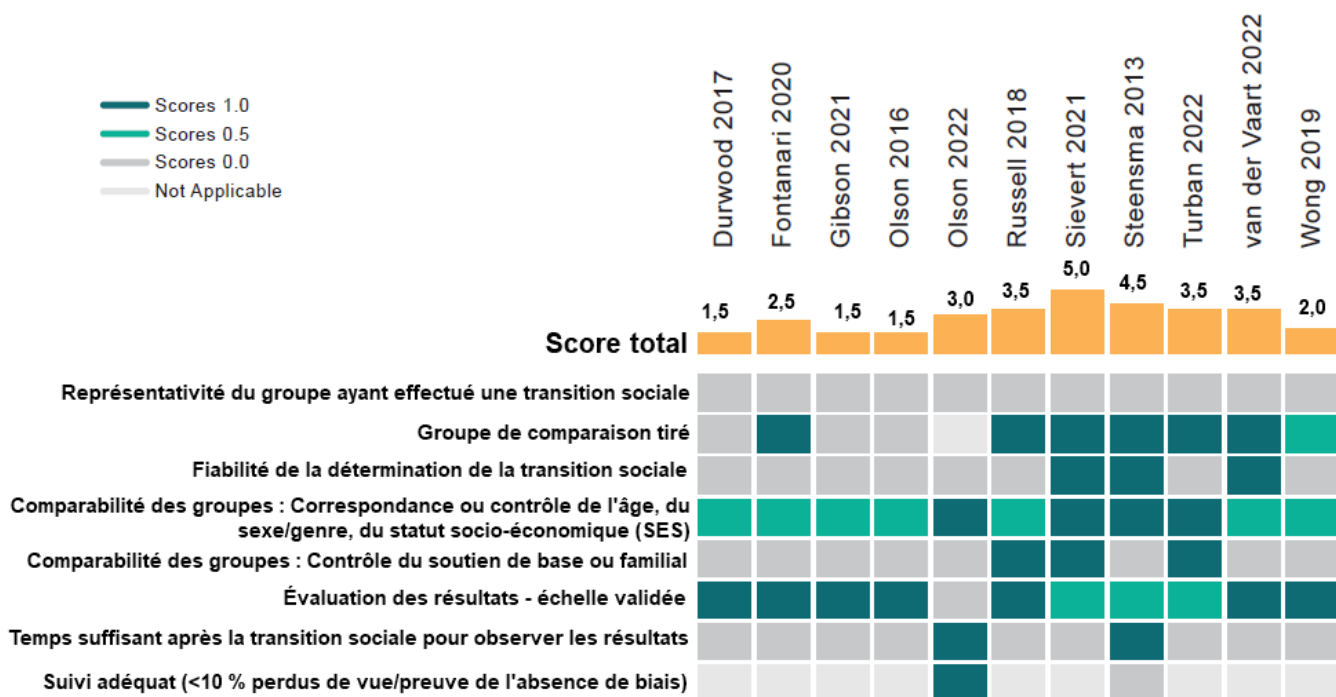
12.19 La revue systématique de l'Université de York sur la transition sociale visait à identifier et résumer les preuves concernant les résultats de la transition sociale pour les enfants et adolescents présentant une dysphorie de genre. (Hall et al. : Transition sociale).

12.20 Cette revue illustre la méthodologie d'évaluation de la qualité des études scientifiques. Une version modifiée de l'échelle de Newcastle-Ottawa a permis d'analyser les critères présentés dans la Figure 33, attribuant un score global à chaque étude. Le score maximum est de 8, un score de 0 à 3,5 indique une faible qualité, de 4 à 5,5 une qualité modérée, et de 6 à 8 une haute qualité.

12.21 Parmi les 11 études incluses dans la revue, neuf sont de faible qualité (avec des scores compris entre 1,5 et 3,5) et deux de qualité modérée (avec des scores entre 4,5 et 5,0). Les principaux défauts concernent la sélection des échantillons, peu représentatifs de la population générale. La majorité des études sont américaines.

12.22 La qualité des études n'est pas suffisante pour tirer des conclusions fermes. Tous les résultats doivent donc être interprétés avec une grande prudence.

Figure 33 : Scores de qualité des études incluses évaluées à l'aide d'une version modifiée de l'échelle Newcastle-Ottawa.



Source : Hall et al. : Transition sociale

N.B. : Le tableau indique les scores individuels de chaque étude pour chacun des critères. Les barres en haut (et les chiffres au sommet des barres) indiquent le score global.

Résultats sur la santé mentale

12.23 Différentes études ont examiné les résultats de la transition sociale. Le seul bénéfice de la transition sociale observé de manière constante est l'utilisation du prénom choisi à l'adolescence :

- une étude a montré que cela était associé à des améliorations de la santé mentale et à une réduction du suicide chez les jeunes de 15 à 21 ans ;
- une autre étude a montré que l'utilisation par les parents du prénom choisi et la possibilité d'exprimer son genre étaient liées à des améliorations de la santé mentale et à une réduction de la détresse chez les jeunes de 16 à 24 ans.

12.24 Une étude portant sur des adultes transgenres a révélé que les tentatives de suicide et les idées suicidaires au cours de l'année écoulée étaient plus fréquentes chez ceux qui avaient effectué une transition sociale à l'adolescence par rapport à ceux qui l'avaient fait à l'âge adulte.

Résultats sur l'identité de genre

12.25 Une étude (Olson et al., 2022) a utilisé un échantillon communautaire auto-sélectionné d'enfants (le projet *Trans Youth*). Les enfants devaient être âgés de trois à 12 ans au début de l'étude et avoir effectué une « transition sociale complète » [transition dans les vêtements et la coiffure ; changement de nom et utilisation des pronoms]. L'étude a montré que 93 % de ceux qui avaient effectué une transition sociale entre trois et 12 ans s'identifiaient toujours comme transgenres à la fin de l'étude (environ 5,4 ans plus tard). Parmi les autres, 2,5 % vivaient comme cisgenres, 3,5 % comme non-binaires et 1,3 % avaient retransitionné [changé d'identité de genre] deux fois. Cette étude a également montré que la majorité des enfants ayant fait une transition sociale ont ensuite progressé vers des interventions médicales.

12.26 Une autre étude (Steensma et al., 2013b) a révélé que la transition sociale pendant l'enfance était un facteur prédictif de la persistance de la dysphorie de genre pour les individus de sexe masculin à la naissance, mais pas pour ceux de sexe féminin. Dans cette étude, 96 % des garçons

et 54 % des filles qui se sont « désistés » [qui n'ont pas entamé une transition après avoir exprimé une dysphorie de genre] n'avaient pas effectué de transition sociale au moment de l'orientation vers le service de genre, et aucun d'eux n'avait effectué une transition sociale complète (voir tableau 8). L'étude a noté que l'impact potentiel de la transition sociale sur la représentation cognitive de l'identité de genre

(c'est-à-dire, comment l'enfant se voyait lui-même) ou sur la persistance n'avait pas été étudié.

12.27 Une association a cependant été observée entre la transition sociale précoce et une dysphorie de genre plus intense, suggérant que l'intensité de la dysphorie pourrait expliquer à la fois la persistance de l'identité et la motivation accrue à entreprendre une transition sociale.

Tableau 8 : Transition sociale pendant l'enfance et probabilité de persistance

| | Persisteurs % (n=47) | | Désistés % (n=80) | |
|--------------------------------------|----------------------|---------------|-------------------|---------------|
| | Garçons (n=23) | Filles (n=24) | Garçons (n=56) | Filles (n=24) |
| Pas de transition sociale | 57 | 42 | 96 | 54 |
| Transition sociale partielle* | 30 | 54 | 4 | 45 |
| Transition sociale complète** | 13 | 4 | 0 | 0 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 |

*Transition dans le style vestimentaire et la coiffure, mais sans changement de nom ni de pronom.

**Transition dans les vêtements et la coiffure ; changement de nom et utilisation des pronoms.

Source : données de Steensma et al., 2013b.

Pertinence par rapport aux directives existantes

12.28 Les recommandations ont évolué entre la WPATH 7 (2012), plus prudente envers la transition sociale, et la WPATH 8 (2022), qui la préconise dès l'enfance.

12.29 La WPATH 8 justifie ce changement de position en affirmant qu'il existe des preuves accrues d'amélioration de la santé mentale grâce à la transition sociale, que la fluidité de l'identité n'est pas une justification suffisante pour ne pas faire de transition sociale, et que refuser à un enfant la possibilité de procéder à une transition sociale pourrait entraîner des conséquences négatives sur sa santé mentale et son bien-être.

12.30 Cependant, les conclusions de la revue systématique de l'Université de York ne

corroborent pas ces positions. (Hall et al. : Transition Sociale).

Résumé - transition sociale

12.31 Compte tenu de la faiblesse des recherches dans ce domaine, des incertitudes persistent concernant l'impact de la transition sociale sur l'évolution de l'identité de genre et concernant ses effets à court et long terme sur la santé mentale.

12.32 Les premières études mentionnées au Chapitre 2 indiquent de faibles taux de persistance de l'incongruence de genre infantile à l'âge adulte, autour de 15 % (par exemple, Zucker, 1985). Les recherches de cette période ont été critiquées car les enfants n'étaient pas formellement diagnostiqués selon les critères de la CIM ou du DSM. À l'époque, il était rare que les enfants aient effectué une transition sociale avant d'être vus en clinique de genre.

12.33 Des études ultérieures (ex. Steensma et al., 2013b), utilisant des critères diagnostiques standardisés, ont observé une persistance accrue (37 %). À cette époque, davantage de patients avaient déjà entamé une transition sociale avant la prise en charge.

12.34 Aucun lien de causalité n'a pu être établi entre transition sociale et persistance de la dysphorie à partir de ces études : il n'est pas possible de savoir si les enfants qui ont persisté étaient ceux qui avaient l'incongruence la plus intense et, donc, plus susceptibles de procéder à une transition sociale, ou si la transition sociale a renforcé l'incongruence de genre.

12.35 Le Chapitre 6 détaille les nombreuses découvertes concernant le rôle de l'éducation genrée dans le développement de l'identité de genre, grâce à des études menées auprès de personnes ayant des conditions de santé appelées différences du développement sexuel (DSD) :

- les personnes génétiquement femelles (XX) mais ayant des niveaux élevés d'androgènes (hyperplasie congénitale des glandes surrénales) sont généralement éduquées comme des filles ; elles ont tendance à adopter certains comportements « masculins », mais sont le plus souvent hétérosexuelles et ont généralement une identité de genre féminine ;
- chez les personnes ayant une DSD pour lesquelles l'issue de l'identité de genre est moins bien établie, l'éducation genrée influence davantage leur identité de genre que l'exposition prénatale aux hormones mâles ;
- en conclusion, l'interaction complexe entre androgènes prénatals, anatomie, environnement socioculturel et éducation façonne l'identité de genre, sans hiérarchie claire établie entre ces facteurs.

12.36 Les éléments ci-dessus montrent qu'aucune preuve claire ne permet d'affirmer que la transition sociale durant l'enfance ait des effets positifs ou négatifs sur la santé mentale. Les données concernant l'adolescence restent limitées, mais suggèrent que l'éducation genrée pourrait influencer l'identité de genre finale, et que la

transition sociale précoce pourrait modifier la trajectoire de l'identité de genre des enfants présentant une incongruence de genre. C'est pourquoi une approche plus prudente devrait être envisagée pour les enfants plutôt que pour les adolescents.

Enfants

- Les parents devraient être encouragés à solliciter un accompagnement et des conseils pour savoir comment soutenir un enfant avec une incongruence de genre, et ils devraient être prioritaires pour une consultation précoce à ce sujet.
- Le processus décisionnel devrait inclure des conseils sur les risques et les bénéfices de la transition sociale en tant qu'intervention planifiée, en s'appuyant sur les données probantes. Ce rôle ne peut pas être assumé par le personnel sans une formation clinique adéquate.
- Il est important de s'assurer que l'enfant soit entendu dans toute prise de décision et que les parents n'influencent pas inconsciemment l'expression de genre de l'enfant.
- Pour ceux qui suivent un parcours de transition sociale, il est probablement bénéfique de maintenir de la flexibilité et garder les options ouvertes en aidant l'enfant à comprendre son corps ainsi que ses émotions. Une transition partielle plutôt que complète peut être un moyen de garantir de la flexibilité, notamment en raison du rapport du MPRG qui a souligné que vivre en cachant son sexe de naissance depuis un jeune âge peut ajouter au stress lié à la puberté imminente et au sentiment d'urgence de recourir à une intervention médicale.

Adolescents

- Concernant les adolescents, l'exploration est un processus normal, et les stéréotypes de genre binaires rigides peuvent être nuisibles. De nombreux adolescents traverseront une période de non-conformité de genre en termes de coiffure, maquillage, vêtements et comportements. En outre, les adolescents ont plus de liberté et de contrôle sur la manière dont ils choisissent de se présenter et sur les

décisions qu'ils prennent concernant leur identité de genre.

- Concernant les adolescents qui envisagent une transition sociale complète, les longues listes d'attente actuelles rendent peu probable la possibilité d'une évaluation clinique formelle. Cependant, il est important d'impliquer les personnes qui s'occupent déjà du bien-être de l'adolescent, comme les parents, les soignants, les professionnels de santé (comme le médecin traitant), les enseignants ou les conseillers d'orientation-psychologues. Ces personnes doivent jouer un rôle actif dans le soutien à la prise de décision de l'adolescent concernant sa transition sociale, la prévention des risques de harcèlement et la mise à disposition de personne ressource.

Concernant les enfants et les adolescents

- Les résultats sont meilleurs lorsque les enfants et les adolescents ont une relation de confiance avec leur famille. Ainsi, les parents devraient être activement impliqués dans la prise de décision, à moins qu'il n'y ait de fortes raisons de penser que cela pourrait représenter un danger pour l'enfant ou le jeune.
- Un accompagnement pourrait être nécessaire si un enfant ou un jeune souhaite revenir sur sa décision de transition, car cela peut être une étape difficile à franchir.

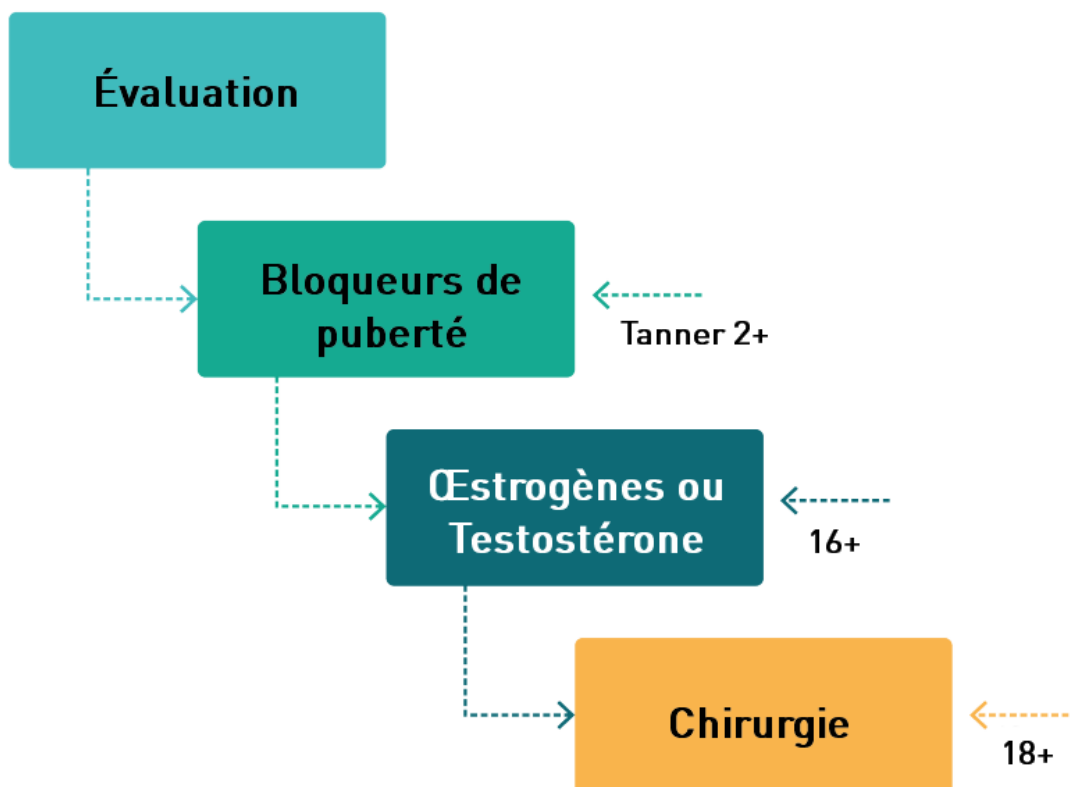
12.37 Le professionnel doit aider les familles à comprendre que les comportements et expressions de genre des enfants peuvent varier de manière naturelle au fur et à mesure de leur développement. Éviter des décisions prématurées et envisager une transition partielle plutôt que complète peut être une manière d'assurer de la flexibilité et de garder les options ouvertes jusqu'à ce que la trajectoire développementale soit mieux définie.

Recommandation 4

Lorsque les familles ou les tuteurs prennent des décisions concernant la transition sociale des enfants prépubères, les services doivent s'assurer qu'ils peuvent être reçus le plus tôt possible par un professionnel de santé ayant une expérience adéquate.

13. Parcours médical

Figure 34 : Aperçu du parcours médical au lancement de l'Examen



13.1 Lors du lancement de l'Examen, les interventions médicales disponibles pour l'incongruence/dysphorie de genre sur le NHS incluait les bloqueurs de puberté suivis d'hormones masculinisantes ou féminisantes. L'historique de leur utilisation est décrit dans la partie 2.

Points de vue des usagers et des familles

13.2 Les jeunes ayant participé aux groupes de discussion sur l'expérience vécue ont exprimé leur souhait d'avoir accès à des espaces de conseil et de réflexion libre sur leur identité de genre. Toutefois, ils estiment que ces accompagnements doivent venir en complément et non en remplacement de l'option d'une transition médicale. Ils ont également souligné que les préoccupations liées à la santé mentale peuvent persister après le début d'un traitement médical, en particulier durant l'attente des premiers effets des changements hormonaux.

« Je voulais juste obtenir mes fiches hormones, c'était pour ça que j'étais là, c'est ce que je voulais. Ça aurait été ma thérapie. Toute ma détresse était liée à ce besoin de commencer un traitement hormonal, et je l'exprimais clairement. J'avais un parcours trans, je savais exactement ce que je voulais et quels soins étaient disponibles. »

Un jeune
Groupe de discussion sur l'expérience vécue

13.3 Pour celles et ceux qui envisagent une transition médicale, il existe une forte conviction parmi les usagers que ce parcours devrait être facilité par le NHS. Cependant, ils reconnaissent également la nécessité d'avoir de meilleures informations pour pouvoir prendre des décisions éclairées et donner un consentement pleinement informé.

13.4 Les jeunes et jeunes adultes ayant participé aux groupes de discussion de l'Examen ont mis en avant un manque d'informations fiables et précises sur la transition médicale. En particulier, ils soulignent l'importance d'être informés des risques connus et inconnus, ainsi que des effets secondaires possibles des traitements hormonaux, afin de pouvoir faire des choix en toute connaissance de cause. Certains participants ont également exprimé le besoin d'avoir davantage d'informations pour les personnes souhaitant interrompre leur parcours médical.

« Quels sont les bénéfices ? Qu'en pensent les personnes qui ont suivi chaque processus ? Quels sont les effets secondaires et les éventuels inconvénients ? Quel est le délai nécessaire ? Dans quelle mesure est-ce réversible ? En quoi consiste réellement le processus (par exemple, l'impossibilité de faire certaines activités pendant plusieurs mois après certaines chirurgies) ? Que disent les professionnels de santé à ce sujet ? Quel est le ressenti des personnes qui l'ont vécu au quotidien ? Quels sont les aspects dont on ne parle jamais (comme la dysphorie post-opératoire) ? Quel est le taux de satisfaction, avec idéalement des témoignages de personnes qui ont adoré leur transition et d'autres qui l'ont moins bien vécue ? »

Un jeune
Groupe de discussion sur l'expérience vécue

Pratiques endocriniennes actuelles au Royaume-Uni

13.5 L'un des problèmes majeurs rencontrés durant l'Examen est le manque de données fiables sur le nombre de jeunes accédant à un traitement hormonal au sein du GIDS, ainsi que sur les parcours ou interventions proposés à ceux qui ne suivent pas cette voie - lacune difficilement acceptable à l'ère du numérique.

13.6 Notre hypothèse de travail, basée sur les données initiales transmises à l'Évaluation, était qu'environ 20 % des jeunes orientés vers le GIDS s'engagent finalement dans un parcours médical.

13.7 Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs reçues par le NHS England et partagées avec l'Examen semblent confirmer cette proportion pour l'ensemble des cas pris en charge par le service. Cependant, les chiffres indiquent qu'environ 50 % des patients n'ont eu qu'un seul rendez-vous avant d'être renvoyés du GIDS, généralement parce qu'ils avaient dépassé l'âge limite avant la fin de leur évaluation.

13.8 En excluant ces patients, il semble qu'un pourcentage nettement plus élevé des cas effectivement évalués ait été orienté vers l'endocrinologie. Afin d'obtenir une vision plus précise, l'Examen a adressé une demande officielle au NHS England pour réaliser un audit des dossiers de sortie.

13.9 Le NHS England a contacté le NHS *Arden et Greater East Midlands Commissioning Support Unit* pour effectuer cet audit au nom de l'Examen et du NHS England. L'audit (Annexe 8) a examiné les dossiers de sortie des patients ayant quitté le GIDS entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 décembre 2022, couvrant ainsi la période avant et après les jugements de l'affaire *Bell contre Tavistock*.

13.10 Les patients suivants ont été inclus dans la collecte de données :

- patients ayant assisté à au moins deux rendez-vous au GIDS ;
- patients ayant quitté le GIDS entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 décembre 2022.

13.11 Parmi les 3 499 patients audités, 3 306 ont été inclus dans l'analyse. 73 % étaient des individus de sexe féminin à la naissance et 27 % de sexe masculin. L'audit n'a pas inclus les patients ayant reçu moins de deux rendez-vous au GIDS, ni ceux vivant en dehors de l'Angleterre et du Pays de Galles.

- Au total, 27 % des patients ont été orientés vers l'endocrinologie (34,6 % de garçons contre 24,2 % de filles).
- Les patients ont reçu en moyenne 6,7 consultations avant d'être orientés vers un service d'endocrinologie.
- Parmi les patients orientés vers l'endocrinologie, 81,5 % ont reçu des bloqueurs de puberté, dont 52,5 % étaient âgés de 15 à 16 ans.

Au moment de la sortie de GIDS

- 54,8 % de tous les patients orientés vers l'endocrinologie prenaient à la fois des bloqueurs de puberté et des hormones masculinisantes/féminisantes (57,9 % de

personnes de sexe féminin à la naissance contre 47,7 % de sexe masculin).

- Concernant les patients ayant initialement reçu des bloqueurs de puberté lors de l'orientation en endocrinologie, 64 % ont continué à recevoir à la fois des bloqueurs de puberté et des hormones masculinisantes/féminisantes au moment de la sortie du GIDS.
- Moins de 10 patients ont détransitionné, tous étaient des femmes à la naissance, et tous sauf un ont confirmé avoir reçu des bloqueurs de puberté comme première intervention. Ces patients avaient reçu en moyenne 6,5 rendez-vous avant d'être orientés vers l'endocrinologie (avec un intervalle de 3 à 10 rendez-vous).
- 89 % des patients orientés vers l'endocrinologie ont été orientés vers une clinique pour adultes (*Gender Dysphoria Clinic*, GDC).

13.12 Le tableau 9 indique l'intervention finale notée dans les résumés de sortie des patients : 54,8 % ont terminé avec à la fois des bloqueurs de puberté et des hormones masculinisantes/féminisantes.

Tableau 9 : Intervention finale reçue par les patients de GIDS orientés vers l'endocrinologie

| Type de première intervention | % de patients |
|---|---------------|
| Bloqueurs de puberté ET hormones sexuelles croisées | 54,8 |
| Bloqueurs de puberté UNIQUEMENT | 19,9 |
| Le patient a refusé le traitement | 11,4 |
| Traitement obtenu en dehors du NHS | 3,9 |
| Pas de traitement physique obtenu | 3,3 |
| Évaluation de la puberté UNIQUEMENT | 2,0 |
| Traitement retiré | 1,5 |
| Détransitionné/détransition en cours | X |
| Inconnu/peu clair | X |
| Bloqueurs de puberté non commencés en raison de JR | X |
| Traitement recommandé mais problèmes d'approvisionnement (prescription par le médecin généraliste ou pharmacie) | X |
| Traitement retiré - avis professionnel/effets secondaires | X |
| Hormones sexuelles croisées UNIQUEMENT | X |
| Bloqueurs de puberté ET hormones sexuelles croisées (dans le privé) | X |

Source : Rapport d'audit du GIDS, Arden & GEM

N.B : X indique <10 patients

13.13 Le rapport d'audit du GIDS (Annexe 8) précise également que 73 % (2 415) des patients audités n'ont pas été orientés en endocrinologie par le GIDS. Parmi ceux-ci :

- 93,0 % n'ont reçu aucun traitement physique pendant leur suivi au GIDS ;
- 5,0 % ont reçu un traitement en dehors des protocoles du NHS ;
- 1,5 % ont refusé le traitement ;
- 0,5 % des patients ont détransitionné ou étaient en train de détransitionner ;
- 69 % ont été orientés à une clinique de genre pour adultes (probablement en raison du vieillissement et de la fin de leur suivi au GIDS). Il n'est pas possible de savoir combien d'entre eux ont ensuite reçu un traitement hormonal via les services adultes.

13.14 Des organisations militantes ont indiqué à l'Examen que certains jeunes adultes, ayant été renvoyés du GIDS, sont restés sous bloqueurs de puberté jusqu'à la fin de la vingtaine, mais n'ont pas progressé vers des hormones masculinisantes/féminisantes. Un examen des données d'audit a suggéré que 177 patients ont été renvoyés tout en étant toujours sous bloqueurs de puberté uniquement (c'est-à-dire, sans hormones masculinisantes/féminisantes), mais il n'est pas possible de déterminer à partir de ces données combien d'entre eux ont ensuite arrêté les bloqueurs de puberté et/ou ont progressé vers des hormones masculinisantes/féminisantes via les services adultes ou privés.

13.15 Les bloqueurs de puberté sont destinés à être une intervention à court terme, et l'impact de leur utilisation sur une période prolongée est inconnu, bien que l'effet néfaste sur la densité osseuse à lui seul soulève des préoccupations. L'Examen a soulevé cette question auprès du NHS England et du GIDS.

Pratique internationale

13.16 L'Université de York a mené une revue systématique et une synthèse narrative des parcours de soins à l'international des enfants et des jeunes orientés vers des cliniques

spécialisées en genre ou en endocrinologie (Taylor et al. : Parcours de soins). Cela permet de replacer les données de GIDS dans un contexte plus large.

13.17 La revue systématique visait à synthétiser les informations sur le nombre de patients orientés, évalués, diagnostiqués et considérés comme éligibles à une intervention médicale, ainsi que sur le nombre de patients qui abandonnent ou détransitionnent, les raisons de leur départ du service/parcours et l'accès à un suivi psychologique.

13.18 La revue systématique a inclus 23 études menées dans neuf pays : 14 services spécialisés en genre et neuf services d'endocrinologie. Un obstacle majeur à l'interprétation de ces résultats réside dans la diversité des modèles de soins, ainsi que dans l'absence de clarté des articles sources concernant le fonctionnement spécifique des cliniques. Dans certains services d'endocrinologie, les patients sont déjà évalués par un service de genre, comme c'est le cas au Royaume-Uni, tandis que dans d'autres pays, les orientations peuvent directement concerner des endocrinologues. Cela affecte le pourcentage de patients diagnostiqués avec une dysphorie de genre et/ou à qui des traitements endocriniens sont proposés.

Patients accédant aux parcours médicaux

13.19 Le nombre de jeunes recevant des bloqueurs de puberté a été rapporté dans 21 des études, avec une estimation globale de 36 % des patients orientés (intervalle de confiance à 95 % de 23 à 51 %). L'âge auquel ils ont commencé à recevoir un traitement de suppression de la puberté varie de 9 à 18 ans, avec une moyenne de 15 ans.

13.20 Dans l'ensemble des cliniques, 68 % des patients ont reçu soit des bloqueurs de puberté, soit des hormones masculinisantes/féminisantes, bien qu'il y ait une grande variabilité entre les cliniques. Il n'y a aucune information concernant le devenir des environ un tiers de patients n'ayant pas suivi de parcours endocrinien, ni concernant le

suivi psychologique de ceux qui étaient pris en charge par les services spécialisés de genre.

13.21 Quatre études publiées après la revue systématique sont particulièrement pertinentes : deux provenant des Pays-Bas (van der Loos et al., 2023 ; van der Loos et al., 2022) et deux du Royaume-Uni (Butler et al., 2022 ; Masic et al., 2022).

13.22 Dans la clinique du Royaume-Uni, une plus grande proportion de filles (65 %) que de garçons (35 %) ont été orientées en endocrinologie (Masic et al., 2022). Parmi ces adolescents orientés à la clinique d'endocrinologie, 100 % ont consenti à un parcours médical, dont 98 % ont commencé un parcours de bloqueurs de puberté et 2 % ont été directement orientés vers des hormones masculinisantes/féminisantes. L'âge moyen de consentement pour les bloqueurs de puberté était de 15,8 ans. Toutefois, tous ceux qui ont consenti n'ont pas forcément accédé à un traitement endocrinien.

La deuxième étude britannique (Butler et al., 2022) s'est penchée sur les résultats après la sortie des patients du GIDS. Elle a révélé que 91,7 % des patients continuaient à s'identifier comme transgenres ou de genre divers et que 86,8 % avaient été orientés vers des cliniques pour adultes spécialisées dans la dysphorie de genre (GDC).

13.23 Dans une étude néerlandaise (van der Loos et al., 2023), 882 adolescents avaient reçu des bloqueurs de puberté, là encore avec des taux plus élevés de personnes de sexe féminin à la naissance que de sexe masculin (73 % contre 47 %). Sur 707 adolescents ayant reçu des bloqueurs de puberté et étant éligibles aux hormones masculinisantes/féminisantes pendant le suivi, 93 % sont passés au traitement. L'autre étude néerlandaise (van der Loos et al., 2022) a fait état d'une progression de 98 % des bloqueurs de puberté aux hormones.

Interruption des parcours médicaux

13.24 La revue systématique des parcours de soins (Taylor et al : Parcours de soins) a estimé que 0-8 % des patients ont interrompu la

suppression de la puberté (voir Chapitre 14) et que 0 -2 patients ont cessé les hormones masculinisantes/féminisantes.

13.25 Dans les deux études britanniques publiées après la revue systématique de l'Université de York, aucun arrêt des hormones n'a été observé dans la première étude (Masic et al., 2022), mais dans la seconde étude britannique (Butler et al., 2022), 90 patients (8,3 % des personnes orientées vers un traitement médical) ont cessé de s'identifier comme ayant une variance de genre. De plus, 58 patients (5,3 %) ont arrêté leur traitement médical, qu'il s'agisse de bloqueurs de puberté ou d'hormones masculinisantes/féminisantes. Cependant, le manque d'informations sur la durée avant la sortie du service rend l'interprétation des résultats plus complexe.

Résumé – Parcours médicaux

13.26 Une tendance commune qui se dégage des données du GIDS et des études internationales est la difficulté à comprendre les divers parcours suivis par les jeunes, les alternatives existantes pour ceux qui ne suivent pas de traitement médical, ainsi que les raisons qui motivent les décisions thérapeutiques à chaque étape.

13.27 L'audit du GIDS a révélé que 27 % des patients avaient été orientés vers un service d'endocrinologie et que 89 % d'entre eux avaient ensuite été transférés vers une clinique pour adultes spécialisée (GDC).

13.28 Parmi les 73 % de patients qui n'ont pas été orientés en endocrinologie, 69 % ont néanmoins été orientés vers une GDC pour adultes.

13.29 Étant donné qu'une part importante des patients suivis en GDC pour adultes reçoit des hormones masculinisantes ou féminisantes, il est essentiel d'obtenir des données de suivi afin de mieux comprendre l'évolution des patients, qu'ils aient été orientés vers ces cliniques ou non.

14. Bloqueurs de puberté

14.1 Lorsque l'Examen a débuté, les interventions médicales proposées par le NHS pour traiter l'incongruence/dysphorie de genre étaient les bloqueurs de puberté, suivis des hormones masculinisantes/féminisantes. L'historique de leur utilisation est détaillé dans la Partie 2.

Développement normal de la puberté

14.2 La puberté débute généralement entre 8 et 13 ans chez les filles (âge moyen : 11 ans) et entre

9 et 14 ans chez les garçons (âge moyen : 12 ans). Ce processus est initié dans une région du cerveau appelée hypothalamus.

14.3 La puberté se déclenche lorsque l'hypothalamus active une cascade hormonale, entraînant la production d'œstrogènes par les ovaires et de testostérone par les testicules. Les garçons comme les filles passent par les 5 étapes de développement pubertaire, connus sous le nom de stades de Tanner.

Tableau 10 : Stades de Tanner

| Tanner | Hommes | Femmes |
|----------------|--|--|
| Stade 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Aucun changement physique majeur. • Le cerveau commence à envoyer des signaux au corps pour initier les transformations. | |
| Stade 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Croissance des testicules. • Apparition de poils pubiens à la base du pénis. | <ul style="list-style-type: none"> • Apparition des bourgeons mammaires, assombrissement des mamelons. • Légère apparition de poils pubiens. |
| Stade 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Allongement du pénis. • Épaississement des poils pubiens. • Premiers rêves érotiques (éjaculations nocturnes). • Début du changement de la voix. • Augmentation de la masse musculaire. • Début de la croissance en taille. | <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des bourgeons mammaires • Apparition de plus de poils pubiens. • Développement des poils sous les aisselles. • Apparition de l'acné. • Croissance en taille la plus rapide. • Début de l'accumulation de graisse sur les hanches et les cuisses. |
| Stade 4 | <ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de la croissance des testicules, du pénis et du scrotum, qui devient plus foncé. • Apparition des poils sous les aisselles. • Voix qui devient plus grave. • Acné persistante. • Croissance en taille la plus rapide. | <ul style="list-style-type: none"> • Développement mammaire plus marqué • Apparition des premières règles • Ralentissement de la croissance en taille. • Épaississement des poils pubiens. |
| Stade 5 | <ul style="list-style-type: none"> • Testicules, pénis et scrotum atteignent leur taille adulte. • Extension des poils pubiens jusqu'à l'intérieur des cuisses. • Apparition des poils sur le visage. • Ralentissement de la croissance en taille. | <ul style="list-style-type: none"> • Seins atteignant leur taille adulte. • Règles plus régulières. • Taille adulte atteinte. • Formes des hanches, des cuisses et des fesses plus marquées. |

Justification de l'utilisation des bloqueurs de puberté pour la dysphorie de genre

14.4 Comme évoqué au Chapitre 2, la pratique consistant à suspendre la puberté au stade Tanner 2 a été initiée aux Pays-Bas, puis adoptée au Royaume-Uni et à l'international. Cette approche repose sur une théorie développée par le Dr Peggy Cohen-Kettenis, dont l'expérience clinique initiale concernait les adultes. Son raisonnement était que l'interruption précoce de la puberté aiderait les jeunes à avoir un meilleur *passing* [être perçu dans le genre souhaité] à l'âge adulte et permettrait « de prolonger la période de diagnostic » en leur donnant plus de temps pour réfléchir. L'utilisation des bloqueurs de puberté à cette fin a d'abord été rapportée dans une étude de cas unique (Cohen-Kettenis & van Goozen, 1998), puis dans la cohorte néerlandaise initiale (de Vries et al., 2011b).

14.5 Il peut sembler surprenant qu'un usage aussi novateur d'un médicament n'ait pas nécessité un essai clinique plus rigoureux. Cela s'explique par la manière dont les médicaments sont homologués [le cadre réglementaire des Autorisations de Mise sur le Marché AMM] et peuvent être utilisés hors indication [AMM] (voir Encart explicatif 5).

14.6 Les analogues de la GnRH (appelées bloqueurs de puberté dans le traitement des jeunes) sont approuvées pour les patients souffrant de puberté précoce (c'est-à-dire des enfants entrant prématurément en puberté), ainsi que pour le traitement de certains cancers et de troubles gynécologiques chez l'adulte. Leur sécurité a été rigoureusement testée pour la puberté précoce (indication très différente de la dysphorie de genre), répondant aux normes réglementaires strictes pour cette condition.

Encart explicatif 5

Homologation, indications et contre-indications

Les homologations pour un médicament sont accordées si des normes strictes de sécurité et de qualité sont respectées pour son utilisation. Au Royaume-Uni, elles sont délivrées par *la Medicines and Healthcare products Regulation Agency* (MHRA).

Une indication pour un médicament correspond à une pathologie spécifique pour laquelle il peut être utilisé. Les médicaments sont homologués [ont une AMM] pour des indications/usages spécifiques ; par exemple, le sémaglutide a été initialement approuvé pour le traitement du diabète. Récemment, certaines marques de sémaglutide (comme Wegovy) ont reçu une extension d'homologation pour la perte de poids.

Un médicament est prescrit hors indication [Hors AMM] lorsqu'il est considéré comme efficace pour une condition spécifique, mais que le fabricant n'a pas entrepris les démarches nécessaires pour obtenir une homologation pour cet usage particulier. Par exemple, la tétracycline, un antibiotique, est homologuée pour traiter diverses affections comme l'acné et la rosacée. Elle est également utilisée pour traiter *Helicobacter pylori*, une bactérie responsable d'infections de la paroi de l'estomac pouvant entraîner des ulcères gastriques, mais elle n'a pas d'homologation officielle pour cette indication.

De nombreux médicaments ne sont pas homologués pour une utilisation pédiatrique mais peuvent tout de même être administrés en toute sécurité aux enfants. Cela s'explique par le fait que les essais cliniques de sécurité n'ont été réalisés que sur des adultes, ce qui limite l'homologation à un usage chez l'adulte. Dans ces cas-là, le médicament est généralement administré aux enfants pour les mêmes raisons que chez les adultes, comme le traitement d'une infection sévère.

14.7 L'utilisation des bloqueurs de puberté dans le cadre d'une dysphorie de genre est différente. Bien que certains endocrinologues aient suggéré qu'il est possible d'extrapoler ou de généraliser les données de sécurité des bloqueurs de puberté utilisés chez les jeunes enfants atteints de puberté précoce à leur usage dans la dysphorie de genre, cet argument présente des limites. Dans le premier cas, les bloqueurs de puberté inhibent des niveaux hormonaux anormalement élevés pour un enfant de 7 ans, tandis que dans le second cas, ils bloquent la montée normale des hormones qui devrait survenir à l'adolescence et qui est essentielle aux processus de développement psycho-sexuel et à d'autres aspects du développement.

14.8 Cette approche de l'utilisation des bloqueurs de puberté dans la dysphorie de genre est une source de controverse persistante, tant au niveau national qu'international.

14.9 L'absence de consensus au sein de la communauté médicale a été mise en évidence par une étude de 2015 (Vrouenraets et al., 2015), qui a interrogé 17 équipes de soins pluridisciplinaires à travers le monde sur leur position concernant l'utilisation des bloqueurs de puberté. Les chercheurs ont identifié 7 thèmes sur lesquels les avis étaient largement divergents :

- l'existence (ou non) d'un modèle pouvant expliquer la dysphorie de genre ;
- la nature de la dysphorie de genre (variation normale, construction sociale ou trouble mental) ;
- le rôle de la puberté physiologique dans le développement de l'identité de genre
- l'impact des comorbidités ;
- les effets physiques ou psychologiques potentiels d'une intervention médicale précoce (ou de son absence) ;
- la compétence décisionnelle des mineurs ;
- l'influence du contexte social sur la perception de la dysphorie de genre.

14.10 Les professionnels ayant participé à l'étude ressentent souvent un conflit interne :

Ils reconnaissent la détresse des jeunes et ressentent le besoin de les traiter, mais en même temps, la plupart expriment des doutes en raison du manque de données sur les effets physiques et psychologiques à long terme. Selon plusieurs participants, l'une des raisons de prescrire un traitement par bloqueurs de puberté est la crainte d'une augmentation du risque suicidaire chez les adolescents ne recevant pas ce traitement.

14.11 Les auteurs de l'étude concluent qu'en l'absence de consensus sur ces sept axes et de données longitudinales suffisantes, les débats persisteront. Huit ans plus tard, la situation reste identique – y compris pour l'usage des hormones de masculinisation/féminisation chez les jeunes.

Pratiques internationales

14.12 La synthèse des directives internationales réalisée par l'Université de York (Taylor et al : Directives 2 : Synthèse) a constaté l'absence de consensus clair sur les objectifs thérapeutiques de la suppression pubertaire. Les intentions varient, incluant : la réduction de la dysphorie de genre, l'amélioration de la qualité de vie, un gain de temps pour la prise de décision, le soutien à l'exploration du genre, la prolongation de la phase de diagnostic et un meilleur *passing* [être perçu dans le genre souhaité] en tant qu'adulte.

14.13 La plupart des directives mettent en avant l'entière réversibilité de ce traitement comme justification de son utilisation, tout en soulignant les effets indésirables potentiels sur la santé osseuse ainsi que l'incertitude concernant le développement cognitif.

14.14 Concernant les critères d'éligibilité, l'exigence précédente d'attendre l'âge de 12 ans pour accéder aux bloqueurs de puberté a été supprimée de certaines directives (par exemple, la WPATH 8). La majorité des recommandations préconisent d'attendre que l'enfant atteigne le stade Tanner 2 de la puberté. La directive suédoise recommande d'attendre le stade Tanner 3.

14.15 Il existe également une variation considérable concernant les critères d'accès aux

bloqueurs de puberté, le plus courant étant la présence de dysphorie de genre apparue ou aggravée à la puberté. Seules deux lignes directrices requièrent une incongruence de genre plutôt que de dysphorie. Plusieurs précisent que les difficultés de santé mentale doivent être prises en charge et/ou sont peu susceptibles d'avoir un impact sur le traitement. Une autre exigence dans plusieurs lignes directrices est la capacité du jeune à prendre des décisions, le consentement parental et/ou un soutien social familial.

14.16 Les lignes directrices suédoises et finlandaises diffèrent des autres en recommandant que la suppression de la puberté se fasse dans le cadre d'un protocole de recherche ou sous la supervision d'une clinique de recherche.

14.17 L'enquête internationale (Hall et al : Enquête clinique) a examiné la pratique sur le terrain. Toutes les cliniques proposent des bloqueurs de puberté et des hormones masculinisantes/féminisantes, à l'exception d'un service régional. La suppression des règles avec des progestatifs (la pilule contraceptive) est une pratique courante dans quatre cliniques.

14.18 La plupart des cliniques exigent un diagnostic de dysphorie de genre ou d'incongruence, l'atteinte du stade 2 de Tanner et une santé mentale stable pour l'accès aux bloqueurs de la puberté. La Belgique, la Finlande,

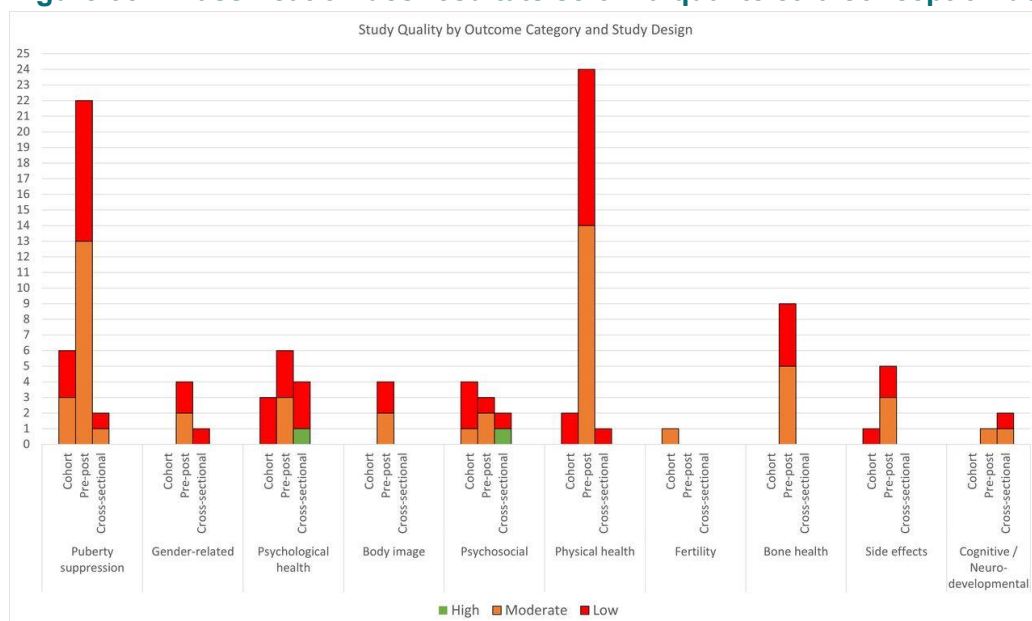
le Danemark et la Norvège exigent que la dysphorie/l'incongruence de genre soit persistante ou présente depuis l'enfance, et la Finlande précise que la détresse doit s'intensifier à la puberté. Cinq cliniques excluent l'accès aux bloqueurs aux personnes en fin de puberté.

Comprendre les bénéfices/risques attendus des bloqueurs de puberté

14.19 La revue systématique sur les interventions visant à supprimer la puberté (Taylor et al. : Suppression de la puberté) est une actualisation de la revue systématique menée par le NICE (2020a). Elle a identifié 50 études examinant les effets liés au genre, psychosociaux, physiologiques et cognitifs de la suppression de la puberté. La qualité des études a été évaluée selon une échelle standardisée. Une étude est de haute qualité, 25 sont de qualité modérée et 24 de faible qualité. Les études de faible qualité sont exclues de la synthèse des résultats.

14.20 Une grande partie des études portent uniquement sur l'efficacité de la suppression de la puberté (effets attendus) et sur les effets secondaires, tandis que peu d'études examinent les autres résultats escomptés. Plusieurs études apportent des preuves que la suppression de la puberté produit bien son effet physiologique attendu, ce qui n'a jamais été remis en question.

Figure 35 : Classification des résultats selon la qualité et la conception des études (BP)



Source : Taylor et al. :
Suppression de la puberté

Bénéfices attendus

14.21 Comme mentionné dans l'Encart explicatif 5, une indication pour un médicament correspond à la raison pour laquelle il est prescrit. Au fur et à mesure de l'avancement de cet Examen, il est devenu plus difficile de préciser les indications des bloqueurs de puberté pour cette population de jeunes.

14.22 Comme expliqué précédemment, lorsque la clinique de genre néerlandaise a commencé à utiliser des bloqueurs de puberté pour interrompre le développement aux premiers stades de la puberté, l'espoir était d'obtenir de meilleurs résultats esthétiques pour ceux poursuivant une transition médicale, tout en facilitant le diagnostic en gagnant du temps pour l'exploration. Depuis, d'autres bénéfices potentiels ont été évoqués, notamment l'amélioration de la dysphorie et de l'image corporelle, ainsi que des aspects plus larges de la santé mentale et du bien-être.

Gagner du temps pour réfléchir/explorer

14.23 La revue systématique de l'Université de York sur les parcours de soins (Taylor et al. : Parcours de soins) a rapporté que 0 à 8 % des jeunes ont interrompu la suppression de la puberté. Comparés à ceux qui ont poursuivi le traitement, ces jeunes étaient plus âgés au début du traitement (médiane 15,2 ans) avec une prévalence plus élevée de troubles mentaux et de TSA. Dans la clinique de genre où le taux d'arrêt était de 8 % (6 sur 73), l'âge médian au début du traitement était de 15,2 ans (plage de 15,0 à 15,6 ans) et tous étaient post-pubères lors de leur première consultation.

14.24 Dans l'étude britannique *early intervention study* (Carmichael et al., 2021), 98 % (43 sur 44) des jeunes ayant commencé la suppression de la puberté ont poursuivi avec des hormones masculinisantes/féminisantes. Une étude de suivi plus récente (Butler et al., 2022) a examiné 1 089 patients orientés par le GIDS vers la clinique d'endocrinologie pédiatrique. Elle a montré que 7,4 % (16 sur 217) des jeunes de moins de 16 ans au moment de l'orientation ont interrompu les bloqueurs de puberté.

14.25 Ces données suggèrent que les bloqueurs de puberté ne permettent pas réellement d'accorder du temps à la réflexion, puisque la grande majorité de ceux qui commencent la suppression de la puberté poursuivent avec des hormones masculinisantes/féminisantes, en particulier s'ils commencent plus tôt dans la puberté. C'est sur la base de cette observation que la Haute Cour, dans l'affaire *Bell contre Tavistock*, a estimé que les enfants et jeunes devraient comprendre les conséquences d'un parcours de transition complet pour pouvoir consentir au traitement par bloqueurs de puberté ([2020] EWHC 3274 (Admin)).

Réduction de la dysphorie de genre/amélioration de la satisfaction corporelle

14.26 Seules deux études de qualité modérée ont examiné la dysphorie de genre et la satisfaction corporelle : le protocole néerlandais d'origine (de Vries et al., 2011b) et l'étude britannique sur l'intervention précoce (Carmichael et al., 2021). Aucune des deux n'a rapporté de changement avant ou après l'administration des bloqueurs de puberté.

Amélioration psychologique et de la santé mentale

14.27 Comme décrit dans le Chapitre 2, le *Dutch protocol* d'origine (de Vries et al., 2011b) a observé des améliorations en santé mentale dans une étude pré-post sans groupe de comparaison, mais l'étude britannique *early intervention study* (Carmichael et al., 2021) n'a pas reproduit ces résultats. La revue systématique sur les interventions de suppression de la puberté (Taylor et al. : Suppression de la puberté) a identifié une autre étude de bonne qualité (van der Miesen et al., 2020), qui a produit un résultat intermédiaire, montrant des améliorations sur certaines mesures de santé mentale, mais pas sur d'autres.

14.28 L'Université de York a conclu qu'il existe des preuves insuffisantes et/ou incohérentes concernant les effets de la suppression de la puberté sur la santé psychologique ou psychosociale. Cette conclusion est conforme aux résultats de la revue NICE (2020) et d'autres

revues systématiques, à l'exception de la revue systématique commandée par la WPATH (Baker et al., 2021), qui a rapporté certains bénéfices. Toutefois, dans cette dernière revue systématique, huit des douze études portant sur les effets psychologiques ont été classées comme étant de faible qualité, ce qui pourrait expliquer la différence de résultats.

14.29 Il est fréquent qu'une intervention administrée en dehors d'un essai contrôlé randomisé (ECR) produise un effet thérapeutique important, qui peut parfois disparaître lorsqu'un ECR est réalisé. Cela est particulièrement marqué lorsque la conviction en l'efficacité du traitement est forte. L'observation de résultats modestes et incohérents concernant l'amélioration de la santé mentale, y compris dans les études mentionnant certains bénéfices psychologiques des bloqueurs de puberté, souligne avec force la nécessité d'évaluer si d'autres traitements pourraient mieux atténuer la détresse des jeunes souffrant de dysphorie de genre durant la puberté.

Résultats esthétiques/*passing* dans la vie adulte

14.30 Le *Multi-Professional Review Group* (MPRG) a sollicité une lettre des jeunes orientés vers des bloqueurs de afin de s'assurer qu'ils prennent en compte l'opinion du jeune et comprennent ses aspirations. Jusqu'à présent, le MPRG a examiné environ 200 de ces lettres. Comme expliqué au Chapitre 12, de nombreux jeunes vivent sans révéler leur sexe de naissance et sont donc souvent plongés dans une grande anxiété en raison des changements pubertaires qui pourraient les « démasquer » à leurs amis. Toutefois, étant donné que la plupart des jeunes ne commencent les bloqueurs de puberté qu'à partir de 15 ans, il est difficile de déterminer dans quelle mesure ce traitement peut aider à préserver cette confidentialité, en particulier pour les filles, qui seront généralement dans les stades plus avancés de la puberté à cet âge.

14.31 À long terme, avoir un bon *passing* [être perçu dans le genre souhaité] est très important pour certains adultes transgenres, mais pas pour d'autres. Bien qu'il n'y ait pas de données disponibles sur les résultats à long terme pour les

enfants et les jeunes dans leur vie adulte, l'équipe de l'Examen a pu échanger avec des jeunes et des adultes plus âgés sur leur expérience de l'accès précoce aux bloqueurs de puberté. Cela a été particulièrement significatif pour les femmes transgenres, qui ont eu la possibilité de commencer les bloqueurs avant de développer des poils faciaux et de voir leur voix devenir plus grave.

14.32 Concernant l'aide apportée aux jeunes pour avoir un bon *passing* dans la vie adulte, une question essentielle est de savoir quel impact les bloqueurs de puberté peuvent avoir sur la taille adulte de ceux qui poursuivent ensuite avec des hormones masculinisantes/féminisantes. Les données actuelles suggèrent que les bloqueurs de puberté n'entraînent ni une réduction significative de la taille adulte chez les femmes transgenres (Boogers et al., 2022), ni une augmentation de la taille chez les hommes transgenres (Loi-Koe et al., 2018). Cette question demeure cruciale pour les recherches futures.

Risques

14.33 Lorsque les bloqueurs de puberté ont été introduits par la clinique néerlandaise, la population visée était celle des patients présentant une incongruence de genre depuis l'enfance. Avant cette introduction, l'expérience clinique de ce groupe suggérait que, bien que la plupart des cas d'incongruence de genre se résolvent avec la puberté, ceux pour qui elle persiste à ce moment-là sont plus susceptibles de développer une identité transgenre à long terme.

14.34 Concernant la population actuelle, composée principalement de filles qui développent une dysphorie de genre au début ou au milieu de la puberté, il y a une compréhension limitée de ce que l'on appelle en termes médicaux l'« histoire naturelle » de leur dysphorie de genre (c'est-à-dire ce qui se produirait sans intervention médicale). Étant donné qu'une intervention initialement prévue pour un groupe de jeunes (principalement des garçons avant la puberté) a été appliquée à un autre groupe, il est difficile de déterminer quel pourcentage de ces jeunes aurait résolu leur détresse liée au genre de différentes manières.

14.35 Ce rapport a expliqué dans le Chapitre 6 les processus complexes qui se produisent dans le cerveau des adolescents pendant la puberté. Les neuroscientifiques estiment que ces changements sont influencés par une combinaison de l'âge chronologique et des hormones sexuelles. Bloquer la production de ces hormones pourrait entraîner une série de conséquences imprévues et encore inconnues.

Modifier la trajectoire du développement de la sexualité et de l'identité de genre

14.36 L'adolescence est une période clé de développement de l'identité personnelle, de la sexualité, de la fluidité sexuelle et d'expérimentation.

14.37 Lorsque cette phase naturelle est bloquée, les jeunes doivent comprendre leur identité et leur sexualité uniquement à travers leur inconfort face aux changements pubertaires et une perception de leur identité de genre qui se forme au début du processus pubertaire. Ainsi, il est impossible de savoir si la trajectoire naturelle du développement de l'identité sexuelle et de genre sera modifiée de façon permanente.

Impact sur le développement neurocognitif

14.38 Une autre préoccupation, déjà partagée avec le NHS England (juillet 2022) (Annexe 6), est que les pics hormonaux de la puberté peuvent déclencher une période critique pour la réorganisation des circuits neuronaux qui sous-tendent la fonction exécutive (c'est-à-dire la maturation de la partie du cerveau concernée par la planification, la prise de décision et le jugement). Si tel est le cas, la maturation cérébrale pourrait être temporairement ou définitivement perturbée par les bloqueurs de puberté, ce qui pourrait avoir un impact significatif sur la capacité du jeune à prendre des décisions complexes comportant des risques, ainsi que des conséquences neuropsychologiques possibles à long terme.

14.39 La revue systématique de l'Université de York a identifié une étude transversale sur le fonctionnement exécutif. Elle n'a trouvé aucune différence entre les adolescents traités avec des

bloqueurs de puberté pendant moins d'un an par rapport à ceux non traités, mais a trouvé une détérioration du fonctionnement exécutif chez ceux traités pendant plus d'un an par rapport aux autres (Taylor et al : Suppression de la puberté).

14.40 Une revue récente de la littérature sur ce sujet a révélé qu'il existe très peu d'études sur l'impact à court, moyen ou long terme des bloqueurs de puberté sur le développement neurocognitif (Baxendale, 2024).

Impact sur la chirurgie génitale ultérieure

14.41 Si la suppression de la puberté commence trop tôt chez les garçons, elle peut rendre la vaginoplastie (création d'un vagin et d'une vulve) plus difficile en raison d'une croissance pénienne insuffisante. Chez certaines femmes transgenres, cela a nécessité l'utilisation de tissus intestinaux à la place des tissus pénien, ce qui présente un risque plus élevé de complications chirurgicales.

14.42 Une étude récente recommande d'attendre le stade Tanner 4 pour les femmes transgenres, afin de permettre une croissance pénienne suffisante pour la vaginoplastie (Lee et al., 2023).

Autres impacts sur la santé physique

14.43 Plusieurs études incluses dans la revue systématique sur la suppression de la puberté (Taylor et al.) ont trouvé que la densité osseuse est compromise pendant la suppression de la puberté, et que la croissance en taille peut être inférieure à celle observée chez d'autres adolescents. Cependant, un suivi à plus long terme est nécessaire pour déterminer si la santé osseuse se rétablit complètement à l'âge adulte, tant chez ceux qui poursuivent avec des hormones masculinisantes/féminisantes que chez ceux qui n'en prennent pas.

14.44 Il en va de même pour d'autres effets physiques à court terme de la suppression de la puberté, avec peu d'informations disponibles sur les éventuels effets à long terme, comme sur la santé métabolique ou le poids.

Exposition prolongée à la suppression de la puberté

14.45 La suppression de la puberté n'a jamais été conçue pour durer sur de longues périodes, ce qui soulève des préoccupations concernant les situations où des jeunes adultes restent sous bloqueurs de puberté. Dans certains cas, il semble que ces jeunes adultes hésitent à arrêter le traitement, soit parce qu'ils souhaitent rester non-binaires, soit en raison d'indécision concernant la prise d'hormones masculinisantes ou féminisantes. Dans certains cas, il peut y avoir un retard dans le passage aux services de soins destinés aux adultes.

Résumé - Bloqueurs de puberté

14.46 De nombreux rapports d'études mentionnent que les bloqueurs de puberté sont bénéfiques pour réduire la détresse mentale et améliorer le bien-être des enfants et des jeunes souffrant de dysphorie de genre, mais comme le montre la revue systématique, la qualité de ces études est faible.

14.47 L'Examen a entendu dire que les affirmations répandues selon lesquelles les bloqueurs de puberté réduiraient le risque de suicide peuvent exercer une pression sur les familles pour obtenir ce traitement dans le privé.

14.48 Des médecins généralistes ont également exprimé avoir été sous pression pour continuer à prescrire ces traitements, en invoquant le risque de suicide chez les jeunes si ces traitements étaient arrêtés.

14.49 La revue systématique de l'Université de York n'a trouvé aucune preuve que les bloqueurs de puberté améliorent l'image corporelle ou la dysphorie, et très peu de preuves de bénéfices pour la santé mentale, qui, sans groupe de contrôle, pourraient être dus à l'effet placebo ou à un suivi psychologique concomitant.

14.50 Il est important de rappeler que les poussées hormonales font partie du processus normal de la puberté et qu'elles sont connues pour provoquer des fluctuations de l'humeur et de la dépression, particulièrement chez les filles.

14.51 Il n'est pas étonnant que le blocage de ces poussées hormonales puisse réduire la détresse et améliorer temporairement le bien-être psychologique de certains jeunes, mais cette approche pourrait ne pas être la réponse appropriée à l'inconfort lié à la puberté.

14.52 En revanche, un effet secondaire bien connu des bloqueurs de puberté est leur capacité à altérer l'humeur et à réduire le fonctionnement psychologique. Cette variabilité des réponses individuelles aux effets physiologiques attendus est confirmée par l'analyse secondaire de l'étude *early intervention study* du GIDS (McPherson & Freedman, 2023).

14.53 Les convictions profondément ancrées de certains jeunes et de leurs parents/tuteurs sur l'efficacité des bloqueurs de puberté peuvent être expliquées par plusieurs facteurs :

- le fait que cette position soit soutenue dans des articles publiés et par certains professionnels travaillant dans le domaine ;
- les informations et conseils donnés aux jeunes et à leurs familles, notamment via les réseaux sociaux, sur les bénéfices perçus ;
- le fait que les bloqueurs de puberté sont perçus comme l'étape initiale du parcours de traitement pour les personnes transgenres ;
- le manque d'informations concernant les limites de la base de preuves ;
- l'absence d'autres options proposées pour traiter la détresse et l'inconfort corporel.

14.54 L'accent mis sur les bloqueurs de puberté et les croyances concernant leur efficacité a probablement conduit à négliger l'étude et le développement d'autres traitements (et médicaments) pour soutenir cette population, ce qui nuit davantage aux enfants et jeunes concernés.

14.55 Les études devraient évaluer si des mesures simples, telles que l'arrêt des règles avec la pilule contraceptive, pourraient être efficaces pour gérer la détresse immédiate, ainsi que d'autres approches conventionnelles et fondées

sur des preuves pour traiter la dépression, l'anxiété et la dysphorie. Aucune de ces méthodes n'empêche de poursuivre un parcours de transition, mais elles pourraient s'avérer plus efficaces pour gérer la détresse à court terme.

14.56 Les hommes transgenres se masculinisent bien avec la testostérone, il n'y a donc pas de bénéfice évident à utiliser les bloqueurs de puberté pour améliorer leur *passing* dans le futur, d'autant plus que ces bloqueurs ne semblent pas favoriser une augmentation de la taille.

14.57 Concernant les femmes transgenres, il y a un bénéfice à arrêter les changements irréversibles comme la voix grave et la pilosité faciale. Cependant, il faut trouver un compromis avec la nécessité d'une croissance pénienne suffisante pour la vaginoplastie, ce qui laisse une fenêtre temporelle restreinte pour parvenir à ces deux objectifs.

14.58 En résumé, il semble y avoir une indication très limitée des bloqueurs de puberté chez les hommes pour amorcer un parcours de transition médicale afin de stopper les changements irréversibles de la puberté. D'autres indications demeurent non prouvées à ce jour.



15. Hormones masculinisantes/féminisantes

15.1 L'utilisation des hormones

masculinisantes/féminisantes chez les adultes transgenres a été initiée par Magnus Hirschfeld dans la première moitié du XX^e siècle. Il s'agit d'une pratique bien établie qui a transformé la vie de nombreuses personnes transgenres.

15.2 Le traitement par hormones

masculinisantes/féminisantes n'est pas exempt de complications et d'effets secondaires à long terme, mais pour ceux qui ont réussi leur transition, les bénéfices à long terme l'emportent largement sur les risques.

15.3 L'utilisation d'hormones masculinisantes ou féminisantes chez les mineurs est une approche plus récente, introduite à la fin du XX^e siècle (Carswell et al., 2022), et encore peu documentée. Comme expliqué dans la Partie 3, ce n'est pas la pratique elle-même qui a récemment évolué, mais plutôt le profil des personnes recherchant ce traitement, désormais plus hétérogène.

15.4 Étudier les effets des traitements hormonaux masculinisants ou féminisants n'est pas une tâche aisée. Comme pour les bloqueurs de puberté, leurs effets principaux – à savoir la masculinisation ou la féminisation – sont bien connus et prévisibles. Toutefois, analyser les effets secondaires et les complications à long terme est essentiel pour la santé des personnes transgenres. Néanmoins, ces risques influencent rarement la décision des patients de suivre ce traitement.

15.5 Il est donc essentiel de s'interroger sur les résultats à court et long terme en matière de santé mentale, de bien-être psychosocial, de qualité de vie et de satisfaction liée à la transition, y compris en ce qui concerne la fonction sexuelle.

Pratiques internationales

15.6 Selon la synthèse des directives internationales réalisée par l'Université de York (Taylor et al. : Directives 2 : Synthèse), presque toutes abordent l'utilisation des hormones masculinisantes ou féminisantes.

15.7 La plupart des lignes directrices exigent que la dysphorie ou l'incongruence de genre soit persistante dans le temps et que la personne ait la capacité de consentir à ce traitement. La majorité mentionne l'âge de 16 ans comme un point de départ courant, bien qu'un nombre plus restreint le définisse comme un âge minimum strict.

15.8 Certaines directives recommandent que les éventuels troubles de santé mentale soient pris en charge ou ne doivent pas interférer avec le traitement. D'autres exigent un consentement parental et/ou un soutien familial ou social.

15.9 Seules les directives suédoises et finlandaises préconisent l'administration des traitements hormonaux dans un cadre de recherche ou dans des circonstances exceptionnelles.

15.10 La majorité des lignes directrices insistent sur l'importance d'informer les patients des effets des hormones et des interventions chirurgicales sur la fertilité, ainsi que sur les options de préservation de la fertilité.

15.11 Les directives suédoises et celles de la WPATH évoquent la nécessité d'accompagner les personnes qui interrompent leur traitement ou qui entreprennent une démarche de détransition, sans toutefois détailler les modalités de cet accompagnement.

15.12 La plupart des directives internationales considèrent le genre comme un spectre, mais seules trois d'entre elles abordent spécifiquement le traitement des personnes non binaires. Les directives suédoises et norvégiennes déconseillent les traitements hormonaux pour ce groupe en raison du manque de preuves scientifiques, tandis que la WPATH recommande une prise en charge hormonale adaptée dans un chapitre spécifique sur les personnes non binaires. Toutefois, il n'est pas précisé si ces recommandations concernent uniquement les adultes ou si elles incluent également les adolescents.

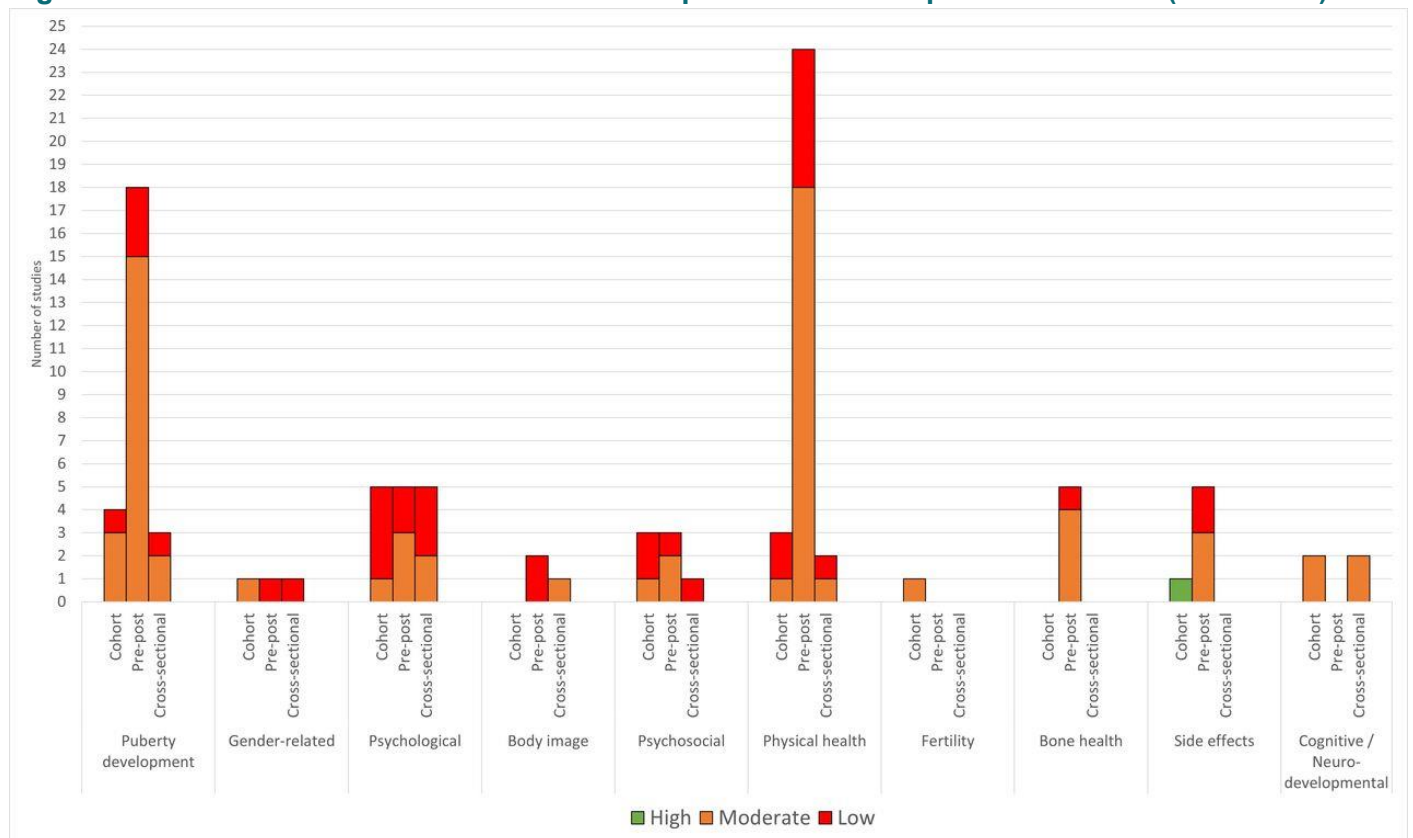
15.13 L'enquête internationale (Hall et al. : Enquête clinique) a révélé que, dans la pratique, la plupart des cliniques spécialisées exigent une stabilité de la santé mentale avant de prescrire des hormones masculinisantes ou féminisantes. Certaines cliniques ne fixent pas d'âge minimum pour débuter le traitement, tandis que celles qui en ont un situent ce seuil entre 14 et 16 ans. Les critères de durée de la dysphorie de genre varient également : certaines cliniques exigent une dysphorie présente depuis l'enfance, tandis que d'autres exigent qu'elle soit stable et persistante depuis au moins deux ans.

15.14 La plupart des cliniques spécialisées proposent des services de préservation de la fertilité aux patients concernés.

Analyse des données probantes

15.15 En complément de la revue systématique des parcours de soins (Taylor et al. : Parcours de soins) présenté dans le Chapitre 13, l'Université de York a réalisé une revue systématique sur l'utilisation des hormones masculinisantes et féminisantes chez les adolescents atteints de dysphorie ou d'incongruence de genre (Taylor et al. : M/F hormones). Cette revue systématique synthétise les preuves disponibles concernant les effets des traitements hormonaux liés au genre, les résultats psychosociaux, physiologiques ou cognitifs chez les adolescents concernés.

Figure 36 : Classification des résultats selon la qualité et la conception des études (hormones)



Source : Taylor et al. : M/F hormones

15.16 Un total de 53 études ont satisfait aux critères d'inclusion. Les résultats les plus fréquemment rapportés concernent les effets indésirables sur la santé physique et le développement attendu de la puberté dans le genre souhaité. Un plus petit nombre d'études a évalué les effets secondaires en lien avec la santé osseuse et la fertilité.

15.17 La santé psychologique et mentale est mesurée dans 15 études, les aspects psychosociaux dans sept études et les résultats cognitifs dans quatre études. La dysphorie de genre et la satisfaction corporelle sont chacune évaluées dans trois études.

15.18 La seule étude de haute qualité identifiée par la revue systématique porte sur les effets secondaires. Toutes les autres étaient de qualité modérée ou faible.

15.19 De nombreuses études présentent des problèmes méthodologiques, notamment une sélection biaisée des patients, un manque de représentativité de la population et, dans de nombreux cas, l'absence de groupe de comparaison. Lorsque des groupes de comparaison sont présents, la plupart des études ne contrôlent pas [ne prennent pas en compte] les différences clés entre les groupes.

15.20 Comme attendu, le traitement hormonal induit la puberté dans le genre souhaité. Les résultats concernant la taille/la croissance, la santé osseuse et la santé cardiométabolique sont incohérents. Les preuves sur la dysphorie de genre, la satisfaction corporelle, les résultats psychosociaux et cognitifs sont trop limitées pour tirer des conclusions claires. Aucune étude n'a évalué la fertilité chez les femmes.

15.21 Il existe des preuves de qualité modérée, issues principalement d'études pré-post, suggérant que le traitement hormonal pourrait améliorer la santé psychologique à court terme.

15.22 Les résultats concernant le risque suicidaire et/ou l'automutilation sont incohérents : trois des quatre études rapportent une amélioration, tandis qu'une ne montre aucun changement.

15.23 Une des principales limites des études sur la fonction psychologique ou psychosociale réside dans la durée de suivi courte : la plupart des études ont suivi les participants pendant moins d'un an, et un nombre plus restreint pendant trois ans.

15.24 L'Université de York a également évalué des études publiées après la recherche initiale pour la revue systématique. Deux nouvelles études ont été identifiées, apportant des preuves supplémentaires de qualité modérée selon lesquelles les hormones pourraient améliorer la santé psychologique.

15.25 Globalement, les auteurs de la revue systématique ont conclu :
« Il existe un manque d'études de haute qualité évaluant les effets des interventions hormonales chez les adolescents présentant une dysphorie/incongruence de genre, et peu d'études incluent un suivi à long terme. Aucune conclusion ne peut être tirée concernant les effets sur la dysphorie de genre, la satisfaction corporelle, la santé psychosociale, le développement cognitif ou la fertilité. Les effets sur la taille/la croissance, la santé cardiométabolique et la santé osseuse demeurent incertains. Les preuves, principalement issues d'études pré-post, suggèrent que le traitement hormonal pourrait améliorer la santé psychologique, bien qu'une recherche rigoureuse avec un suivi à long terme soit nécessaire ». Ces conclusions sont cohérentes avec d'autres revues systématiques publiées précédemment (Ludvigsson et al., 2023).

Considérations clés

Santé mentale et résultats psychosociaux

15.26 Les difficultés à tirer des conclusions claires sur l'impact de ces hormones sur la santé mentale et les résultats psychosociaux ne se limitent pas aux problèmes méthodologiques mentionnés. Des considérations cliniques importantes viennent également complexifier la question.

15.27 Lorsqu'un jeune a suivi un traitement par bloqueurs de puberté, une amélioration à court

terme du bien-être mental est attendue lors de l'introduction de ces hormones. La testostérone induit des changements physiques plus rapidement que l'œstrogène, si bien que les jeunes filles peuvent s'attendre à observer des transformations corporelles correspondant à leur genre identifié en quelques mois. L'apparition de changements physiques longtemps attendus devrait, en principe, améliorer l'humeur, du moins à court terme, et il est peut-être surprenant que l'effet ne soit pas plus marqué. Cependant, un suivi sur une période beaucoup plus longue est nécessaire pour évaluer pleinement l'impact psychologique de la transition médicale.

15.28 Le Chapitre 11 a soulevé la question de savoir si les troubles de santé mentale sont principalement dus à la dysphorie de genre et au stress minoritaire, ou si, dans certains cas, des expériences et facteurs de stress négatifs vécus durant l'enfance peuvent contribuer à la détresse liée au genre. Quelle qu'en soit la cause, l'approche thérapeutique doit viser à répondre à l'ensemble des besoins du jeune, plutôt que de considérer que le traitement hormonal à lui seul permettra de résoudre des problèmes de santé mentale de longue date.

15.29 Ce point est illustré par une récente étude australienne (Elkadi et al., 2023), qui a analysé les résultats d'une cohorte de jeunes suivis en clinique entre 4 et 9 ans après leur première consultation. Lors de l'évaluation initiale, 70 des 79 participants (88,6 %) présentaient un trouble de santé mentale comorbide ou d'autres signes de détresse psychologique. Parmi eux, 68 ont reçu un diagnostic de dysphorie de genre et ont été considérés éligibles à un parcours d'affirmation de genre. Sur ce groupe, six ont interrompu leur traitement médical : trois alors qu'ils étaient uniquement sous bloqueurs de puberté et trois après avoir commencé un traitement hormonal masculinisant ou féminisant. Parmi les participants dont les données de suivi étaient disponibles, 44 sur 50 (88,0 %) continuaient de présenter des problèmes de santé mentale, et les résultats concernant le parcours scolaire ou professionnel variaient considérablement.

15.30 Des études récentes menées en Finlande et au Danemark sur la base de registres nationaux

ont examiné les besoins en santé mentale des personnes consultant des services spécialisés en genre, avant et après leur traitement. L'utilisation de données issues de registres nationaux de santé permet une analyse plus fiable de l'ensemble de la population concernée. Ces études ont comparé les patients de ces services à des groupes témoins de même âge.

15.31 L'étude danoise basée sur un registre national a suivi un échantillon de 3 812 personnes transgenres, en comparant divers indicateurs de santé extraits des dossiers médicaux à ceux d'un groupe témoin apparié en âge (Glintborg et al., 2023). Cette étude portait à la fois sur des adultes et des jeunes, avec un suivi pouvant aller jusqu'à 10 ans après le diagnostic.

15.32 Au début du suivi, les personnes transgenres étaient cinq fois plus susceptibles que les témoins de souffrir de troubles de santé mentale. La proportion de personnes transgenres sous traitement psychopharmacologique (médicaments pour la santé mentale) est passée de moins de 20 % au début de l'étude à plus de 30 % durant le suivi. Une diminution du risque de troubles mentaux et comportementaux a été observée après la première année de traitement, mais ce risque restait supérieur à celui du groupe témoin tout au long du suivi, en particulier pour les hommes.

15.33 Ces résultats soulignent la difficulté d'évaluer séparément les effets des différentes composantes du parcours de soins. Par exemple, il est compliqué de déterminer dans quelle mesure les traitements psychopharmacologiques contribuent à l'amélioration de la santé mentale et quelle part de cette amélioration peut être attribuée aux traitements d'affirmation de genre.

15.34 L'étude finlandaise (Ruuska et al., 2024) a recensé 3 665 individus entre 1996 et 2019. Cet échantillon comprenait à la fois des enfants, des adolescents et des adultes. Les personnes diagnostiquées avec une dysphorie de genre ont bénéficié de traitements psychiatriques spécialisés bien plus fréquemment que leurs homologues du groupe témoin, aussi bien avant qu'après leur prise en charge par les services spécialisés en genre. Par ailleurs, les soins psychiatriques ont

significativement augmenté au fil des années, étant beaucoup plus élevés entre 2016 et 2019 qu'entre 1996 et 2000. Ce suivi psychiatrique est resté constant, indépendamment du recours à un traitement d'affirmation de genre.

15.35 En résumé, les jeunes comme les adultes consultant pour une dysphorie de genre présentent fréquemment des problématiques de santé mentale complexes et supplémentaires. Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure le traitement hormonal permet de réduire ces difficultés, ainsi que l'impact du traitement et du suivi psychologique sur la persistance des troubles psychiatriques à long terme.

Suicidalité

15.36 Comme évoqué dans la Partie 3, il est bien établi que les enfants et les jeunes avec dysphorie de genre présentent un risque accru de suicide. Cependant, ce risque semble comparable à celui d'autres jeunes confrontés à des défis similaires en matière de santé mentale et psychosociale. Certains professionnels de santé ressentent une pression pour proposer un parcours médical en raison d'informations largement répandues selon laquelle le traitement d'affirmation de genre réduit le risque suicidaire. Cependant, cette conclusion n'a pas été corroborée par la revue systématique de l'Université de York (Taylor et al. : hormones M/F).

15.37 Les raisons fréquemment avancées pour expliquer la suicidalité dans cette population sont :

- la détresse inhérente à la dysphorie de genre ;
- le stress des minorités, en raison de la discrimination et du harcèlement ;
- la souffrance causée par un accès retardé au traitement médical ;
- les problèmes de santé mentale sous-jacents, souvent présents dans cette population.

15.38 Une revue systématique des résultats liés au suicide après un traitement d'affirmation de genre (Jackson, 2023) a rapporté qu'une majorité des études observaient une réduction de la suicidalité après un tel traitement. Cependant, la plupart des études incluses dans la revue

présentaient des problèmes méthodologiques majeurs, le principal étant un manque de contrôle adéquat des comorbidités psychiatrique et des traitements associés, empêchant ainsi de tirer des conclusions définitives sur cette question.

15.39 Un article britannique (Lavender et al., 2023) rapportant une analyse rétrospective de 38 enfants ayant reçu des bloqueurs de puberté suivis d'hormones masculinisantes/féminisantes a noté une diminution générale de la suicidalité et des automutilations. Cependant, sur les 109 participants éligibles, seuls 38 ont été inclus dans l'étude, et parmi ceux-ci, seulement 11 ont répondu aux questions sur la suicidalité/l'automutilation, ce qui rend ces résultats peu fiables.

15.40 Les auteurs d'une étude portant sur les résultats psychosociaux de 315 jeunes traités par hormones masculinisantes/féminisantes (Chen et al., 2023) ont déclaré que l'événement indésirable le plus courant était les idées suicidaires (11 participants [3,5%]), et deux participants [0,6%] sont décédés par suicide. La suicidalité à l'inclusion était un critère d'exclusion pour cette étude.

15.41 Une étude menée par la clinique de genre en Belgique a rapporté cinq décès par suicide parmi 177 adolescents âgés de 12 à 18 ans suivis entre 2007 et 2016 (Van Cauwenberg et al., 2021). Tous avaient commencé un traitement hormonal masculinisant ou féminisant.

15.42 Une autre étude récente (Ruuska, 2024) a comparé les décès par suicide chez les jeunes ayant consulté le service national de genre en Finlande avec ceux d'un groupe témoin apparié en âge. L'étude n'a pas trouvé de lien statistiquement significatif entre le traitement hormonal et une réduction du risque de suicide. En revanche, elle a mis en évidence une corrélation significative entre un taux élevé de troubles de santé mentale concomitants et un risque accru de suicide. Toutefois, étant donné que les suicides restent heureusement des événements rares, quelle que soit la situation de transition, il est difficile d'en tirer des conclusions définitives.

15.43 En résumé, les données disponibles ne soutiennent pas de manière concluante l'idée que les traitements d'affirmation de genre réduisent le risque de suicide. Cependant, la détresse de ces enfants et adolescents est bien réelle, et certains ont des convictions profondes quant à l'efficacité des bloqueurs de puberté et des traitements hormonaux. Cette détresse est souvent aggravée par des délais d'attente prolongés pour accéder aux services spécialisés, laissant les jeunes avec pour seules sources de soutien et d'information Internet et les groupes de pairs, sans accompagnement clinique pour explorer l'ensemble des options disponibles. Ainsi, la crainte que l'absence ou le retard d'un traitement médical puisse entraîner des pensées ou comportements suicidaires reste élevée chez les parents et les professionnels, indépendamment de l'efficacité réelle de ces traitements.

Détransition

15.44 Le terme détransition est généralement utilisé pour désigner les personnes ayant entrepris une transition médicale ou chirurgicale avant de revenir à leur genre. Il ne s'applique pas nécessairement aux individus qui ont vécu une période d'identification trans, éventuellement accompagnée d'une transition sociale, avant de revenir à leur genre. Ce dernier cas est plutôt qualifié de « désistance ».

15.45 Au cours de la période couverte par l'Examen, le terme trans est passé d'une définition relativement restreinte à une notion plus large englobant un spectre plus vaste de diversité de genre. Cette évolution a nécessairement des conséquences sur la manière dont la détransition est comprise et interprétée.

15.46 Depuis le début de l'Examen, les débats autour de la détransition et du regret sont devenus de plus en plus polarisés et instrumentalisés. Au départ, les témoignages recueillis émanaient principalement de personnes soutenant fortement la transition médicale, affirmant que les cas de détransition étaient extrêmement rares et qu'ils étaient essentiellement dus à un manque d'acceptation sociale et au stress minoritaire [stress vécu par les membres de groupes

minoritaires dans une société qui stigmatise leurs identités].

15.47 Avec le temps, il y a eu une plus grande reconnaissance de la diversité des raisons pour lesquelles certaines personnes choisissent de détransitionner. Le terme a été renommé par certains sous l'appellation de « retransition ». Certains jeunes adultes ayant détransitionné ont déclaré à l'Examen qu'ils ne souhaitaient pas que leur expérience soit utilisée pour remettre en question celle des autres.

« Je sentais que ce n'était pas acceptable de revenir en arrière. Ce n'était pas quelque chose qu'on pouvait envisager, vous savez. Ce n'était pas un sujet dont on parlait. Ce n'était pas une option qu'ils voulaient discuter ou même mentionner [...] Je veux que la détransition soit quelque chose dont on puisse parler ouvertement, et que le regret soit abordé de manière ouverte. »

Un jeune

Résumé qualitatif de l'Université de York

15.48 Il arrive que des jeunes choisissent d'interrompre leur traitement hormonal tout en continuant à s'identifier comme transgenres ou non-binaires.

15.49 Une revue rétrospective des dossiers d'une clinique de genre pour adultes (GDC) du NHS (Hall et al., 2021) a rapporté les résultats de 175 usagers en prenant en compte les cas de manière successive (les patients ayant été traités dans un ordre chronologique sans sélection particulière). ; 12 cas (6,9%) remplissaient les critères de détransition, et six autres présentaient encore des incertitudes concernant leurs identités de genre ou leurs objectifs de traitement.

15.50 Les estimations concernant le pourcentage de personnes qui suivent un parcours médical et éprouvent par la suite des regrets ou détransitionnent sont difficiles à déterminer uniquement à partir des données des cliniques de genre pour adultes. En effet :

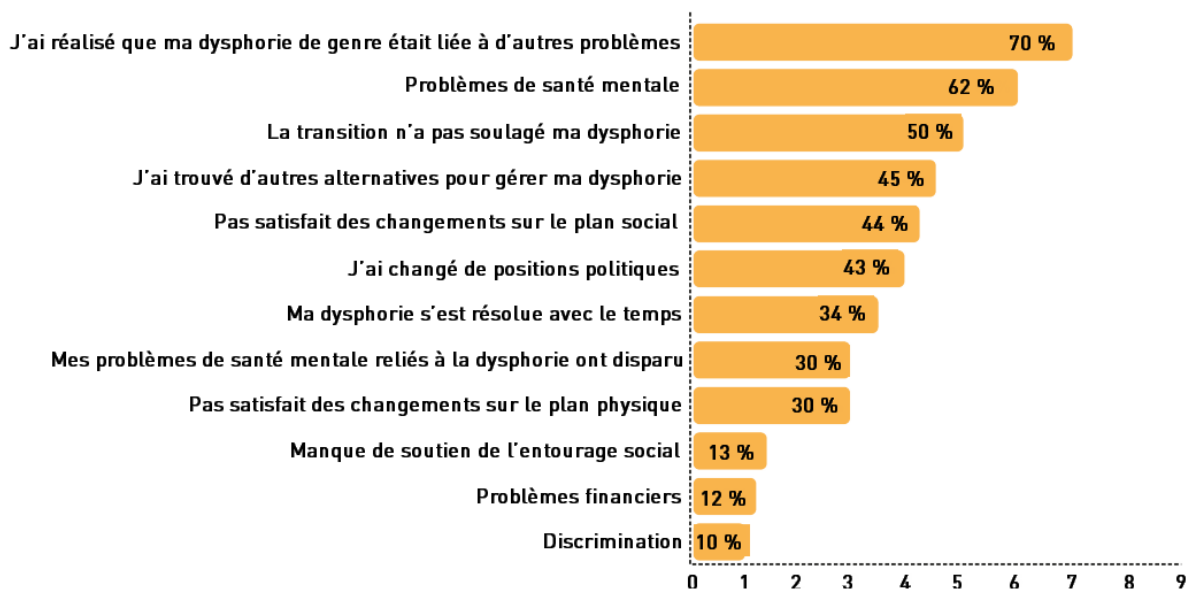
- ceux qui détransitionnent peuvent ne pas retourner à la clinique de genre et sont donc perdus de vue pour le suivi ;
- de nombreux professionnels travaillant dans des services de genre pour adultes ont déclaré à l'Examen que le temps nécessaire pour détransitionner peut durer de 5 à 10 ans, ce qui rend les intervalles de suivi des études sur les traitements médicaux trop courts pour en rendre compte ;
- le point d'inflexion concernant l'augmentation des demandes aux services de genre pour les enfants et les jeunes a eu lieu en 2014 : en conséquence, même les études avec des intervalles de suivi plus longs ne rapporteront pas les résultats de cette cohorte plus récente.

15.51 Un audit réalisé dans un cabinet médical multi-sites près d'une université (Boyd et al., 2022) a examiné une cohorte de 68 patients à différents stades du parcours de genre, avec un âge moyen de 27,8 ans. Parmi les 41 patients qui ont commencé un traitement hormonal, huit (20%) ont choisi d'arrêter après une période moyenne de 5 ans (allant de 17 mois à 10 ans). Ces patients comprenaient six hommes trans et deux femmes trans.

15.52 Indépendamment du nombre de personnes qui détransitionnent, les raisons de cette détransition sont complexes, et il existe un manque de services adéquats pour ces individus qui présentent une variété de besoins physiques et psychologiques.

15.53 Un échantillon auto-identifié de 100 personnes ayant détransitionné (Littman, 2021) a complété un questionnaire anonyme en ligne. Parmi ces participants, 69 % étaient de sexe féminin à la naissance et 31 % de sexe masculin. Plusieurs problèmes ont été rapportés avant l'apparition de la dysphorie de genre, notamment des diagnostics de troubles mentaux, de troubles du neurodéveloppement, des antécédents de traumatismes ou d'automutilation. Les raisons de la détransition étaient diverses : certains se sentaient plus à l'aise avec leur sexe, d'autres étaient préoccupés par les complications médicales liées à la transition, certains ont constaté que leur santé mentale ne s'améliorait pas avec la transition, d'autres étaient insatisfaits des résultats physiques, et certains ont découvert que la dysphorie de genre était liée à un traumatisme ou un abus spécifique. Enfin, l'homophobie ou la difficulté à s'accepter comme lesbienne, gay ou bisexuel a été mentionnée par 23,0 % des participants comme raison de leur transition initiale et de leur détransition ultérieure.

Figure 37 : Raisons auto-déclarées de la détransition



Source: Vandenbussche, E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, 69(9), 1602-1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>. Publié avec <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> license par Taylor & Francis Group, LLC.

15.54 La figure 37 illustre certaines des raisons invoquées pour la détransition, recueillies à partir d'une enquête transversale en ligne menée auprès de 237 participants s'identifiant comme tels (Vandenbussche, 2022).

15.55 Un audit a été effectué à la clinique de dysphorie de genre pour adultes (GDC) du *Tavistock and Portman* concernant les caractéristiques des individus ayant détransitionné. La plupart des études sur la détransition sont basées sur des témoignages de personnes ayant vécu une détransition et des informations obtenues par des questionnaires, mais il s'agissait ici d'une série de cas de 40 patients, tous examinés par un psychiatre.

15.56 Les résultats de l'audit ont été présentés à l'Examen. Le temps nécessaire aux individus pour choisir de détransitionner était de 5 à 10 ans (moyenne de 7 ans). Parmi les caractéristiques et facteurs de risque fréquemment observés, on note des niveaux élevés de traumatismes vécus durant l'enfance, l'alexithymie (incapacité à reconnaître et à exprimer leurs émotions) et des problèmes d'intéroception (compréhension de ce qui se passe dans leur corps). Cet audit pourrait être utile aux professionnels qui évaluent des jeunes pour envisager un traitement hormonal masculin/féminin. L'Examen a sollicité l'accès à cet audit pour mieux comprendre certains des résultats qualitatifs, mais la demande a été refusée par l'établissement.

Résultats à long terme

15.57 L'une des principales difficultés dans la planification des interventions pour les enfants et les jeunes réside dans le manque de données sur les résultats à long terme pour ceux ayant eu recours au GIDS (*Gender Identity Development Service*).

15.58 Lorsque les professionnels discutent avec les patients des interventions possibles, ils abordent généralement les avantages et risques à long terme des différentes options, en se basant sur les données de résultats provenant de personnes ayant suivi un parcours similaire. Cependant, ces informations ne sont actuellement pas disponibles pour les interventions chez les

enfants et les jeunes avec une incongruence/dysphorie de genre : en conséquence, les jeunes et leurs familles doivent prendre des décisions sans une vue d'ensemble adéquate des impacts et résultats potentiels.

15.59 Une des pistes de recherche commandées par l'Examen à l'Université de York portait sur une étude de couplage de données. Cette étude vise à exploiter les données existantes détenues par le NHS, incluant celles du GIDS, des services hospitaliers, des cliniques externes, des urgences et des cliniques de genre pour adultes du NHS, : l'objectif est de suivre les parcours de tous les jeunes (environ 9 000) adressés au GIDS afin de fournir une base de données à l'échelle de la population sur les différents parcours suivis et les résultats obtenus.

15.60 Ce type de recherche est une pratique courante au NHS lorsqu'il s'agit d'améliorer les services de santé et la qualité des soins. Cependant, cette approche n'a pas été appliquée de la même manière pour les enfants et jeunes questionnant leur genre. L'objectif était que cette étude de couplage de données comble ce manque de données.

15.61 L'étude a reçu l'approbation éthique de la *Health Research Authority* (HRA), un processus qui a pris plus d'un an. Bien que la méthodologie proposée pour la recherche ne soit pas particulièrement inhabituelle, l'examen approfondi effectué par son *Research Ethics Committee* (REC) et son *Confidentiality Advisory Committee* (CAG) était tout à fait justifié compte tenu de la sensibilité du sujet.

15.62 L'Université de York a mené une consultation avec les parties prenantes et a mis au point des notifications et des ressources de communication pour expliquer la recherche et informer les participants de leur possibilité de se retirer de l'étude. C'est au moment de la mise en place de la période de retrait de 3 mois que les cliniques de genre du NHS ont exprimé leur réticence à participer.

15.63 En janvier 2024, l'Examen a reçu une lettre (Annexe 11) du NHS England indiquant que, malgré les efforts pour encourager la participation

des cliniques de genre du NHS, la coopération nécessaire n'avait pas été obtenue.

15.64 Cette recherche représente une opportunité unique d'apporter de nouvelles preuves pour aider les jeunes, leurs parents et les professionnels à prendre des décisions éclairées concernant le parcours de soins le mieux adapté à leurs besoins.

15.65 Bien que la recherche rétrospective ne soit jamais aussi robuste que la recherche prospective, une étude prospective nécessiterait au minimum 10 à 15 ans pour extraire les données nécessaires au suivi.

15.66 Le NHS England, dans sa lettre, s'est engagé à réaliser les ambitions de cette étude au-delà de la durée de l'Examen. En tant que service de santé intégré unique, qui, pendant la période en question, disposait d'un seul prestataire de soins spécialisés pour les enfants et les jeunes en matière de genre, le NHS offre une opportunité unique de suivre les résultats pour environ 9 000 patients et d'enrichir la base de preuves existante.

15.67 Le NHS England prendra la responsabilité de ce travail et le *NHS National Research Oversight Board for Children and Young People's Gender Services* apportera son soutien à cette mission.

15.68 Le NHS England a sollicité de l'Examen des détails sur les circonstances qui ont conduit l'Université de York à estimer qu'il n'était pas encore possible de poursuivre les prochaines étapes de l'étude de couplage de données, ainsi que des recommandations spécifiques pour avancer. L'Examen a adressé une lettre au NHS England en mars 2024 (Annexe 12).

Recommandation 5

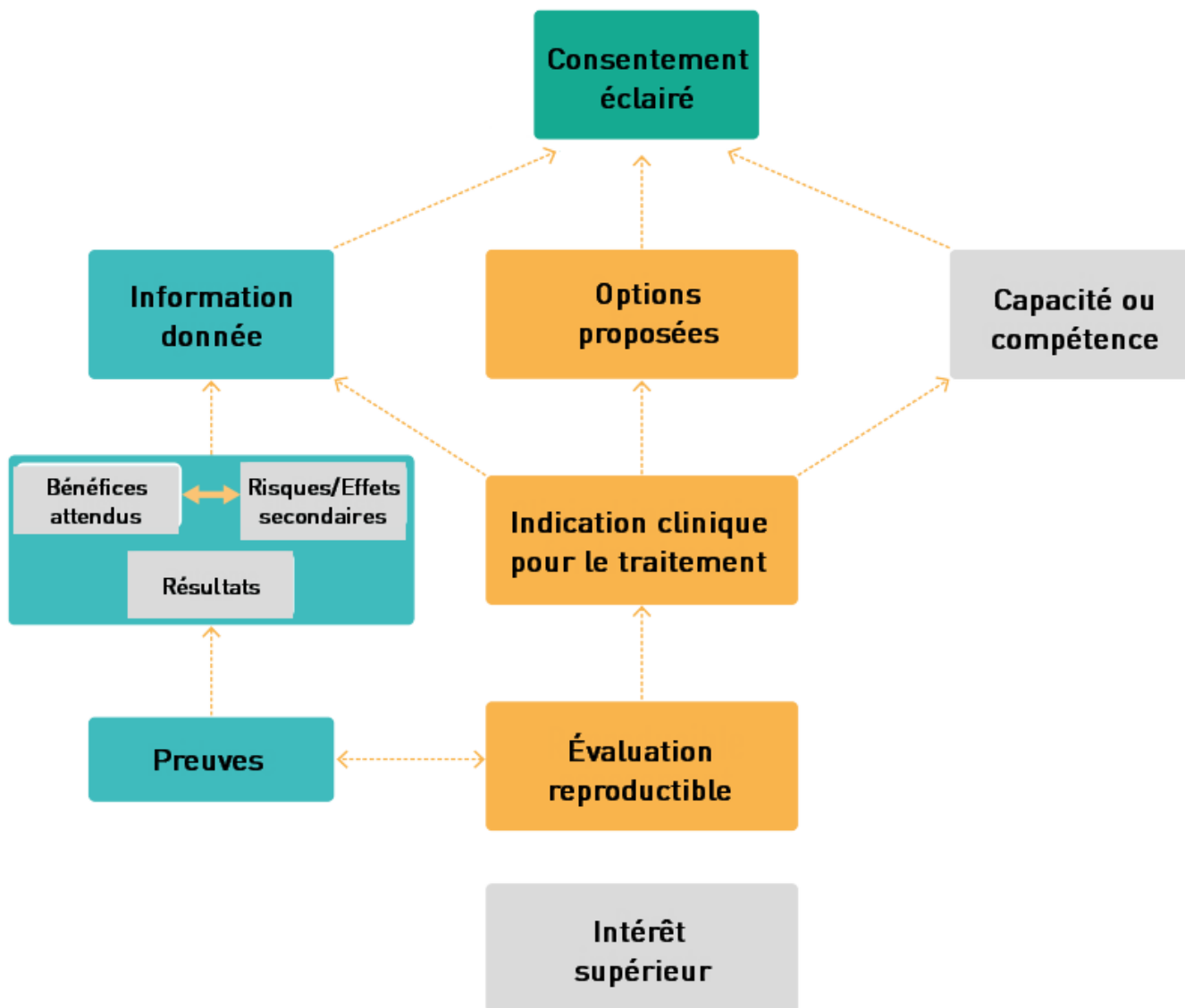
Le NHS England, en collaboration avec le *Department of Health and Social Care*, devrait donner des instructions aux cliniques de genre pour participer à l'étude de couplage de données selon le cadre législatif en vigueur. Le *NHS England's Research Oversight Board* devrait être responsable de l'interprétation des résultats de la recherche.

16. Défis dans la prise de décision clinique

16.1 L'affaire *Bell contre Tavistock*, mentionnée dans le Chapitre 2, a suscité un grand intérêt public, en se concentrant sur la compétence et la capacité de l'enfant ou du jeune à consentir aux traitements médicaux. Cependant, cela ne constitue qu'une partie du processus décisionnel concernant les options de traitement.

16.2 Le professionnel de santé doit d'abord déterminer les options de traitement appropriées/cliniquement indiquées, puis fournir les informations nécessaires au patient afin qu'il puisse prendre une décision éclairée concernant les options proposées.

Figure 38 : Consentement éclairé



16.3 Les recommandations du *General Medical Council* [Conseil National de l'Ordre des Médecins] (GMC, 2021) précisent clairement que les médecins sont responsables de toute prescription qu'ils délivrent et qu'ils sont redevables de leurs décisions et actions lors de la délivrance ou de l'administration de médicaments. Le terme « prescription » ne se limite pas aux médicaments sur ordonnance, mais englobe diverses actions connexes, comme la recommandation d'exercice physique ou toute information écrite ou conseil donné aux patients. Dans le cadre des services de genre, cela pourrait donc inclure tout conseil donné, qu'il s'agisse de la transition sociale ou des traitements hormonaux.

16.4 Selon les recommandations du *General Medical Council* (GMC, 2024), un médecin doit « proposer, fournir ou prescrire des médicaments ou des traitements (y compris les ordonnances renouvelables) uniquement lorsqu'il dispose d'une connaissance adéquate de l'état de santé du patient et qu'il est convaincu que les médicaments ou traitements répondront à ses besoins ».

16.5 Évaluer ces éléments dans ce domaine complexe des soins de santé représente un véritable défi.

Évaluation de l'indication clinique d'un traitement

16.6 Comme évoqué dans les Chapitres 9 et 10, les lignes directrices internationales concernant l'évaluation des enfants et des jeunes présentant une incongruence ou une dysphorie de genre manquent de précision concernant leur objectif, leur contenu et leur durée. De plus, les outils d'évaluation existants n'ont pas fait l'objet d'une validation rigoureuse.

16.7 Bien que l'évaluation ait pour but principal d'aider à définir un projet de soins ou de déterminer l'éligibilité à un traitement endocrinien, peu de lignes directrices précisent les critères concrets permettant d'accéder aux bloqueurs de puberté ou aux traitements hormonaux masculinisants/féminisants. L'Examen n'a pas pu obtenir d'indications claires de la part de l'équipe

du GIDS sur les critères utilisés pour décider si un jeune pouvait accéder à un traitement endocrinien.

16.8 Un diagnostic formel de dysphorie de genre est souvent requis pour accéder aux traitements hormonaux. Toutefois, il ne constitue pas un indicateur fiable permettant de prédire si un jeune conservera une incongruence de genre à long terme, ni si une intervention médicale est ce qui lui convient. Selon l'origine de la dysphorie, un traitement médical peut être une solution, mais d'autres approches peuvent également être efficaces.

16.9 Comme détaillé dans le Chapitre 8, la dysphorie et l'incongruence de genre sont des phénomènes complexes dont les causes restent mal comprises. De plus, les connaissances sur la population actuelle concernée, qui est majoritairement composée d'adolescentes, restent limitées. Chaque individu est influencé par une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Toutefois, si des facteurs psychosociaux ou socioculturels dynamiques jouent un rôle prédominant chez une proportion significative de jeunes, une question éthique majeure se pose : dans quels cas et à quel moment une intervention médicale est-elle la réponse appropriée ?

16.10 Le paragraphe du Chapitre 6 sur le développement cérébral rappelle que la maturation du cerveau se poursuit jusqu'au milieu de la vingtaine, période durant laquelle l'identité de genre et l'orientation sexuelle peuvent continuer à évoluer, parallèlement aux expériences personnelles. Les priorités et perceptions évoluent souvent avec le temps, comme le montrent les différences observées entre les témoignages des jeunes adultes et des adolescents. L'Examen a également recueilli des témoignages de jeunes adultes et de parents indiquant que certains adolescents, initialement convaincus de leur identité de genre binaire, ont ensuite développé une identité plus fluide à l'âge adulte ou sont revenus à leur genre initial.

16.11 Pour ces raisons, de nombreux professionnels, que l'Examen a consultés à l'échelle nationale et internationale, ont déclaré

qu'ils étaient incapables de prédire de manière fiable quels enfants ou jeunes tireront bénéfice de leur transition et lesquels pourraient regretter ou faire une détransition plus tard.

16.12 Certains experts considèrent que, étant donné que les évaluations de genre ne sont pas en mesure de prédire ou de prévenir de façon fiable la détransition ou les regrets, elles ne sont pas plus efficaces que les objectifs d'identité de genre et d'incarnation auto-déclarés par les individus eux-mêmes. En conséquence, ils suggèrent que les services de santé adoptent un modèle de soins basé sur le « consentement éclairé » (Ashley et al., 2023). Dans ce modèle, les traitements hormonaux/chirurgicaux devraient être décidées principalement, voire uniquement, en fonction de l'évaluation faite par la personne elle-même des risques et bénéfices du traitement, plutôt que d'être dictées par la décision du médecin sur les options de traitement disponibles. Ce modèle correspond également aux points de vue de certains usagers, qui perçoivent le processus d'évaluation comme intrusif et comme un mécanisme de « verrouillage » (*gatekeeping*).

16.13 Selon l'avis de l'Examen, cette approche est incompatible avec celle de la prise de décision conjointe avec les patients, telle qu'elle est définie dans les normes professionnelles du *General Medical Council* (GMC). Ces normes soulignent l'importance pour les médecins de recommander, prescrire ou fournir des traitements uniquement lorsqu'ils possèdent une connaissance suffisante de la santé du patient et sont convaincus que les médicaments ou traitements répondront à ses besoins (GMC, *Prescribing* 2021, *Good medical practice* 2024). Les médecins doivent s'assurer que le patient dispose des informations nécessaires pour prendre une décision éclairée concernant les options de traitement (GMC, *Decision making and consent* 2020).

Meilleures preuves et informations

16.14 Les revues systématiques menées par l'Université de York ont mis en évidence des défauts dans la conception des études, des périodes de suivi insuffisantes et un manque d'objectivité dans la présentation des résultats. Par conséquent, il n'existe pas de preuves solides et

concluantes soutenant l'efficacité et la sécurité des bloqueurs de puberté et des hormones masculinisantes/féminisantes chez les adolescents, et les bénéfices/risques demeurent inconnus.

16.15 Outre la difficulté pour les professionnels de déterminer si ces traitements sont appropriés, il leur est également difficile de fournir aux enfants, jeunes et familles les informations suffisantes pour leur permettre de faire un choix éclairé.

16.16 L'arrêt *Montgomery* souligne que les professionnels ne doivent pas simplement divulguer des informations, mais qu'ils ont également la responsabilité de s'assurer que les patients comprennent les risques importants ([2015] UKSC 11). Il s'agit d'une responsabilité active qui consiste à évaluer ce que le patient a compris.

16.17 Cette obligation concerne non seulement les traitements proposés, mais aussi toutes les alternatives raisonnables. Ainsi, il ne suffirait pas de discuter des options endocriniennes, mais également des autres options non endocriniennes, ainsi que des avantages et inconvénients du report de l'intervention endocrinienne.

16.18 L'obligation de divulguer l'information est compliquée par de nombreuses incertitudes concernant les effets à long terme des bloqueurs de puberté et/ou des hormones masculinisantes/féminisantes, durant une période de développement dynamique où l'identité de genre peut ne pas être encore stabilisée.

16.19 Par exemple, lorsqu'un jeune passe aux hormones sexuelles croisées après une période de suppression de la puberté, il commence à ressentir une certaine libido et un changement dans son apparence physique. Beaucoup rapportent une période d'« euphorie de genre ». Il est donc surprenant d'observer des améliorations relativement modestes dans le fonctionnement psychologique durant la première année de prise de ces hormones. Leur expérience de la puberté sera alors influencée par le genre auquel ils s'identifient, ce qui pourrait avoir des effets neuropsychologiques permanents.

16.20 Concernant les jeunes de sexe féminin à la naissance, la testostérone augmente leur libido de manière plus marquée que ce qu'elles auraient pu connaître pendant leur puberté biologique et après un an de traitement, produit une augmentation significative de la masse musculaire et de la force (tandis que les hommes conservent leur force musculaire) (Wiik et al., 2020). Ces personnes n'ayant jamais vécu en tant que femme cisgenre adulte, elles n'ont pas de point de comparaison qui les amènerait à regretter leur décision ou à détransitionner. Cependant, il est possible que, sans intervention médicale, leur trajectoire aurait été différente - et qu'elles n'auraient alors pas eu besoin de prendre des hormones à vie.

16.21 Il n'existe pas de données sur l'évolution naturelle (c'est-à-dire sans traitement) de la cohorte actuelle, principalement des jeunes de sexe féminin à la naissance qui s'identifient trans au début de l'adolescence, car des traitements endocriniens ont déjà été initiés.

16.22 Malheureusement, le taux de suicides chez les personnes trans de tous âges continue de dépasser la moyenne nationale, mais il n'existe aucune preuve que les traitements d'affirmation de genre réduisent ce taux. Les preuves disponibles suggèrent que ces décès sont liés à un ensemble de facteurs psychosociaux complexes et à des troubles mentaux.

16.23 Cela soulève la question de savoir si, pour les jeunes adultes en fin d'adolescence n'ayant pas recours aux bloqueurs de puberté, la gestion des problèmes de santé mentale, un appui dans le milieu scolaire et professionnel, le soutien à la transition sociale, ainsi que la préservation de la fertilité si nécessaire, ne devraient pas être des priorités plus urgentes que l'initiation de traitements hormonaux masculinisants ou féminisants.

16.24 Toutes ces problématiques complexes rendent difficile la transmission d'informations adéquates et l'obtention d'un consentement éclairé.

Compétence et capacité à consentir

16.25 À partir de 16 ans, la loi sur la capacité mentale de 2005 (*Mental Capacity Act 2005*) présume qu'un patient est capable de prendre ses propres décisions concernant son traitement médical, c'est-à-dire de choisir parmi les options qui lui sont proposées. Toutefois, cette présomption peut être remise en cause s'il est démontré que la personne est incapable de comprendre, de retenir ou d'évaluer les informations essentielles à sa décision en raison de troubles mentaux ou neurologiques. L'article 8 de la loi sur la réforme du droit de la famille de 1969 (*Family Law Reform Act 1969*) stipule que le consentement d'une personne âgée de 16 ans a la même valeur légale que celui d'un adulte de 18 ans.

16.26 Avant 16 ans, la capacité à prendre une décision repose sur une maturité et une compréhension suffisante du sujet concerné, un principe connu sous le nom de « compétence de Gillick ».

16.27 Comme expliqué au Chapitre 4, dans l'affaire *Bell contre Tavistock*, la Cour d'appel a rejeté l'analyse de la Haute Cour sur la capacité des jeunes, selon leur tranche d'âge, à prendre de telles décisions. Toutefois, ces décisions demeurent particulièrement complexes pour ces enfants, pour toutes les raisons évoquées précédemment.

16.28 L'âge auquel un traitement par bloqueurs de puberté peut être débuté varie selon les cliniques. De nombreuses directives ont supprimé une limite d'âge inférieure, car la puberté commence désormais plus tôt qu'auparavant. Ainsi, certains enfants peuvent commencer ce traitement dès l'âge de 9 ans. Cependant, une initiation aussi précoce du traitement n'a pas été pratiquée au Royaume-Uni ([2021] EWCA Civ 1363).

16.29 Même aux stades de Tanner 2-3, les jeunes ont peu d'expérience de leur propre puberté biologique, et celle-ci peut être vécue comme une source de détresse pour diverses raisons.

16.30 Lorsqu'un jeune commence un traitement par bloqueurs de puberté, il traverse une période où ses pairs poursuivent leur développement physique et sexuel, tandis que lui restera en pause. De plus, il peut être sujet aux effets secondaires du traitement. À ce jour, il n'existe pas d'études approfondies sur les conséquences psychologiques, psychosexuelles et développementales liées à cet écart de maturation avec ses pairs.

16.31 Par ailleurs, un jeune sous bloqueurs de puberté devra prendre la décision de consentir à des hormones masculinisantes ou féminisantes à un moment où son développement psychosexuel aura été interrompu, et avec probablement peu d'expérience de sa puberté biologique.

Intérêt supérieur de l'enfant/du jeune

16.32 Lorsqu'un enfant ou un jeune ne peut pas prendre lui-même une décision, il peut être nécessaire d'évaluer ce qui est dans son meilleur intérêt lors du choix parmi les options de traitement proposées. Cette évaluation doit tenir compte des opinions, de la culture et des croyances de l'enfant ou du jeune, des parents et/ou des proches aidants, ainsi que des avis de son entourage professionnel. Il convient également de tenir compte de « quel choix, s'il y en a plusieurs, restreindra le moins possible les options futures de l'enfant ou du jeune » (*General Medical Council GMC*, 2018).

16.33 Les décisions prises dans le meilleur intérêt sont particulièrement complexes lorsque le traitement proposé a un impact majeur, est difficilement réversible et que les résultats sont incertains.

Conclusion

16.34 Lorsque des interventions endocriniennes sont envisagées, le grand nombre d'inconnues concernant les risques et bénéfices pour chaque individu, ainsi que le manque d'informations fiables pour guider les décisions, représentent un obstacle majeur à l'obtention d'un consentement éclairé.

16.35 Toutefois, la question la plus fondamentale reste de déterminer dans quelles circonstances ces traitements doivent être proposés aux enfants et aux jeunes.

16.36 Il est essentiel de disposer d'une source d'information fiable sur tous les aspects des soins médicaux, mais il est particulièrement important de tempérer les attentes des jeunes vis-à-vis des bloqueurs de puberté, souvent nourries par les déclarations sur leur efficacité.

16.37 Bien que les jeunes éprouvent un sentiment d'urgence à accéder aux traitements médicaux, certains jeunes adultes estiment qu'il est préférable de prendre le temps d'explorer les diverses possibilités.

16.38 L'Examen a déjà recommandé que, puisque les bloqueurs de puberté n'ont des avantages clairement définis que dans des circonstances assez limitées, et en raison des risques potentiels pour le développement neurocognitif, le développement psychosexuel et la santé osseuse à long terme, ils ne devraient être proposés que dans le cadre d'un protocole de recherche. Cela a été mis en œuvre par NHS England et le *National Institute for Health and Care Research* (NIHR).

16.39 Bien que l'option de fournir des hormones masculinisantes/féminisantes dès 16 ans reste possible, l'Examen préconise une approche extrêmement prudente. Une justification clinique claire doit être fournie pour administrer des hormones à ce stade, plutôt que d'attendre que l'individu atteigne 18 ans. Cela permettrait de garder des options ouvertes durant cette importante période de développement, offrant ainsi le temps nécessaire pour gérer d'éventuelles conditions concomitantes, renforcer la résilience et, si nécessaire, préserver la fertilité.

16.40 Un problème plus fondamental, qui est devenu plus apparent au fur et à mesure de l'avancée de l'Examen, est que les recherches sur les interventions psychosociales et les résultats à long terme de ceux qui ne suivent pas le parcours endocrinien sont aussi faibles que celles concernant les traitements endocriniens. Cela crée un vide important dans notre compréhension des

meilleures approches pour soutenir cette population croissante de jeunes souffrant de détresse liée au genre, ayant des profils complexes.

16.41 La conclusion principale de cet Examen est que l'essai sur les bloqueurs de puberté, actuellement en développement, doit être intégré dans un programme de recherche beaucoup plus vaste visant à approfondir les connaissances sur toutes les interventions possibles et à identifier la méthode la plus efficace pour soutenir ces enfants et ces jeunes.

Recommandation 6

La base de preuves soutenant les interventions médicales et non-médicales dans ce domaine clinique doit être améliorée. À la suite de notre recommandation précédente d'établir un essai sur les bloqueurs de puberté, qui a été mise en œuvre par le NHS England, nous recommandons également la création d'un programme de recherche complet. Celui-ci devrait examiner les caractéristiques, les interventions et les résultats de chaque jeune se présentant aux services de genre du NHS.

L'essai sur les bloqueurs de puberté devrait faire partie d'un programme de recherche qui évalue également les résultats des interventions psychosociales et des hormones masculinisantes/féminisantes.

Le consentement doit être systématiquement recherché pour tous les enfants et jeunes pour leur participation à une étude de recherche avec suivi jusqu'à l'âge adulte.

Recommandation 7

L'incongruence de genre de longue date devrait être une condition préalable essentielle pour un traitement médical, mais elle ne représente qu'un aspect de la décision concernant le choix d'un parcours médical adapté à un individu.

Recommandation 8

Le NHS England devrait revoir la politique sur les hormones masculinisantes/féminisantes. L'option de fournir des hormones masculinisantes/féminisantes à partir de 16 ans est disponible, mais l'Examen recommande une extrême prudence. Il devrait y avoir une justification clinique claire pour fournir ces hormones à ce stade plutôt que d'attendre que l'individu atteigne l'âge de 18 ans.

Recommandation 9

Chaque cas envisagé pour un traitement médical devrait être discuté au sein d'une *Multi Disciplinary Team* (MDT) gérée par le *National Provider Collaborative*, remplaçant le *Multi Professional Review Group* (MPRG).

Recommandation 10

Tous les enfants devraient recevoir un conseil sur la fertilité et des options de préservation avant de s'engager dans une voie médicale.

Modèle de service



Cette partie se focalise sur le modèle de service pour les services de genre destinés aux enfants et aux jeunes, en abordant les parcours cliniques, la formation et les effectifs, ainsi que l'amélioration des services et la recherche. Elle vise à répondre aux aspects suivants, sur lesquels des recommandations ont été demandées dans le cadre de l'Examen :

- Les parcours de soins vers les services de proximité, y compris les types de prise en charge pour les personnes présentant des formes moins complexes d'incongruence de genre et ne nécessitant pas de services spécialisés en identité de genre.
- Les parcours de soins vers les services spécialisés en identité de genre, notamment les critères d'orientation vers un service spécialisé en identité de genre et vers d'autres services spécialisés appropriés.
- Les besoins actuels et futurs en personnel.
- L'audit clinique [démarche d'amélioration continue], le suivi à long terme, la collecte de données et les priorités de recherche à venir.

17. Modèles de service existants

17.1 Le rapport intermédiaire a mis en évidence plusieurs problèmes liés au modèle de service actuel.

17.2 Il est inhabituel d'avoir un accès direct aux services spécialisés, comme c'était le cas avec le *Gender Identity Development Service (GIDS)* du *Tavistock and Portman NHS Foundation Trust*. Dès le début de l'Examen, il est apparu évident que l'admission d'un nombre croissant d'enfants et de jeunes vers un service national unique, sans liens suffisants avec les services locaux, ne fonctionnait pas. Ce modèle de prise en charge ne permettait pas de répondre à la demande croissante et ne constituait pas une solution sûre ou viable à long terme.

17.3 Cette situation a conduit à un allongement considérable de la liste d'attente, un problème que les cliniciens, les jeunes et leurs familles considèrent comme le principal obstacle à une prise en charge de qualité pour les enfants et adolescents souffrant de dysphorie de genre.

17.4 Une attente prolongée peut accentuer la détresse, aggraver les troubles de santé mentale associés et compliquer l'exploration des différentes options pour gérer la détresse liée au genre.

17.5 Les jeunes ayant participé aux groupes de discussion et à l'étude qualitative ont décrit comment l'absence de communication et de soutien durant cette attente les avait conduits à effectuer leurs propres recherches. Ainsi, lorsqu'ils étaient enfin pris en charge par le GIDS, ils avaient souvent déjà une idée précise de ce dont ils pensaient avoir besoin et avaient, dans certains cas, entamé une transition sociale pour mieux gérer leur inconfort.

17.6 Les témoignages de parents et de jeunes ont mis en évidence que ces derniers présentent souvent plusieurs difficultés simultanées. Pourtant, les services concernés (comme le GIDS, les CAMHS ou la médecine générale) traitent chaque problème séparément, sans tenir compte de leurs interactions. Cela concerne notamment les

troubles neurodéveloppementaux, les troubles psychiques sévères, les antécédents de troubles alimentaires, ainsi que les expériences de perte d'un proche, de traumatisme ou de harcèlement.

17.7 De nombreux parents ont exprimé leur frustration face au manque d'accompagnement après l'orientation de leur enfant vers un service spécialisé, se retrouvant démunis et sans repère pour obtenir de l'aide. L'étude qualitative menée par l'Université de York (Annexe 3) révèle ainsi que « les parents ressentent une incertitude persistante quant aux meilleures décisions pour leur enfant. Ils craignent de se tromper et s'inquiètent de la capacité des services à comprendre leur enfant et à lui apporter une réponse adaptée ».

17.8 Par ailleurs, les jeunes et leurs familles ont souligné qu'un service exclusivement centré sur la question du genre peut engendrer un phénomène d'« éclipse diagnostique ». Ils ont décrit des enfants ayant plusieurs problématiques simultanées, traitées de manière cloisonnée par les services concernés (GIDS, CAMHS, médecine générale), sans que leurs interactions ne soient réellement prises en compte.

17.9 Le manque de clarté quant à la responsabilité clinique après l'admission d'un jeune, ainsi que l'absence fréquente d'une évaluation préalable des risques et des mesures de protection, constituent également des motifs d'inquiétude.

17.10 Ces problématiques nécessitent une approche globale et coordonnée. Le rapport intermédiaire de l'Examen a conclu qu'un modèle de prise en charge entièrement repensé était indispensable. Dans cette optique, une évaluation des différentes options de service a été menée avec les parties prenantes afin :

- d'augmenter la capacité de prise en charge, tant au niveau des services spécialisés (tertiaires) que des services de proximité (secondaires), et permettre une évaluation précoce du patient dès le début de son parcours ;

- d'adopter une approche élargie, intégrant à la fois la pédiatrie et la santé mentale ;
- de s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire capable d'avoir une vision globale du bien-être des enfants et des jeunes ;
- de former un plus grand nombre de professionnels de santé à l'accompagnement des jeunes questionnant leur genre, afin de diffuser les connaissances et d'améliorer l'accessibilité des soins à travers l'ensemble du système.

17.11 L'Examen a également pris en compte les aspects pratiques :

- assurer des soins au plus près du domicile des patients ;
- rendre les postes attractifs pour le recrutement et mobiliser un large éventail de compétences,
- veiller à ce que le recrutement dans les centres spécialisés ne fragilise pas les services locaux.

17.12 En juillet 2022, l'Examen a adressé au NHS England une lettre détaillant les recommandations du rapport intermédiaire (Annexe 6). Ce courrier exposait les principes d'un modèle de soins régionalisé et en réseau, garantissant à ces enfants et adolescents une prise en charge globale et adaptée, à chaque niveau du NHS.

17.13 Le nouveau service régionalisé du NHS pour les jeunes en questionnement de genre vise à proposer une prise en charge globale, centrée sur le patient et sa famille. L'objectif est d'accompagner les jeunes qui s'interrogent sur leur identité de genre ou qui souffrent de dysphorie de genre, en les orientant vers le parcours de soins le plus adapté à leur situation individuelle.

Service temporaire du NHS England – Mise en place des prestataires de la Phase 1

17.14 Depuis le rapport intermédiaire de l'Examen, le NHS England a pris des mesures pour augmenter la capacité et gérer la fermeture du GIDS, en établissant deux nouveaux services

nationaux en réseau, dirigés par des hôpitaux spécialisés pour enfants. Il s'agit de la première étape dans la mise en place d'un réseau de services régionaux à travers le pays au cours des prochaines années.

17.15 Ces prestataires de la Phase 1 auront la responsabilité clinique de prendre en charge les enfants et les jeunes figurant sur la liste d'attente nationale, tout en assurant la continuité des soins pour les patients actuellement suivis par le GIDS lors du transfert, dans le cadre d'une transition encadrée du service.

17.16 Des retards ont été constatés en raison de la complexité du programme et du défi majeur que représente la création de ce nouveau service. Plutôt qu'un simple transfert du modèle existant vers les prestataires de la Phase 1, il a fallu concevoir et mettre en place une toute nouvelle approche. De plus, le recrutement et la formation d'un personnel clinique qualifié ont été nécessaires pour répondre aux exigences de ce nouveau service.

17.17 L'Examen espérait tirer des enseignements auprès des professionnels prenant en charge les patients au sein des services temporaires, notamment sur les caractéristiques de la population concernée et les parcours de soins les plus adaptés. Toutefois, il a surtout mis en lumière les défis majeurs rencontrés lors de la mise en place du service temporaire. Parmi ces défis figurent l'organisation de la prise en charge des patients déjà suivis, ainsi que le recrutement et la formation du personnel pour ces nouveaux services.

Patients déjà suivis

17.18 L'un des principaux défis dans la mise en place du service temporaire a été le transfert des patients en cours de suivi. Cette transition s'est révélée complexe en raison du manque d'informations sur la population concernée et des attentes des jeunes patients ainsi que de leurs familles ou aidants, qui avaient commencé leur prise en charge sous un modèle clinique différent.

17.19 Bien que des représentants du GIDS aient participé aux échanges concernant cette

problématique, le transfert des informations aux nouveaux prestataires sur les patients en cours de suivi s'est avéré difficile, car les caractéristiques de cette population restent difficiles à définir avec précision. Une situation similaire se présente également pour les patients figurant sur la liste d'attente.

Recrutement et formation

17.20 La réticence des professionnels dans la prise en charge des enfants et des jeunes en questionnement de genre a été soulignée précédemment dans ce rapport. Ceux-ci expliquent que cela découle du manque de preuves solides, de l'absence de directives professionnelles cohérentes et de soutien, ainsi que des risques à long terme associés à une mauvaise évaluation des options de traitement. De plus, des inquiétudes ont été exprimées concernant le risque d'accusations de thérapies de conversion lorsqu'une approche, qui serait considérée comme une pratique clinique normale avec d'autres groupes d'enfants et de jeunes, est adoptée.

17.21 Tout au long de l'Examen, les professionnels travaillant avec cette population ont exprimé des préoccupations sur la façon dont la législation sur les pratiques de conversion pourrait être interprétée et sur les défis pratiques qu'elle pourrait poser pour fournir un soutien professionnel aux jeunes en questionnement de genre. Cela a conduit certains d'entre eux à hésiter à accepter de nouveaux enfants et jeunes pour un suivi.

17.22 Le personnel clinique ne doit pas craindre que l'accomplissement de ses responsabilités professionnelles puisse l'exposer à des risques sur le plan judiciaire. Il est essentiel que des garde-fous robustes soient intégrés à toute législation sur les thérapies de conversion afin de prévenir de tels risques. Cela est fondamental pour renforcer (et non diminuer) la confiance des professionnels travaillant dans ce domaine. Toute ambiguïté pourrait non seulement nuire à ces jeunes, mais aussi compromettre leur prise en charge.

17.23 Les professionnels travaillent dans un environnement hautement émotionnel et politisé.

Cette situation, combinée à des préoccupations sur la faiblesse des preuves disponibles et l'absence de directives claires, a compliqué le recrutement de personnel multidisciplinaire qualifié pour les nouveaux services.

17.24 Pour ces raisons, bien que l'Examen salue la première étape entreprise par le NHS England en vue de mettre en place un modèle régional de soins, il maintient qu'un modèle de soins bien plus décentralisé est nécessaire pour répondre à la demande actuelle et offrir une approche plus adéquate, globale, de proximité et réactive pour ces enfants et jeunes.

17.25 En conséquence, les services ne doivent pas être uniquement situés dans des centres spécialisés. Un modèle de service bien plus large est nécessaire, avec du personnel flexible travaillant sur un territoire régional en partenariat avec des services spécialisés locaux désignés.

Pratiques internationales

17.26 L'Université de York a étudié l'organisation des services dans d'autres systèmes de santé.

17.27 Chacun de ces modèles considère le service de genre de manière isolée. Cependant, les modèles de soins qui offrent un service clinique sur plusieurs sites ont le potentiel de maintenir l'accès géographique aux services tout en améliorant la qualité des soins et en optimisant la gestion des ressources humaines.

Figure 39 : Les différents types de modèles de services pour les soins spécialisés en matière de genre



Équipe pluridisciplinaire pleinement intégrée
Exemple : Pays-Bas



Clinique spécialisée dans le genre à dominante psychologique, avec un service endocrinologique distinct mais en lien étroit
Exemples : UK, Finlande



Clinique de genre à dominante endocrinologique, avec orientation vers des professionnels de santé mentale externes si nécessaire
Exemples : USA, Canada

Remarque : Ces modèles ne constituent que des exemples observés dans divers pays ; toutefois, des variations significatives peuvent également exister à l'intérieur même de chaque système national.

Différents modèles de services au sein du NHS

17.28 Une revue systématique portant sur les modèles de soins de type « service unique à sites multiples » a été publiée par *Public Health England* en 2019, décrivant plusieurs exemples de ce type d'organisation.

17.29 Le service temporaire, structuré autour de deux centres principaux, s'inscrit dans un modèle de soins *specialist centre* : un établissement de 3^e ligne reçoit les patients provenant d'hôpitaux dits « périphériques » situés dans une zone géographique déterminée. Il constitue une étape vers une approche fondée sur un *Clinical network*.

17.30 Le *Specialist outreach* désigne une organisation dans laquelle des professionnels d'un centre spécialisé se déplacent vers des structures

de 2^e ligne pour proposer un accompagnement entre pairs, des conseils cliniques et/ou des soins aux patients. De nombreuses spécialités, tant en pédiatrie qu'en médecine pour adultes, fonctionnent selon ce modèle. Le GIDS l'a adopté en organisant des équipes mobiles dans plusieurs régions du Royaume-Uni.

17.31 Le *Clinical network* décrit une structure dans laquelle un centre spécialisé assure les traitements les plus pointus pour les patients d'une zone définie, tandis que les hôpitaux périphériques prennent en charge l'évaluation initiale, les diagnostics et une partie du suivi médical avant de diriger le patient vers le centre spécialisé. C'est ce modèle qu'a retenu le NHS England dans le cadre de sa consultation sur les services temporaires : les professionnels des soins secondaires réalisent l'évaluation initiale avant d'orienter le patient aux centres spécialisés.

Figure 40 : Cadre descriptif présentant différents types de modèles de soins

| | |
|---------------------|--|
| Multi-site System | <ul style="list-style-type: none"> • Coordination centrale forte • Structures de gouvernance partagées |
| Clinical Network+ | <ul style="list-style-type: none"> • Tous les sites cliniques maintiennent une activité de soins • Certains aspects des soins sont assurés par le réseau |
| Clinical Network | <ul style="list-style-type: none"> • Les hôpitaux satellites assurent les diagnostics et certains traitements • Un petit nombre de centres propose les traitements spécialisés |
| Specialist outreach | <ul style="list-style-type: none"> • Des professionnels se déplacent depuis le centre spécialisé vers des unités satellites |
| Specialist Centre | <ul style="list-style-type: none"> • Les structures satellites assurent uniquement l'évaluation et l'orientation • Existence d'un parcours de référence commun |

Source : *Public Health England* (Octobre 2019)

17.32 Le modèle *Clinical network plus* désigne un réseau dans lequel tous les sites proposent les mêmes traitements aux patients, mais certains aspects des soins sont concentrés dans un plus petit nombre de sites, à certains moments. Dans ce type de modèle, certains services secondaires jouent un rôle intermédiaire entre les soins primaires et tertiaires, en offrant un niveau de prise en charge supplémentaire grâce à des équipes renforcées et des formations spécifiques - un peu comme les différents niveaux de soins en néonatalogie.

17.33 Le modèle *Multi-site system* correspond à une organisation dans laquelle tous les sites cliniques assurent le même niveau de soins, en s'appuyant sur des protocoles de traitement communs, des politiques cliniques partagées et une gouvernance unifiée.

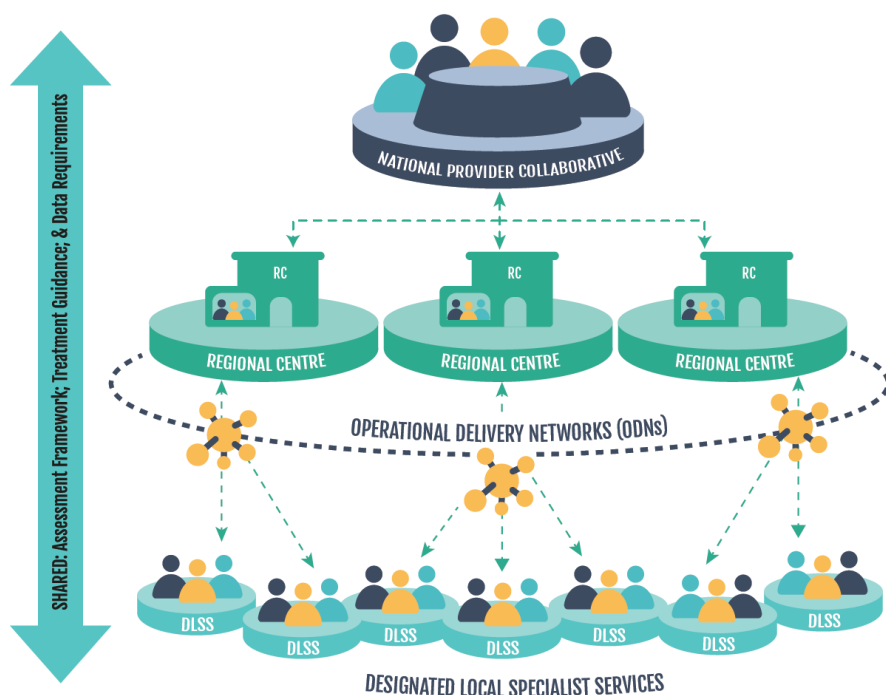
17.34 Ces deux modèles - *Clinical network plus* et *Multi-site system* - sont les plus proches de celui proposé par l'Examen, car :

- ils permettent une meilleure continuité des soins, plus proche du domicile, et ils donnent la possibilité aux enfants et adolescents d'évoluer à leur propre rythme entre les différentes composantes du service ;
- le nombre de professionnels pouvant répondre aux besoins de cette population - ainsi qu'à ceux d'autres jeunes aux besoins complexes - est limité. Il est donc essentiel de développer des partenariats avec les services locaux, afin de mutualiser les effectifs sans déstabiliser les structures existantes.

17.35 Sans cette approche, les difficultés de recrutement déjà rencontrées par le GIDS et les prestataires de la Phase 1 risquent de perdurer.

18. Un nouveau modèle de services liés au genre pour les enfants et les adolescents

Figure 41 : Modèle de service proposé



Fonctions

- Normes cliniques
- Normes éducatives
- Recherche clinique
- Données nationales & audits
- Décisions cliniques sur le parcours médical

- Évaluation spécialisée
- Traitement et suivi thérapeutique régulier
- Gestion du *Operational Delivery Network* (ODN) pour la région
- Formation et éducation pour l'ODN
- Consultation auprès des *Designated Local Specialist Services* (DLSS)

- Évaluation
- Suivi thérapeutique régulier dans le cadre d'un dispositif de soins partagés avec les Centres Régionaux.

« Centres Régionaux »

18.1 Bien que le nombre d'enfants et d'adolescents s'adressant au NHS pour des questions liées au genre soit en augmentation, il demeure relativement faible. Certains d'entre eux continueront toutefois à nécessiter des soins spécialisés (de 3^e ligne).

18.2 Les Centres Régionaux joueront un rôle central dans la mise en œuvre des nouveaux services. Ils seront chargés de gérer la file de patients nécessitant un soutien concernant leur identité de genre, et assumeront la responsabilité de l'évaluation et du traitement des cas les plus complexes nécessitant des soins plus spécialisés. Ils travailleront dans leur région au sein d'un *Operational Delivery Network*, ODN [Réseau opérationnel de prestation], tout en apportant un appui en matière de conseil et de formation aux professionnels de proximité.

18.3 L'Examen recommande que ces centres soient implantés dans des établissements disposant déjà d'une expertise en soins pédiatriques spécialisés, capables d'offrir ou de coordonner un large éventail de services adaptés aux besoins variés de ces jeunes. Parmi les services essentiels à intégrer figurent notamment : des services de santé mentale, des services dédiés aux enfants et jeunes autistes ou ayant d'autres troubles du neurodéveloppement, ainsi que l'accès à des services en endocrinologie et en fertilité, lorsque cela est pertinent dans le cadre d'une prise en charge médicale.

18.4 Il sera également essentiel que les Centres Régionaux disposent de fonctions de recherche et en formation, afin ces dimensions soient pleinement inscrites dans l'organisation et la mise en œuvre des soins.

« Services de proximité spécialisés désignés » (*Designated Local Specialist Services, DLSS*)

18.5 Selon l'Examen, une grande partie de l'évaluation décrite dans la Partie 4 pourrait être réalisée plus localement par des services de soins secondaires. Cependant, tous les services de proximité n'ont pas nécessairement les moyens, les compétences ou la volonté pour prendre en charge ce public, d'autant plus que les « Services de santé mentale pour enfants et adolescents » (CAMHS) sont déjà fortement sollicités, avec des critères d'admission très élevés.

18.6 Il est donc recommandé d'identifier, dans un premier temps, un nombre restreint de services du secondaire au sein des CAMHS et de la pédiatrie, pour remplir le rôle de *Designated Local Specialist Services, DLSS* [Services de proximité spécialisés désignés] dans chaque territoire. Cela permettrait d'élargir les ressources humaines disponibles grâce à une équipe pluridisciplinaire et mobile, répartie entre les DLSS et le Centre Régional, tout en facilitant la mise en place de formations ciblées et de montées en compétence.

18.7 Cette articulation entre services pédiatriques et services de santé mentale constitue un changement fondamental par rapport au modèle actuel. Afin de répondre aux besoins variés de cette population, ces services devront avoir une expérience avérée dans la prise en charge des enfants, des adolescents et des jeunes présentant des besoins complexes, tout en assurant un accès à un accompagnement en santé mentale. Des médecins généralistes ayant une expertise particulière en santé des adolescents pourraient également faire partie de ces équipes.

18.8 Dans un premier temps, l'Examen recommande que les Centres Régionaux s'appuient sur les partenariats existants afin de mettre en place rapidement cette organisation, avec un financement adapté. Des conventions entre les Centres Régionaux et les DLSS sont également préconisées afin de garantir une plus grande flexibilité dans l'organisation des équipes.

18.9 Plusieurs hôpitaux pédiatriques proposent des services de proximité en pédiatrie et/ou santé mentale. Par exemple, l'*Alder Hey Children's NHS Foundation Trust* dispense à la fois des services pédiatriques de soins urgents, des services pédiatriques et de santé mentale pour sa population locale d'enfants et de jeunes. Les services en santé mentale incluent : un CAMHS, un « Service communautaire des troubles alimentaires », un « Service de soins en crise 24/7 y compris le service de traitement à domicile », un « Service de santé mentale en milieu scolaire, une « Équipe de soutien renforcé » et une « Unité régionale d'hospitalisation pédiatrique de niveau 4 » (*Sunflower House*). Ces services sont intégrés aux soins communautaires et neurodéveloppementaux en pédiatrie, incluant l'évaluation et le diagnostic des troubles du spectre de l'autisme (TSA) et du TDAH. Cela permet d'adopter une approche globale et coordonnée, répondant aussi bien aux besoins physiques qu'émotionnels des enfants et des jeunes.

18.10 L'Examen a rencontré des professionnels travaillant dans des services conçus pour répondre à un large éventail de besoins en matière de santé et de bien-être des adolescents. Par exemple, le *Well Centre*, un service dirigé par des médecins généralistes à Lambeth, Londres, et la *Onward Clinic du Brandon Centre*, un service communautaire avec des soins du secondaire, situé à Kentish Town, Londres.

18.11 Ces centres proposent une offre de services variée pour aider les jeunes à surmonter leurs défis psychologiques et sociaux. Ils offrent un suivi en santé mentale ainsi qu'en bien-être physique et émotionnel, grâce à l'intervention de médecins généralistes, de praticiens dans le domaine de la santé mentale et du bien-être. Des travailleurs sociaux sont également présents pour accompagner les jeunes tout au long de leur parcours de soins.

18.12 Les Centres Régionaux ont l'opportunité de s'associer avec ces types de services afin de réaliser une évaluation globale des besoins et de proposer certains parcours de soins qui pourraient être identifiés grâce à la synthèse clinique et le projet de soins individualisé. Ces services peuvent

également proposer un soutien parental et un accompagnement plus large pour la famille.

18.13 L'élargissement de tels modèles pourrait non seulement venir en aide à cette population de jeunes, mais également à un plus grand nombre d'enfants et de jeunes qui sollicitent les services du NHS, la question du genre étant l'un des éléments des besoins pris en charge. À l'avenir, il pourrait être envisagé d'y intégrer les soins physiques à long terme comme le dépistage et les besoins de santé publique de cette population dans un cadre communautaire.

18.14 Il existe un fort potentiel pour l'innovation locale et les partenariats avec le secteur associatif dans le développement de ces services, au sein de différentes structures. Le *Yellow Door - Gender Identity Therapy Service*, par exemple, est un service du secteur associatif basé à Southampton et financé par le NHS, vise à offrir un espace sécurisé pour les enfants et jeunes confrontés à la confusion, la détresse ou des difficultés relationnelles liées au genre.

18.15 L'offre du NHS pour les jeunes nécessite un développement des services et des ressources humaines, ainsi qu'un investissement supplémentaire et durable. Il existe une possibilité d'intégrer l'investissement et le développement des services liés au genre dans le *NHS Long Term Plan* (2019), en vue de créer une offre de services plus étendue dédiée aux adolescents. Ce processus devrait inclure l'intégration des services de santé, d'aide sociale et d'autres secteurs, en particulier pour les jeunes ayant des besoins complexes et/ou multiples.

« Réseau opérationnel de prestation » (*Operational Delivery Network, ODN*)

18.16 Chaque Centre Régional devrait disposer d'un *Operational Delivery Network, ODN*. Les ODN regroupent des représentants du Centre Régional, des DLSS et des structures concernées comme les services sociaux et établissements scolaires. L'ODN doit établir des accords de soins partagés avec les DLSS pour garantir à cette population un suivi et un traitement appropriés, aussi proches que possible de leur domicile.

18.17 Un Conseil de l'ODN devrait être instauré avec une responsabilité formelle de gouvernance pour les enfants et les jeunes de la région. L'ODN est une structure créée par le NHS England (*NHS Commissioning Board*, 2012). Son rôle est :

- d'assurer un parcours de soins fluide entre les prestataires concernés, avec une coordination des services ;
- d'adopter une approche de prestation collaborative et systémique, garantissant des services sûrs et efficaces tout au long du parcours du patient ;
- de renforcer l'implication inter-organisations et inter-professionnel pour améliorer les parcours de soins ;
- de permettre le développement de directives cohérentes pour les prestataires et l'amélioration des critères de qualité, garantissant une expérience cohérente pour le patient et sa famille ;
- de se concentrer sur la qualité et l'efficacité à travers la facilitation de l'évaluation comparative et de l'audit des services, avec la mise en œuvre des améliorations nécessaires ;
- de jouer un rôle clé dans l'assurance de la qualité auprès des prestataires et des commissaires, ainsi que dans la coordination des ressources des prestataires pour obtenir les meilleurs résultats pour les patients dans de vastes zones géographiques.

18.18 En ce qui concerne cette population spécifique, le Conseil de l'ODN devra :

- soutenir la planification des capacités et le suivi des activités grâce à une prévision collaborative de la demande et à l'adéquation entre l'offre et la demande ;
- s'assurer que les DLSS respectent les exigences et les normes de collecte de données établies par le *National Provider Collaborative* [Groupement National de Prestataires] ;
- créer des sous-groupes pour gérer les fonctions administratives relatives aux données, aux orientations et à la supervision de la formation

continue et du développement professionnel continu (DPC).

18.19 Cette approche devrait garantir une gestion du risque clinique au niveau local, et faciliter l'accès aux services de proximité et leur intégration. Les dispositifs de soins partagés exigeront que les organisations utilisent le même système de dossiers pour permettre un travail coordonné.

« Groupement National de Prestataires » (*National Provider Collaborative, NPC*)

18.20 Les Centres Régionaux devront se regrouper pour former un *National Provider Collaborative* (NPC) afin de garantir le maintien des normes de soins et de l'équité d'accès. Ce rôle de gouvernance sera essentiel au succès du modèle et devra inclure les fonctions suivantes :

- le développement de normes partagées, de procédures opérationnelles et de protocoles cliniques, par exemple pour l'évaluation et le traitement ;
- la mise à jour du cadre d'évaluation en fonction des données probantes émergentes, des audits et de l'amélioration de la qualité ;
- le développement de critères d'orientation clairs et de procédures d'admission pour garantir un accès équitable aux services ;
- un forum de discussion des cas complexes et de toutes les décisions relatives aux soins médicaux (une équipe multidisciplinaire nationale), reprenant à terme le rôle du *Multi Professional Review Group* (MPRG) ;
- un forum d'éthique pour les cas où il existe une incertitude ou un désaccord sur l'intérêt supérieur du patient ou les soins appropriés ;
- un processus de revue par les pairs entre les Centres Régionaux ;
- le développement d'un programme continu de développement professionnel continu (DPC) pour le personnel à tous les niveaux, ainsi que des normes éducatives pour les praticiens au sein des différents niveaux de prestation de services ;

- la compilation des données nationales et la conduite d'audits nationaux ;
- le développement d'un programme d'amélioration de la qualité pour garantir l'évolution des meilleures pratiques ;
- l'évaluation des besoins en matière de recherche ;
- la recherche continue dans les domaines où les preuves sont insuffisantes.

18.21 Le Groupement National de Prestataires devrait être composé des professionnels de santé et chercheurs de l'ensemble des Centres Régionaux, ainsi que de tout expert externe jugé nécessaire à ses travaux. Cela nécessitera des ressources pour un secrétariat et du temps alloué dans les fonctions professionnelles pour assumer les responsabilités.

Résumé - Modèle de service

18.22 L'objectif est que, quel que soit l'endroit où le jeune est pris en charge, il bénéficie des mêmes standards élevés de soins fondés sur les preuves et d'une meilleure information sur laquelle fonder ses décisions, évitant ainsi ce qu'on appelle la « loterie du code postal ».

18.23 Le nouveau modèle de service proposé, avec ses structures de réseau formalisées aux niveaux national et régional et un nombre accru de prestataires, devrait permettre une meilleure prise en charge et une gestion des risques à différents niveaux selon les besoins, réduisant les délais d'attente pour les soins spécialisés..

18.24 Ce modèle devrait également permettre une meilleure coordination entre les différents services pour enfants et faciliter l'accès précoce aux services de proximité selon des parcours flexibles qui répondent mieux aux besoins individuels des enfants et des jeunes. Dans l'ensemble, ce modèle devrait améliorer l'expérience de soins des enfants et des jeunes qui s'interrogent sur leur identité de genre.

18.25 Les nouveaux prestataires de ces services devraient rapidement développer leurs réseaux ODN et DLSS, en s'appuyant dans un premier temps sur les relations existantes avec les services ayant la capacité, les compétences et l'intérêt pour soutenir cette cohorte, afin de mettre en place ce niveau essentiel de prestation de services plus rapidement.

18.26 Cette approche servirait de tremplin pour, à terme, renforcer les compétences de l'ensemble des services de niveau secondaire afin qu'ils puissent assurer l'évaluation et le suivi psychologique de ces enfants et jeunes, les interventions médicales restant au niveau tertiaire.

Recommandation 11

Le NHS England et les prestataires de services devraient s'employer à développer les réseaux de services régionaux multi-sites aussi rapidement que possible. Cela pourrait reposer sur un modèle de prestataire principal, dans lequel le NHS England délègue la responsabilité de financement aux services régionaux pour qu'ils sous-traitent localement auprès des prestataires de leur région.

Recommandation 12

Le *National Provider Collaborative* devrait être mis en place sans délais.

Effectifs

18.27 L'Examen reconnaît que les pénuries d'effectifs constituent l'un des aspects les plus difficiles de la mise en œuvre de ce service.

18.28 Dans le modèle de soins actuel, la grande majorité des enfants et des jeunes qui s'interrogent sur leur genre et qui sollicitent l'aide du NHS ont été orientés vers des effectifs hautement spécialisés travaillant exclusivement dans le domaine des soins de genre. Un nombre plus restreint est pris en charge avec succès dans des services CAMHS locaux ou des services pédiatriques. Cette approche a eu la conséquence involontaire de réduire les compétences du reste des effectifs et de générer des listes d'attente d'une longueur ingérable.

18.29 Compte tenu du nombre croissant de jeunes présentant une diversité de genre ou s'interrogeant sur leur genre, il est important que l'ensemble du personnel clinique soit en mesure de les soutenir dans divers contextes au sein du NHS. Il est tout aussi important que les professionnels impliqués dans leur suivi disposent de compétences larges en matière de santé physique et mentale des adolescents, afin que les jeunes soient pris en charge de manière globale et non uniquement sur la base de leur expression de genre.

18.30 La plupart des directives internationales préconisent l'implication d'une équipe pluridisciplinaire dans l'évaluation et les soins. La composition exacte de l'équipe varie selon les directives, mais la présence de professionnels de santé mentale, au sein de l'équipe spécialisée et/ou des équipes de proximité, est un point commun à toutes.

18.31 Conformément aux pratiques internationales, les Centres Régionaux devront disposer d'effectifs pluridisciplinaires larges. Les compétences des personnes travaillant au sein du service doivent refléter les besoins de ce groupe hétérogène, et le service doit inclure la combinaison de compétences appropriée pour soutenir à la fois les personnes nécessitant une intervention médicale et celles qui n'en ont pas besoin.

18.32 Ces effectifs devraient comprendre des pédiatres, des psychiatres, des psychologues, des psychothérapeutes, des infirmiers spécialisés, des travailleurs sociaux, des thérapeutes familiaux, des spécialistes de l'autisme et d'autres troubles du neurodéveloppement, des orthophonistes, des ergothérapeutes et, pour le sous-groupe pour lequel un traitement médical pourrait être envisagé, des endocrinologues et des spécialistes de la fertilité. L'accompagnement social devrait également être intégré, tout comme une expertise en matière de protection de l'enfance et de soutien aux enfants placés et aux enfants ayant subi des traumatismes.

18.33 Le rôle des professionnels de la pédiatrie et de la santé mentale dans ce domaine est bien reconnu, mais celui des professions paramédicales est sous-estimé. Les orthophonistes sont particulièrement importants étant donné qu'une grande partie de cette population a un TND ou présente d'autres besoins en matière de communication. Le dépistage de ces problèmes et/ou les conseils sur l'accessibilité des informations écrites et verbales pour le consentement sont essentiels. Certains jeunes peuvent avoir besoin d'un accompagnement orthophonique spécifique.

18.34 Ce groupe de jeunes peut également avoir besoin d'un suivi en ergothérapie, par rapport à un éventuel TND ou des spécificités sensorielles, mais aussi parce qu'ils peuvent rencontrer un large éventail d'obstacles à la participation en milieu scolaire ou dans d'autres contextes entre pairs, nécessitant une évaluation et des conseils.

18.35 Le personnel devrait maintenir une vision clinique large en travaillant au sein de services non spécialisés en genre au sein du centre tertiaire, et en tant que groupe de personnel multi-sites entre les centres tertiaires et secondaires, afin d'intégrer la prise en charge des enfants et des jeunes présentant une détresse liée au genre dans un contexte plus large de santé de l'enfant et de l'adolescent. Cela présente l'avantage supplémentaire de ne pas déstabiliser les services existants, de soutenir la continuité et les liens, et de partager expertise et connaissances.

18.36 Il s'agit d'un domaine de travail particulièrement difficile, complexe et émotionnellement éprouvant. Les personnes travaillant avec ce groupe devraient bénéficier d'une supervision professionnelle et d'un soutien leur permettant d'explorer leur propre approche et les émotions qu'elles peuvent ressentir. Des processus formels de signalement des préoccupations en dehors de la supervision immédiate devraient être mis en place. Cela devrait favoriser la cohérence des approches et améliorer la fidélisation des effectifs.

18.37 Le Groupement National de Prestataires devrait également envisager d'organiser des forums structurés où l'ensemble du personnel, clinique et non clinique, se réunit régulièrement pour discuter des aspects émotionnels et sociaux du travail au sein du service, offrant ainsi au personnel un espace sécurisé pour soulever des questions.

Recommandation 13

Afin d'élargir les effectifs disponibles et de maintenir une vision clinique globale, des contrats conjoints devraient être utilisés pour permettre au personnel de travailler à travers le réseau et au sein de différents services.

Recommandation 14

Le NHS England, par le biais de sa fonction de Formation et d'Éducation des Effectifs, doit veiller à ce que les besoins de ce domaine de service soient intégrés dans la planification globale des effectifs pour les services destinés aux adolescents.

Formation et éducation

18.38 Au cours de l'Examen, il est apparu clairement un manque général de confiance parmi les effectifs au sens large pour s'engager auprès des enfants et adolescents qui s'interrogent sur leur genre. De nombreux professionnels travaillant avec des enfants et des jeunes de manière générale disposent de compétences et d'une expertise transférables, mais il est nécessaire que l'ensemble des professionnels du NHS reçoivent une meilleure formation sur la façon de travailler avec tact et bienveillance et de manière efficace avec les jeunes trans, non-binaires et ceux qui s'interrogent sur leur genre.

18.39 Les professionnels travaillant avec des enfants, des jeunes et des familles/aidants devront avoir les compétences nécessaires pour engager efficacement des familles/aidants issus de milieux très divers, et être informés et conscients de l'éventail des priorités que les jeunes et leurs parents/aidants peuvent présenter aux services.

18.40 Les jeunes ont indiqué à l'Examen qu'ils souhaitent que les professionnels les écoutent, respectent ce qu'ils ressentent et les aident à se repérer parmi leurs émotions et les options possibles. Ils attendent des professionnels qu'ils fassent preuve de compassion, de

compréhension, et qu'ils les traitent comme des individus à part entière.

18.41 Les programmes de formation devraient s'inspirer des pratiques d'autres domaines de service (par exemple, la protection de l'enfance), où les niveaux de compétence et les besoins en formation dépendent du groupe de personnel et du domaine clinique.

18.42 En outre, les prestataires devraient travailler avec les financeurs pour concrétiser l'engagement du NHS *Long Term Workforce Plan* selon lequel : « Une formation spécialisée supplémentaire en dysphorie de genre sera dispensée pour répondre à la pénurie de personnel dans ce service spécialisé ; nous sensibiliserons l'ensemble des effectifs à ce groupe de patients et accompagnerons les professionnels de santé pour orienter et soutenir les patients » (NHS England, 2023).

18.43 Une approche efficace consisterait à créer un consortium regroupant les *Medical Royal Colleges* concernés, des groupes d'intérêt spécialisés et d'autres organismes professionnels, notamment :

- *Association of Clinical Psychologists* ;
- *Association of Psychotherapists* ;
- *Royal College of Speech and Language Therapists* ;
- *Royal College of Occupational Therapists* ;
- *British Association of Social Workers*.

18.44 Le consortium devrait élaborer un référentiel commun de compétences applicable à l'ensemble du personnel clinique et du travail social intervenant dans ce domaine à différents niveaux du système. Celui-ci devrait inclure des compétences générales en matière de soins aux adolescents, ainsi que les aspects plus spécifiques liés aux soins de genre.

18.45 Les organisations professionnelles individuelles devraient déterminer quelles compétences transférables sont déjà intégrées dans les programmes de formation de leurs groupes de personnel et identifier les lacunes.

18.46 Le consortium devrait ensuite élaborer un programme couvrant les sujets jugés absents des programmes et curricula de formation existants, et nécessaires pour le Développement Professionnel Continu (DPC) et la certification des personnes travaillant dans ce domaine.

18.47 Les supports de formation développés par MindEd et les supports d'intégration développés pour les prestataires de Phase 1 constitueront des points de départ utiles pour ce travail (MindEd, 2023).

18.48 Le Groupement National de Prestataires aura la responsabilité de collaborer avec le consortium de formation et de veiller à ce que les nouvelles données probantes et pratiques soient intégrées dans les supports pédagogiques.

18.49 En plus du développement de ressources de formation nationales, le Groupement National de Prestataires et les Centres Régionaux/ODNs individuels auront la responsabilité d'assurer un programme de DPC comprenant des présentations de cas, des recherches actualisées et d'autres méthodes d'apprentissage partagé, comme dans toutes les autres spécialités.

18.50 Les usagers des services et les familles ont indiqué à l'Examen qu'il n'existe pas de source d'information unique et fiable disponible auprès du NHS. Le Groupement National de Prestataires devrait s'employer à développer des informations régulièrement mises à jour à destination des usagers, des familles et d'autres organismes tels que les écoles et les services de protection sociale.

Recommandation 15

Le NHS England devrait mandater un organisme référent pour établir un consortium de corps professionnels concernés afin de :

- développer un référentiel de compétences ;
- identifier les lacunes dans les programmes de formation professionnelle ;
- développer un ensemble de supports de formation pour compléter les compétences professionnelles, adaptés au domaine clinique et au niveau concernés. Cela devrait inclure un module sur le cadre d'évaluation global et l'approche de synthèse clinique et de planification des soins.

Recommandation 16

Le *National Provider Collaborative* devrait coordonner le développement d'informations et de ressources basées sur des preuves destinées aux jeunes, aux parents et aux aidants. Il serait pertinent d'envisager la création d'une ressource en ligne centralisée au sein du NHS.

Amélioration des services

18.51 Comme indiqué dans le rapport intérimaire, la collecte systématique et cohérente de données sur les résultats des traitements est au cœur de toute amélioration des services.

18.52 Tout au long de l'Examen, il est apparu une incapacité à collecter de manière fiable les données et informations les plus élémentaires de façon cohérente et exhaustive ; les données n'ont souvent pas été partagées ou étaient indisponibles. Cela a entraîné des difficultés pour comprendre la cohorte de patients, les orientations et les résultats, ce qui a entravé les travaux de

l'Examen. Plus important encore, cela a nui à la capacité des jeunes et de leurs familles à prendre des décisions éclairées.

18.53 Une évolution des mentalités est nécessaire, avec un *leadership* actif soutenant l'ensemble des prestataires dans l'adoption d'une démarche d'apprentissage proactive au sein des nouveaux services.

18.54 Un processus d'amélioration continue des services et de réflexion clinique devrait être mis en place, avec une réflexion sur la façon dont les services devraient évoluer à mesure que la base de preuves s'enrichit et que les parcours de soins sont évalués.

18.55 L'Examen a précédemment recommandé que le Groupement National de Prestataires supervise ce processus, en veillant à ce que des protocoles et des recommandations de traitement nationaux soient en place pour permettre la standardisation et la cohérence des pratiques, notamment en matière de gestion des cas, d'évaluation, de consentement et de protection de l'enfance.

18.56 Les Centres Régionaux devraient veiller à ce que ces normes soient diffusées et mises en œuvre au sein de leurs réseaux, et que les effectifs concernés soient recrutés et formés en fonction du type de suivi, de thérapie ou de traitement dont cette population a besoin.

18.57 Le Groupement National de Prestataires devrait disposer d'une supervision indépendante de l'amélioration de la qualité (par exemple, via une approche mandatée par le *Healthcare Quality Improvement Partnership*) afin de garantir les standards les plus élevés possibles en matière de gestion et d'utilisation des données. Les Centres Régionaux devraient également disposer de structures de supervision et de *reporting* pour surveiller la qualité et l'amélioration au sein de leurs réseaux.

18.58 Il reste nécessaire de collecter un socle commun de données pour alimenter l'amélioration des services et la recherche, sur le modèle d'approches déjà établies dans d'autres spécialités ; par exemple, *PICANet - Paediatric Intensive*

Care Audit Network pour le Royaume-Uni et l'Irlande en soins intensifs pédiatriques. Cela sera déterminant pour éclairer la pratique clinique actuelle et future pour cette population.

Recommandation 17

Un socle national de données de référence devrait être défini pour les services spécialisés et les Services de Proximité Spécialisés Désignés.

Recommandation 18

L'infrastructure nationale nécessaire devrait être mise en place pour gérer la collecte de données et les audits, et devrait être utilisée pour soutenir l'amélioration continue de la qualité et la recherche dans un environnement d'apprentissage actif.

Capacité de recherche

18.59 Les lacunes dans la base de preuves concernant tous les aspects des soins de genre pour les enfants et les jeunes ont été mises en évidence, depuis l'épidémiologie jusqu'à l'évaluation, le diagnostic, l'accompagnement thérapeutique et le traitement.

18.60 Il est préoccupant de constater à quel point on sait peu de choses sur cette cohorte et ses résultats. Un programme de travail continu est nécessaire pour mieux comprendre la nouvelle composition des cas d'enfants et de jeunes et leurs besoins, ainsi que les impacts à court, moyen et long terme de toutes les interventions cliniques.

18.61 Compte tenu des incertitudes particulières concernant les résultats à long terme des interventions médicales et non médicales, et des lacunes plus larges dans les connaissances dans ce domaine, l'Examen a précédemment recommandé la nécessité de développer une capacité de recherche au sein du réseau national.

18.62 Cette capacité de recherche est nécessaire pour :

- assurer une veille continue de la littérature et son application rapide à la pratique clinique ;
- continuer à identifier les domaines de pratique nécessitant des recherches complémentaires ;
- développer un portefeuille de recherche qui guidera les politiques en matière d'évaluation, de prise en charge des enfants présentant une dysphorie de genre, depuis la 1^{re} consultation jusqu'à la prise en charge sociale, psychologique et médicale appropriée.

18.63 Les questions et protocoles de recherche appropriés devront être élaborés avec la contribution d'un panel d'universitaires, de professionnels, d'usagers des services et de spécialistes en éthique.

18.64 Afin de s'appuyer sur les travaux réalisés par l'Université de York et de maintenir une compréhension actualisée de ce domaine de recherche complexe et en rapide évolution, une revue systématique vivante devrait être envisagée. Cela permettrait une actualisation continue des revues systématiques, intégrant les nouvelles données pertinentes au fur et à mesure de leur disponibilité, afin de guider l'approche des nouveaux services.

18.65 Comme détaillé dans ce rapport, les priorités de recherche devraient inclure l'analyse des caractéristiques de la population et des protocoles de recherche formels sous-tendant les interventions médicales et non médicales, avec un suivi jusqu'à l'âge adulte.

18.66 Sans stratégie et infrastructure de recherche établies, les questions en suspens resteront sans réponse et les lacunes dans les preuves continueront d'être comblées par des opinions et des conjectures.

18.67 Cela est essentiel si le NHS veut fournir des informations et des conseils fiables et transparents pour aider les enfants, les jeunes, leurs parents et leurs aidants à prendre des décisions potentiellement déterminantes pour leur vie.

Recommandation 19

Le NHS England et le *National Institute for Health and Care Research* devraient veiller à ce que l'infrastructure académique et administrative nécessaire pour soutenir un programme de recherche clinique soit intégrée dans les Centres Régionaux.

Recommandation 20

Une stratégie de recherche unifiée devrait être établie dans les Centres Régionaux, coordonnée par le *National Provider Collaborative* [Groupement National de Prestataires] et le *Research Oversight Board* [Comité de Supervision de la Recherche], afin que toutes les données collectées soient utilisées de manière optimale et que les effectifs soient suffisants pour être significatifs.

Recommandation 21

Afin de garantir que les services fonctionnent selon les standards les plus élevés en matière de preuves, le *National Institute for Health and Care Research* devrait mandater une revue systématique évolutive pour guider les pratiques cliniques.

19. Parcours

19.1 Le rapport intermédiaire indique que : « Des critères clairs seront nécessaires pour l'orientation vers les services tout au long du parcours des soins primaires aux soins tertiaires, afin que les enfants et les jeunes qui s'interrogent sur leur genre et qui s'adressent au NHS aient un accès équitable aux services ».

Pratiques internationales

19.2 La revue des directives internationales de l'Université de York (Taylor et al. : Directives 2 : Synthèse) et l'enquête internationale (Hall et al. : Enquête clinique) ont révélé que :

- les pratiques varient concernant l'obligation d'une orientation préalable par les services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Plusieurs cliniques précisent qu'une orientation doit émaner d'un professionnel de santé. La Finlande est unique en ce qu'elle dispose également de critères d'orientation liés aux conditions associées, qui doivent être traitées avant qu'une orientation soit acceptée ;
- le parcours de soins de la plupart des recommandations est similaire, débutant par des soins psychosociaux pour les enfants prépubères, suivis de bloqueurs de puberté puis d'hormones pour les adolescents éligibles ;
- il existe généralement un parcours distinct pour les enfants prépubères, impliquant une évaluation ponctuelle suivie d'une prise en charge de proximité jusqu'à ce qu'ils soient éligibles aux bloqueurs de puberté ;
- le Danemark et la Finlande ont signalé un parcours différent pour les jeunes présentant des préoccupations psychosociales ou une courte histoire de détresse ;
- les conditions de santé mentale associées ou les TND sont généralement prises en charge par d'autres prestataires, et impliquent parfois un processus d'évaluation plus long ;
- l'approche des pays ayant communiqué sur leur prise en charge des personnes non-binaires est généralement prudente, retardant habituellement le traitement jusqu'à l'âge adulte ;

- une seule directive mentionnait le transfert vers les services pour adultes.

Parcours d'orientation actuel

19.3 La pratique habituelle au NHS est que, pour accéder aux soins tertiaires (spécialisés), les patients doivent d'abord être vus par un professionnel de soins secondaires (par exemple, CAMHS, pédiatrie). Si, à la suite d'une évaluation initiale, ce professionnel estimait que le cas était suffisamment complexe ou que la personne répondait aux critères de soins tertiaires (spécialisés), il procédait à une orientation.

19.4 Au début de l'Examen, l'accès au service spécialisé GIDS était inhabituel en ce que le service acceptait des orientations directement des soins primaires (un médecin généraliste) et de professionnels non soignants, notamment des enseignants et des travailleurs sociaux.

19.5 L'audit des notes de sortie du GIDS, réalisé par Arden & Gem CSU au printemps 2023 (Annexe 6), a révélé que 48,6 % des patients orientés vers le GIDS l'avaient été par les CAMHS et 40,68 % par leur médecin généraliste. Parmi les autres orientations, 2,6 % provenaient d'autres prestataires de soins, 3,3 % des autorités locales, 3,1 % du secteur associatif et 1,8 % des écoles.

19.6 Cela a entraîné un certain nombre de problèmes :

- les informations consignées dans les dossiers d'orientation étaient très hétérogènes et manquaient souvent des informations de base dont l'équipe spécialisée aurait eu besoin pour évaluer le patient ;
- des patients qui ne répondraient pas habituellement au seuil d'accès à un service spécialisé y étaient orientés, ce qui allongeait les délais d'attente pour tous, sans moyen de distinguer ceux qui nécessitaient réellement une intervention spécialisée de ceux qui

pouvaient être pris en charge en soins secondaires, voire en soins primaires ou communautaires ;

- une fois orientés, la responsabilité clinique du jeune n'était pas clairement définie ;
- les évaluations habituellement réalisées par un professionnel de soins secondaires (par exemple, évaluation de la protection de l'enfance, évaluation de la santé mentale) n'étaient pas effectuées pour ces jeunes, en particulier ceux orientés par une voie non médicale. Cela signifie un niveau de risque inconnu inhérent à la liste d'attente existante, sans pouvoir identifier les jeunes à risque d'automutilation ou de suicide, ou fragilisés en raison d'une rupture familiale ou d'autres problèmes de protection de l'enfance.

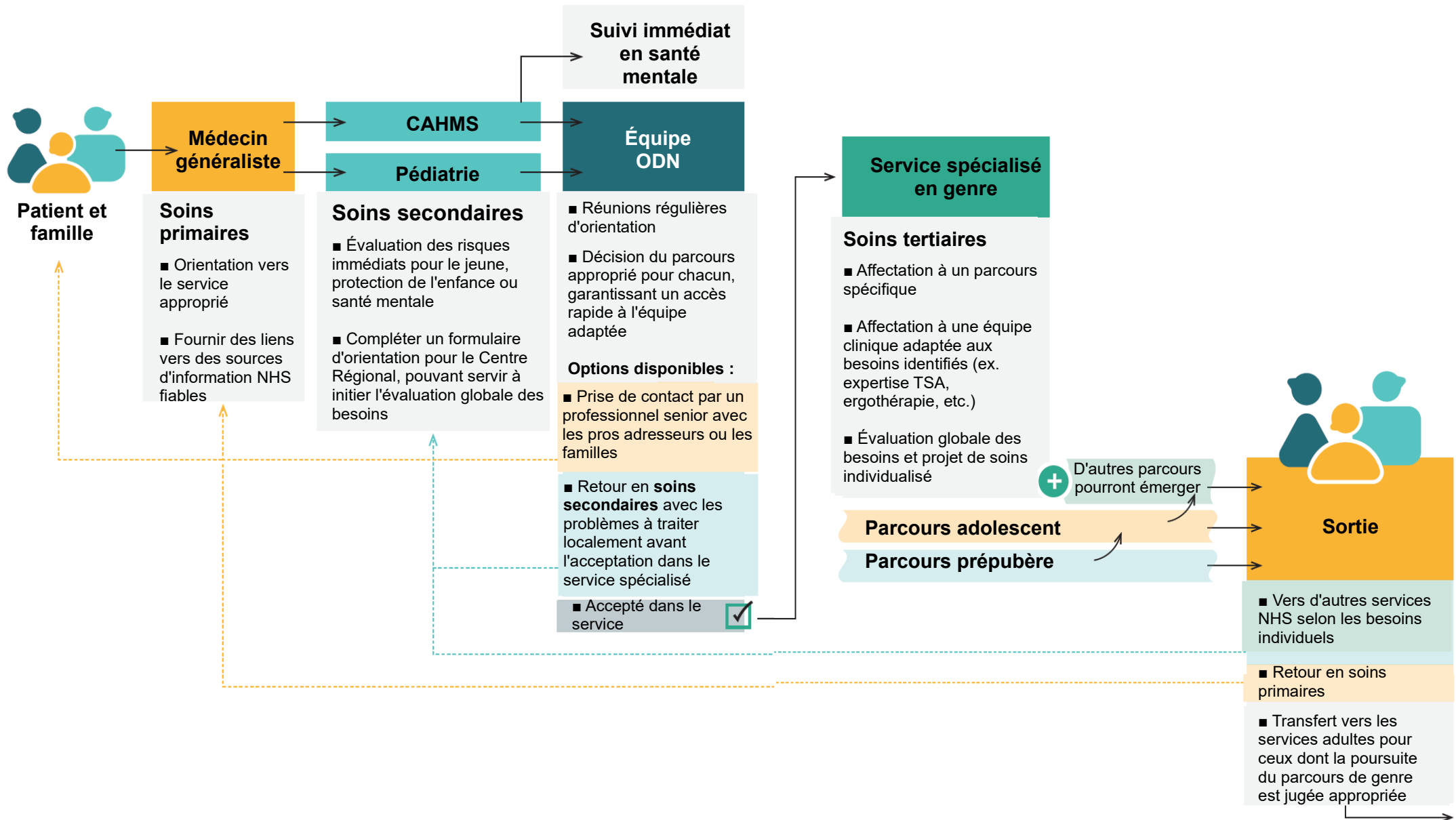
19.7 À la suite du rapport intermédiaire de l'Examen, le NHS England a proposé que les patients soient systématiquement vus en soins secondaires avant d'être orientés vers les Centres Régionaux. L'Examen soutient cette approche pour les raisons suivantes :

- les Centres Régionaux doivent rester concentrés sur les jeunes qu'ils peuvent le mieux soutenir et, comme pour les autres services tertiaires, une évaluation de proximité initiale garantit que les orientations parvenant au centre tertiaire sont appropriées et concernent des personnes dont les besoins ne peuvent pas être satisfaits localement ;
- tout problème immédiat de protection de l'enfance ou de risque pour la santé mentale peut être identifié et pris en charge, avec une responsabilité continue pour cet aspect des soins.

Parcours d'orientation recommandé

19.8 En s'appuyant sur le nouveau modèle de service décrit précédemment, le processus d'orientation serait le suivant :

Figure 42 : Parcours d'orientation



Rôle des soins primaires

19.9 La première consultation doit avoir lieu avec le médecin généraliste, qui procède à une évaluation initiale comme il le ferait pour tout autre adolescent. Il dispose des antécédents médicaux pertinents et du contexte familial.

19.10 S'il estime que le jeune pourrait nécessiter une orientation vers un Centre Régional, il doit d'abord l'orienter vers un service de soins secondaires. Si le jeune rentre dans les critères d'orientation pour les CAMHS, il doit y être orienté, sinon vers la pédiatrie. Cela devrait réduire immédiatement les délais d'attente pour les enfants et les jeunes.

19.11 Le médecin généraliste devrait également partager des sources d'information NHS fiables avec l'enfant ou le jeune. À terme, ces sources seront supervisées par le *National Provider Collaborative* [Groupement National de Prestataires]. En attendant, MindEd (2023) fournit des informations de base pour le personnel de première ligne, les parents et les enseignants.

Rôle des soins secondaires

19.12 Les services de soins secondaires ont pour responsabilité d'évaluer les risques immédiats pour le jeune - protection de l'enfance ou santé mentale. En cas de préoccupations importantes, un plan de prise en charge devra être établi.

19.13 Le service de soins secondaires devra également compléter un formulaire d'orientation pour le Centre Régional, documentant les informations de base : bref historique de l'expression de genre du jeune, antécédents familiaux, conditions associées et liste des autres services ou organismes impliqués dans sa prise en charge.

19.14 Ces informations devraient servir à alimenter le cadre d'évaluation décrit dans la Partie 4, afin d'éviter demander aux jeunes de répéter les mêmes informations.

Rôle des *Operational Delivery Networks* [Réseaux Opérationnels de Prestation]

19.15 L'ODN devrait tenir des réunions régulières de gestion des orientations, réunissant le personnel des soins tertiaires, les DLSS [Services de proximité spécialisés désignés], un coordinateur des données concernant les orientations, et éventuellement des représentants du travail social, de l'éducation et de tout autre membre pertinent à la discrétion de l'ODN.

19.16 Il est essentiel que les informations relatives aux orientations soient collectées dans une base de données centrale afin de mieux comprendre les caractéristiques de la population adressée, actuellement mal connue aux niveaux national et international.

19.17 Le groupe de gestion des orientations décidera du parcours de soins approprié pour chaque jeune, en garantissant l'accès le plus rapide à l'équipe adaptée. Cette décision devra être communiquée aux parents. L'ODN devrait adopter une approche de « transparence » entre le centre tertiaire et les DLSS, afin que l'évaluation initiale soit réalisée par l'équipe la plus appropriée, permettant une flexibilité des capacités et des compétences entre les DLSS et l'équipe tertiaire.

19.18 Les options sont les suivantes :

- un professionnel senior peut prendre contact rapidement avec les professionnels adresseurs ou les familles pour obtenir les informations nécessaires à la décision d'orientation ;
- orientation vers les soins secondaires avec des conseils sur les problèmes à traiter avant que le jeune puisse être reçu dans le service spécialisé ;
- acceptation dans le service spécialisé.

19.19 Ce changement devrait garantir une intégration appropriée des jeunes dans le système de santé et clarifier la responsabilité du NHS dans leur prise en charge, y compris pendant la liste d'attente. Cela nécessitera de mieux informer les professionnels adresseurs afin que l'ensemble du système de santé comprenne mieux les besoins de cette population.

Parcours au sein du service

19.20 Les échanges avec les professionnels ont souligné l'importance de différencier les sous-groupes au sein de la population orientée pouvant être à risque et/ou nécessitant une évaluation ou une intervention plus urgente ; il peut également exister des sous-groupes pour lesquels des conseils précoces aux parents ou au personnel scolaire constituent une première étape plus appropriée.

19.21 Si l'enfant ou le jeune est accepté dans le service spécialisé, il devrait :

- être affecté à un parcours spécifique au sein du service (par exemple, parcours prépubère ou parcours adolescent, d'autres parcours spécifiques pouvant émerger avec le temps) ;
- être affecté à une équipe clinique spécifique au sein des DLSS ou de l'équipe tertiaire, incluant les compétences adaptées aux besoins identifiés (par exemple, expertise TSA, ergothérapie, etc.) ;
- bénéficier d'une évaluation globale des besoins et d'un projet de soins individualisé.

19.22 Les enfants et les jeunes devraient pouvoir évoluer de manière flexible entre les différents niveaux du service, selon un modèle gradué à la hausse ou à la baisse, leur permettant ainsi qu'à leurs parents/aidants de prendre des décisions à leur propre rythme sans nécessiter une nouvelle orientation. Cela pourrait réduire le sentiment d'urgence qu'un jeune peut ressentir lors de son premier accès au service.

19.23 Les données probantes actuelles suggèrent que les enfants présentant une incongruence de genre à un jeune âge cessent le plus souvent avant la puberté, bien que pour un petit nombre l'incongruence persiste. Les parents et les familles ont besoin de soutien et de conseils sur la meilleure façon d'accompagner leurs enfants de manière équilibrée et sans jugement.

19.24 En examinant les dossiers proposés pour les bloqueurs de puberté, le MPRG [*Multi-Professional Review Group*] a noté que les enfants ayant effectué une transition sociale précoce et

complète étaient susceptibles d'aborder la puberté dans un état de crainte et d'anxiété en raison de leur vie « en cachette » [vivre en *stealth*]. Aider les parents et les familles à maintenir des options ouvertes et flexibles pour l'enfant, tout en veillant à ce qu'il puisse bien évoluer à l'école et socialement, est un aspect important de la prise en charge, et il ne devrait pas y avoir de limite d'âge inférieure pour accéder à cette aide et ce soutien.

19.25 Il est important de noter que certains enfants de ce groupe qui restent en incongruence de genre à la puberté peuvent bénéficier de bloqueurs de puberté et pourront accéder en temps voulu à la composante spécialisée du service et à l'essai sur les bloqueurs de puberté, s'ils sont déjà suivis par le réseau régional.

Recommandation 22

Chaque réseau régional devrait mettre en place un parcours spécifique dédié aux enfants prépubères et à leur famille. Les services doivent garantir un accès prioritaire à des interventions précoces dispensées par des professionnels qualifiés et expérimentés dans ce domaine.

Sortie du service

19.26 Les enfants et les jeunes accédant aux services de genre peuvent être pris en charge à la sortie comme suit :

- vers d'autres services NHS selon leur projet de soins individualisé ;
- retour en soins primaires ;
- transfert vers les services de genre pour adultes.

Transfert vers les services de genre pour adultes

19.27 Actuellement, les jeunes peuvent être transférés vers les services de genre pour adultes à partir de l'âge de 17 ans. Ces services sont perçus comme assez différents du GIDS, et les jeunes qui y arrivent plus tardivement pourraient

donc ne pas avoir accès aux mêmes soins globaux que ceux décrits dans ce rapport.

19.28 Il existe également des inquiétudes quant à l'impact sur le jeune du changement de professionnels à un moment essentiel de sa prise en charge, en particulier pour ceux présentant un TND, des besoins éducatifs particuliers ou d'autres vulnérabilités.

19.29 L'Examen a évalué les implications plus larges du transfert des services de genre pour enfants et jeunes vers une Clinique de Dysphorie de Genre (GDC) pour adultes, notamment :

- le risque clinique au moment du transfert, incluant une suicidalité accrue, une perte de suivi et des périodes prolongées sous bloqueurs de puberté ;
- le fait que des jeunes atteignent la limite d'âge sur la liste d'attente sans avoir été vus par le service de genre pour enfants et jeunes ;
- les difficultés liées aux listes d'attente dans les services pour adultes de manière générale ;
- la nécessité de données d'audit et de recherche à long terme qui sont actuellement perdues au moment du transfert vers les services pour adultes ;
- les approches adoptées par d'autres services NHS : par exemple, les cardiopathies congénitales de l'adulte, service déjà établi ; les services d'oncologie 0-25 ans, disponibles dans certaines régions ; et les ambitions du NHS *Long Term Plan* (2019).

19.30 Actuellement, un nombre important de jeunes sont transférés du GIDS vers les services pour adultes. Certains auront été suivis par le GIDS, mais un autre groupe ayant atteint 17 ans n'aura pas été vu par le GIDS, bien que leur attente soit comptabilisée dans celle des services pour adultes. Cela allonge les listes d'attente des services pour adultes et désavantage les adultes plus âgés s'adressant au NHS.

19.31 Compte tenu de tous ces éléments, un service continu jusqu'à l'âge de 25 ans supprimerait la nécessité d'un transfert à cette période vulnérable et bénéficierait à la fois à cette population plus jeune et à la population adulte. Cela aurait également l'avantage à long terme d'augmenter la capacité des services pour adultes à travers le pays, à mesure que de nouveaux services de genre sont créés.

19.32 Cela serait cohérent avec d'autres domaines de services de soutien aux jeunes qui évoluent sélectivement vers un service « 0-25 ans » pour améliorer la continuité des soins.

Recommandation 23

Le NHS England devrait veiller à ce que chaque Centre Régional dispose d'un service de suivi pour les 17-25 ans, soit en élargissant le champ du service régional pour enfants et jeunes, soit par des services liés, afin de garantir la continuité des soins à une étape potentiellement vulnérable de leur parcours. Cela permettra également de collecter des données cliniques et de recherche de suivi.

19.33 L'Examen a demandé des données sur les caractéristiques démographiques des demandes vers les GDC pour adultes, et le NHS England a sollicité ces données auprès des cliniques au nom de l'Examen. Les données étaient incomplètes (notamment pour le sexe déclaré à la naissance) mais démontre que la majorité des demandes (environ 70 %) concernaient des personnes de sexe féminin de moins de 25 ans. Cependant, ces données ne portaient que sur les nouvelles demandes et n'incluaient pas les demandes directes de patients du GIDS ayant atteint l'âge de 17 ans. Par conséquent, une estimation prudente situerait les 17-25 ans à environ 75 % des orientations vers les cliniques de genre pour adultes.

Tableau 11 : Demandes reçues et demandes acceptées par les Cliniques de Dysphorie de Genre pour adultes en Angleterre, avril 2023 - juillet 2023

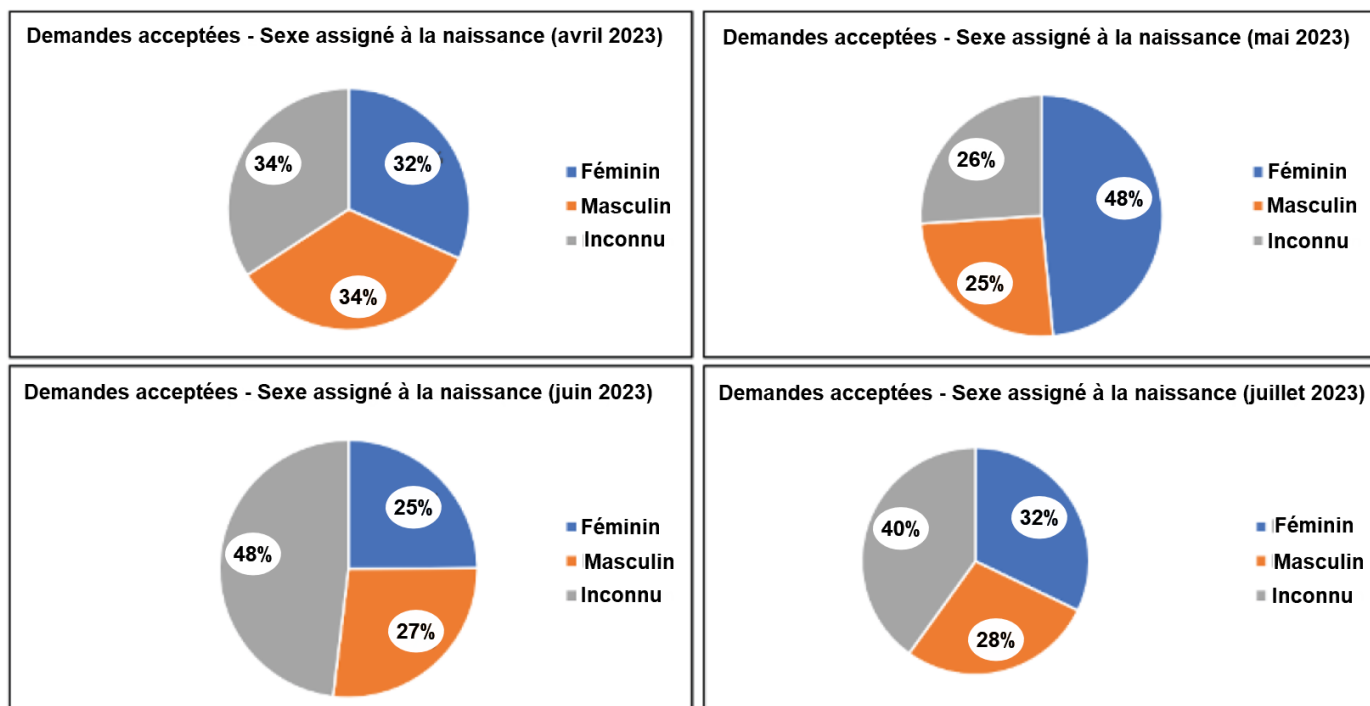
| Demandes reçues (âge des individus) | Avril 2023 | Mai 2023 | Juin 2023 | Juillet 2023 |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| Total < 25 ans | 268 | 621 | 503 | 521 |
| Total 25-49 ans | 133 | 150 | 231 | 218 |
| Total > 50 ans | 21 | 21 | 28 | 38 |
| Total | 422 | 792 | 762 | 777 |

| Demandes acceptées (âge des individus) | Avril 2023 | Mai 2023 | Juin 2023 | Juillet 2023 |
|--|------------|------------|------------|--------------|
| Total < 25 ans | 245 | 603 | 447 | 496 |
| Total 25-49 ans | 125 | 145 | 218 | 213 |
| Total > 50 ans | 23 | 20 | 24 | 37 |
| Total | 393 | 768 | 689 | 746 |

Source : The Gender Identity Development Service Audit Report, Arden & GEM

N.B. : Toutes les données ont été fournies au NHS Arden & GEM CSU par les Cliniques de Dysphorie de Genre pour adultes (GDCs). Avril 2023 était le premier mois où les GDCs ont transmis leurs données d'activité via un nouveau modèle/processus. Les données collectées en avril et mai étaient donc expérimentales et la qualité des données s'est améliorée depuis cette période.

Figure 43 : Demandes reçues et demandes acceptées par les Cliniques de Dysphorie de Genre pour adultes en Angleterre, avril 2023 - juillet 2023



Source : The Gender Identity Development Service Audit Report, Arden & GEM

N.B. : Toutes les données ont été fournies au NHS AGEM CSU par les GDCs. Avril 2023 était le premier mois où les GDCs ont transmis leurs données d'activité via un nouveau modèle/processus. Les données collectées en avril et mai étaient donc expérimentales et la qualité des données s'est améliorée depuis. Aucune donnée n'a été fournie par les GDCs de Northampton, Newcastle, Nottingham ou Exeter concernant les demandes reçues/acceptées (sexe assigné à la naissance).

19.34 Bien que la prise en charge au sein des services de genre pour adultes du NHS soit en dehors du champ de cet Examen, un certain nombre de membres actuels et anciens du personnel des GDC [Cliniques de genre pour adultes] ont contacté l'Examen de manière confidentielle pour faire part de leurs préoccupations concernant leur expérience de travail dans ces services. Leurs expériences couvraient des cliniques dans différentes parties du pays, et l'Examen exposera les principaux points de préoccupation au NHS England. Les messages récurrents sont présentés ci-dessous.

- Les professionnels ont confirmé l'évolution démographique illustrée par les données ci-dessus. Ils ont décrit son évolution entre 2017 et 2019 : d'un groupe d'âges mixtes à majorité masculine à la naissance, la patientèle est passée à 70-80 % de personnes de sexe féminin à la naissance de moins de 25 ans.
- En termes de complexité, les professionnels ont décrit un pourcentage élevé de patients présentant diverses combinaisons de questionnements sur la sexualité, de psychose, de troubles du neurodéveloppement, de traumatismes et de situations de précarité, de problèmes judiciaires et d'un ensemble d'autres conditions non diagnostiquées.
- Les professionnels faisaient face à une pression pour initier un traitement par hormones masculinisantes/féminisantes dès le deuxième rendez-vous
- Les professionnels ont signalé un nombre croissant de personnes ayant détransitionné, décrivant comment elles se déplaçaient souvent entre les cliniques car elles préféraient ne pas retourner dans celle qui les avait initialement traitées.

19.35 À mesure que les services pour enfants et jeunes se développent, une approche stratégique sera nécessaire pour garantir que les services pour adultes tiennent compte des différents besoins de la population et des données probantes émergentes.

Recommandation 24

Compte tenu du fait que l'évolution démographique observée dans les services pour enfants et jeunes se reflète dans un changement des tableaux cliniques dans les services pour adultes, le NHS England devrait envisager d'avancer toute actualisation prévue du cahier des charges des services pour adultes et de revoir le modèle de soins et les procédures opérationnelles.

Détransition

19.36 Les questions liées à la dé/retransition ont été abordées dans la Partie 4 concernant les résultats des interventions médicales et le suivi à long terme. Des services et parcours mieux adaptés sont nécessaires pour ce groupe, dont beaucoup vivent avec les effets irréversibles de la transition sans savoir vers quels services se tourner.

19.37 Les services de genre du NHS devraient soutenir toutes les personnes présentant une incongruence et une dysphorie de genre, qu'il s'agisse de transitionner, de détransitionner ou de retransitionner. Ceux qui choisissent de détransitionner devraient faire l'objet d'un suivi attentif dans un cadre bienveillant, notamment lors de l'arrêt des traitements hormonaux.

19.38 Il est également important que les services comprennent et tirent des enseignements de l'expérience de ceux qui choisissent de détransitionner, car celle-ci peut aider à mieux comprendre quels services sont nécessaires en amont du parcours. Des recherches supplémentaires sont également nécessaires pour comprendre les facteurs contribuant à la décision de détransitionner.

19.39 L'Examen a entendu que les personnes éprouvant des regrets peuvent hésiter à recontacter les services de genre qui les ont accompagnés lors de leur transition. Il convient d'examiner si les cahiers des charges des services existants doivent être adaptés pour prévoir

spécifiquement des parcours de détransition, ou si cela devrait faire l'objet d'un service distinct. Cette réflexion devrait se faire en concertation avec des personnes ayant vécu une détransition.

Recommandation 25

Le NHS England devrait garantir la mise en place de dispositifs spécifiques pour accompagner les personnes envisageant une détransition, en tenant compte du fait qu'elles pourraient ne pas souhaiter s'adresser aux services qui les avaient initialement prises en charge.

Recours au secteur privé

19.40 L'Examen a entendu qu'un certain nombre de jeunes ont eu recours à des professionnels dans le libéral durant leur attente sur la liste du GIDS, et que des familles tentaient de trouver un équilibre entre les risques liés à l'obtention d'hormones non réglementées et potentiellement dangereuses sur internet et le traumatisme continu des longues attentes pour une évaluation. Les retours des groupes de discussion sur l'expérience vécue présentent cela comme « un choix contraint (parce que l'offre du NHS n'est pas accessible en temps voulu) plutôt qu'une préférence ». Le coût continu de ce traitement et du suivi qui s'ensuit peut être prohibitif pour certains.

19.41 Par ailleurs, des médecins généralistes ont exprimé leurs inquiétudes face aux pressions exercées pour prescrire des bloqueurs de puberté ou des hormones masculinisantes/féminisantes après que ces traitements aient été initiés en dehors du NHS, et face au manque de clarté concernant leurs responsabilités en matière de suivi.

19.42 L'Examen comprend et partage les préoccupations concernant l'utilisation de médicaments non réglementés et de prestataires non réglementés au Royaume-Uni. Tout professionnel de santé qui constate qu'un jeune se voit administrer des médicaments provenant d'une source non réglementée doit informer le jeune et sa famille des risques liés à ce traitement.

19.43 Les dispositifs de soins partagés et les responsabilités de prescription devraient s'aligner sur les pratiques en vigueur dans d'autres domaines. Plus précisément, aucun professionnel de santé ne devrait prescrire en dehors de ses compétences, et les médecins généralistes ne devraient pas être tenus d'entrer dans un dispositif de soins partagés avec un prestataire privé, en particulier si ce prestataire agit en dehors des recommandations du NHS. Par ailleurs, les pharmaciens sont responsables de s'assurer que les médicaments prescrits aux patients sont appropriés (*General Pharmaceutical Council*, sans date).

19.44 Cependant, des dispositions devraient être prises pour réaliser les examens pertinents afin de s'assurer qu'un jeune ne subit pas de préjudice (par exemple, la surveillance de la densité osseuse).

19.45 En ce qui concerne le financement, le NHS England ne prendra normalement en charge le traitement d'un patient transféré depuis des soins privés que si son professionnel de santé NHS est convaincu que le traitement est cliniquement indiqué. Cette décision nécessiterait généralement que la personne s'inscrive sur la liste d'attente appropriée pour être évaluée par le professionnel de santé NHS selon les protocoles NHS avant que la décision puisse être prise. La prescription pourrait alors être poursuivie si le professionnel était convaincu que le traitement est cliniquement indiqué et sûr.

19.46 Dans le cas des bloqueurs de puberté, le NHS England a précisé qu'ils ne seront disponibles que dans le cadre d'un protocole de recherche (NHS England, 2024). À l'entrée dans l'essai, le jeune passera un certain nombre d'analyses pour établir ses niveaux de référence à des fins de suivi, par exemple concernant la densité osseuse, ainsi que d'autres évaluations initiales. Si une personne avait pris des bloqueurs de puberté en dehors de l'étude, son éligibilité pourrait en être compromise.

Recommandation 26

Le *Department of Health and Social Care* [ministère britannique de la Santé et des Affaires Sociales] ainsi que le NHS England devraient évaluer les conséquences des soins de santé dispensés dans le secteur privé sur d'éventuelles demandes ultérieures de traitement, de suivi ou de participation à des recherches menées par le NHS. Ces implications doivent être clairement communiquées aux patients et aux prestataires privés.

Recommandation 27

Le *Department of Health and Social Care* devrait travailler avec le *General Pharmaceutical Council* pour définir les responsabilités de délivrance des pharmaciens concernant les ordonnances privées et envisager d'autres solutions législatives pour prévenir les prescriptions étrangères inappropriées.

Modification du numéro NHS et accès aux soins

19.47 Actuellement, lorsqu'une personne demande à modifier son genre dans son dossier NHS, les recommandations du NHS exigent qu'un nouveau numéro NHS lui soit attribué.

19.48 Des professionnels de santé ont exprimé des inquiétudes concernant la modification incohérente des numéros NHS des enfants et des jeunes, en l'absence de recommandations spécifiques pour les médecins généralistes et autres professionnels quant aux conditions et au consentement requis pour procéder à ce changement pour cette population.

19.49 Cela soulève des enjeux de protection de l'enfance et de prise en charge clinique, et pourrait compromettre le suivi médical à long terme, notamment en matière de dépistage.

19.50 Les professionnels de la protection de l'enfance ont décrit diverses situations de mise en danger, notamment : des jeunes hospitalisés après une automutilation dont on ignorait qu'ils étaient déjà sous mesure de protection de l'enfance ; des antécédents de traumatismes ou de problèmes de santé devenus inaccessibles ; des personnes sans autorité parentale ayant modifié le nom et le genre d'un enfant ; des enfants réenregistrés sous un autre genre dès la naissance ; des enfants suivis en protection de l'enfance devenus introuvables après un déménagement.

19.51 Ces préoccupations ont également mis en lumière les difficultés spécifiques des personnes transgenres, souvent désavantagées dans l'accès aux soins (dépistage notamment) et exposées à des erreurs de diagnostic.

19.52 Rien ne justifie clairement la modification du numéro NHS d'un patient mineur.

19.53 Du point de vue de la recherche, l'attribution de nouveaux numéros NHS complique l'identification des résultats à long terme pour une population dont la base de preuves est déjà faible.

Recommandation 28

Le NHS et le *Department of Health and Social Care* doivent revoir les modalités de modification des numéros NHS et trouver des solutions aux problèmes cliniques et de recherche que cela soulève.

20 Mise en œuvre

20.1 L'Examen reconnaît que la concrétisation des ambitions énoncées dans ce rapport nécessitera des changements importants. Le passage au modèle de service proposé requerra une approche progressive et il faudra peut-être plusieurs années avant que le modèle complet soit opérationnel à l'échelle du pays. Des plans stratégiques et opérationnels pragmatiques sont nécessaires, décrivant de manière transparente les étapes à suivre pour réaliser cette transformation. C'est une condition essentielle pour établir la confiance et répondre aux attentes.

20.2 Une gouvernance doit être instaurée pour superviser la mise en œuvre des changements et fournir un encadrement à l'échelle du système. Cette gouvernance devra être indépendante de la division des Soins Spécialisés du NHS England et s'appuyer sur l'expertise d'organismes professionnels. Par ailleurs, étant donné l'attention portée à ces services, il est nécessaire de rendre compte des progrès réalisés par rapport aux plans de mise en œuvre.

Recommandation 29

Le NHS England devrait élaborer un plan de mise en œuvre définissant les étapes vers le futur modèle clinique et de service. Ce plan devrait être supervisé à un niveau stratégique et être développé en collaboration avec les responsables de la santé des enfants et des jeunes en général, afin de favoriser une meilleure coordination des services pour répondre aux besoins variés d'adolescents au profil complexe.

Recommandation 30

Le NHS England devrait mettre en place des processus rigoureux de gestion contractuelle et d'audit pour assurer un suivi fiable de la collecte des données relatives à ces services. Ces exigences devront être strictement respectées par les prestataires en charge des soins destinés aux enfants et aux jeunes.

20.3 Bien que l'Examen se concentre sur les enfants et les jeunes présentant une incongruence de genre et une détresse liée au genre, le NHS doit adopter une approche ambitieuse pour améliorer l'accompagnement de tous les enfants et jeunes sollicitant ses services.

20.4 La nécessité d'intégrer les services de santé, de protection sociale et d'autres secteurs devrait être examinée, en particulier pour les jeunes ayant des besoins complexes et/ou multiples.

20.5 Les travaux de l'Examen montrent clairement que le type de service global et les structures décrits pour les services de genre pourraient inspirer la façon dont le NHS soutient plus largement les enfants et les jeunes.

20.6 Le développement des services pour les enfants et les jeunes requiert un renforcement des effectifs ainsi qu'un investissement durable. Sans ces efforts, il existe un risque de ne pas répondre aux attentes des générations futures. Le NHS England devrait saisir cette opportunité pour intégrer l'investissement et le développement des services de genre dans les objectifs définis dans le *Long Term Plan* du NHS, en tenant compte des besoins complexes des adolescents.

Apprentissage à l'échelle du système

20.7 Le personnel clinique a besoin de soutien et de directives de la part de leurs organismes professionnels afin de mettre en œuvre les approches fondées sur des preuves présentées dans ce rapport. Le consortium chargé de développer des ressources de formation devrait également servir de plateforme pour définir des recommandations professionnelles de chacun des groupes cliniques. Cette approche collaborative devrait inclure des processus visant à prendre en compte les avis de la communauté pour laquelle le service est conçu.

20.8 L'innovation est essentielle pour faire progresser la médecine, mais il est nécessaire d'établir un niveau de surveillance, de contrôle et de réglementation adéquat qui ne freine pas le progrès, tout en évitant l'intégration de méthodes non validées dans la pratique clinique. L'innovation doit s'appuyer sur la base de preuves existante, et elle doit y contribuer.

20.9 Bien que le GIDS ait mis en place une étude de recherche pour évaluer l'utilisation des bloqueurs de puberté, il n'a pas publié les résultats pendant quatre ans et a continué à agir en dehors de ses propres conclusions et des limites du cahier des charges du service.

Recommandation 31

Les organismes professionnels doivent se réunir afin de fournir un encadrement et des orientations sur la prise en charge de cette population, en tenant compte des conclusions de ce rapport.

20.10 Au niveau local, la régulation de l'innovation devrait être intégrée à la régulation des soins. Une innovation responsable nécessite la mise en place de processus de gouvernance anticipatoire, de garanties organisationnelles et la soumission de l'innovation à un examen externe. Les rapports doivent inclure les échecs autant que les succès (*Centre for Medical Ethics and Law HKU, 2024* [vidéo]).

20.11 Au niveau national, des systèmes garantissent que tout nouveau médicament soit soumis à des essais rigoureux, à une évaluation et à une approbation avant toute utilisation non restreinte sur des patients. Les dispositifs médicaux sont également soumis à ce contrôle. En réponse à l'absence d'un tel système pour les procédures interventionnelles, le *Safety and Efficacy Register for New Interventional Procedures* (SERNIP) a été fondé en 1996 par les *Royal Colleges*, permettant l'enregistrement volontaire de nouvelles procédures. Le *National Institute for Clinical Excellence* a ensuite pris en charge la responsabilité de la sécurité et de l'efficacité des procédures interventionnelles (Campbell & Maddern, 2003).

20.12 L'utilisation des bloqueurs de puberté a révélé une autre lacune du système : une utilisation hors indication a dépassé le niveau habituel de tolérance en étendant l'usage à une indication très différente. Le NICE pourrait définir comment ce type d'innovation devrait être géré.

Recommandation 32

Des orientations applicables à l'ensemble des services NHS devraient être développées pour encourager l'innovation tout en garantissant une supervision et une gouvernance appropriées, afin d'éviter l'introduction progressive de pratiques sans base de preuves.

Réflexions finales de la Présidente

20.13 Ce fut un privilège de mener cet Examen important et nécessaire, mais il a parfois été douloureux d'entendre les difficultés que rencontrent les jeunes et leurs familles pour accéder aux soins. Pendant plusieurs années, les enfants et les jeunes au cœur de cet Examen ont été ignorés par les services de proximité et dirigés vers un service national unique qui, bien que passionné et pleinement dévoué à leur prise en charge, avait développé une philosophie et une approche fondamentalement différentes de celles des autres services pédiatriques et de santé mentale.

20.14 Bien que la construction de l'ensemble du réseau de services prenne du temps, j'espère sincèrement que cette nouvelle approche, qui réintègre ces jeunes dans les soins ordinaires, amènera les professionnels de santé à considérer ce domaine comme important et valorisant. Plus important encore, j'espère que les enfants et les jeunes bénéficieront d'un accès à un modèle de soins global et multidimensionnel, ainsi qu'à une infrastructure de recherche qui leur fournira des informations plus solides fondées sur les preuves, sur lesquelles ils pourront s'appuyer pour prendre des décisions aux implications potentiellement durables.

20.15 Enfin, je suis consciente que ce rapport suscitera de nombreux débats et que des opinions tranchées seront exprimées. Si un débat ouvert et constructif est nécessaire, j'encourage chacun à ne pas perdre de vue les enfants et les jeunes qui tentent de vivre leur vie, ainsi que les familles, les aidants et les professionnels qui font de leur mieux pour les soutenir. Tous méritent d'être traités avec compassion et respect.



Glossaire



Le glossaire ci-dessous présente une description de certains termes utilisés dans le cadre de cet Examen.

Le rapport aborde parfois des concepts scientifiques et des recherches complexes ; le glossaire vise à faciliter la compréhension et l'accessibilité pour le lecteur.

Il n'existe parfois pas non plus de consensus sur la meilleure terminologie à employer concernant le sujet de l'identité de genre. Le langage évolue rapidement et les nouvelles générations développent des façons variées de décrire leurs expériences en utilisant des termes différents qui leur sont propres. L'Examen s'efforce autant que possible d'utiliser un langage et des termes qui soient respectueux et reconnaissent la diversité, tout en décrivant et en exprimant avec précision la complexité de ce que nous cherchons à illustrer.

Les termes utilisés ne sembleront pas toujours appropriés à certains lecteurs ; il est néanmoins important de souligner que le langage employé ne reflète pas une position prise par l'Examen.

| Terme (FR) | Terme (EN) | Abréviation | Description |
|-----------------------------------|--|-----------------|---|
| Analogues de la gonadolibérine | Gonadotropin releasing hormone analogues | GnRHa | Ces hormones bloquent la progression de la puberté en inhibant la libération de FSH et LH par l'hypophyse. Également appelés bloqueurs de puberté ou bloqueurs hormonaux. |
| Approches exploratoires | Exploratory approaches | | Approches thérapeutiques qui reconnaissent l'expérience de genre subjective du jeune, tout en s'engageant dans une exploration ouverte, curieuse et non directive du sens d'un ensemble d'expériences pouvant être liées au genre et à l'identité plus large de soi (Bonfatto & Crasnow, 2018 ; Churcher Clarke & Spiliadis, 2019 ; Di Ceglie, 2009 ; Spiliadis, 2019). |
| Assentiment | Assent | | Accepter ou approuver quelque chose (idée, plan ou demande), notamment après mûre réflexion. |
| Autonomie | Autonomy | | L'autonomie personnelle est la capacité d'une personne à prendre ses propres décisions. En santé, cela désigne spécifiquement les décisions concernant ses soins. |
| Binder (bandage compressif) | Binder | | Sous-vêtement conçu pour aplatir et réduire l'apparence des seins. |
| Bloqueurs de puberté | Puberty blockers | | Voir analogues de la gonadolibérine (GnRHa). |
| Cahier des charges du service | Service specification | | Document définissant clairement les standards de soins attendus des organisations financées par le NHS England pour fournir des soins spécialisés. Les cahiers des charges sont élaborés par des cliniciens spécialisés, des financeurs, des patients experts et des représentants de la santé publique, afin de décrire à la fois les standards de base et les standards de développement du service. Les standards de base sont ceux que tous les prestataires financés doivent être en mesure de démontrer, tandis que les standards de développement sont ceux qui peuvent nécessiter des changements supplémentaires dans la pratique au fil du temps pour atteindre l'excellence dans le domaine. |
| Cisgenre | Cisgender | | Terme désignant une personne dont l'identité personnelle et l'identité de genre correspondent à son sexe déclaré à la naissance. |
| Classification internationale des | International Classification of | CIM-11 / ICD-11 | La Classification internationale des maladies (CIM) est une classification médicale mondiale utilisée pour tout ce qui est pertinent pour les soins de santé et employée cliniquement pour |

| Terme (FR) | Terme (EN) | Abréviation | Description |
|--|--|-------------|--|
| maladies, 11e révision | Diseases 11th Revision | | le diagnostic médical (https://icd.who.int/en). Elle est développée et mise à jour annuellement par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et constitue la norme mondiale obligatoire pour l'enregistrement des données de santé. Elle est actuellement dans sa 11e révision (CIM-11). |
| Cognitif | Cognitive | | Relatif au processus de pensée et de raisonnement. |
| Compétence de Gillick / Lignes directrices de Fraser | Gillick competence / Fraser guidelines | | Terme issu de l'affaire juridique Gillick v West Norfolk And Wisbech AHA (1984), utilisé pour déterminer si un enfant ou un jeune de moins de 16 ans est en mesure de consentir à son propre traitement médical, sans que l'accord ou la connaissance des parents soit nécessaire. Un enfant ou un jeune sera considéré comme « compétent selon Gillick » pour cette décision s'il possède la maturité et la compréhension nécessaires pour la prendre |
| Composition des cas | Case-mix | | L'ensemble des patients (cas) pris en charge par un service de santé. |
| Consentement | Consent | | Autorisation donnée pour qu'une intervention clinique (telle qu'un examen, un test ou un traitement) ait lieu. Pour que le consentement soit « éclairé », des informations doivent être divulguées à la personne concernant les risques, les bénéfices et les alternatives pertinents (y compris l'option de ne rien faire), et des efforts doivent être faits pour s'assurer que ces informations sont comprises. Sur le plan juridique, le consentement est considéré comme nécessitant : <ol style="list-style-type: none"> 1. La capacité (ou la compétence de Gillick pour les moins de 16 ans) à prendre la décision pertinente ; 2. D'être pleinement informé (c'est-à-dire que les informations fournies portent sur les options disponibles, les risques et bénéfices matériels de chaque option, et de ne rien faire, « matériel » signifiant, selon le jugement de la <i>Supreme Court</i> dans l'affaire Montgomery en 2015, ce qu'un patient raisonnable voudrait savoir, et ce que ce patient veut réellement savoir, et NON ce qu'un médecin raisonnable lui dirait) ; 3. D'être librement donné (c'est-à-dire sans coercition). |
| Contagion sociale | Social contagion | | Propagation d'idées, d'attitudes ou de comportements au sein d'un groupe par imitation et conformité (Colman, 2014). |
| Contre-indications | Contraindications | | Condition ou circonstance suggérant qu'une technique ou un médicament particulier ne doit pas être utilisé dans le cas en question. Par exemple, un trouble de la coagulation est une |

| Terme (FR) | Terme (EN) | Abréviation | Description |
|---|--------------------------------|-------------|--|
| | | | contre-indication à la prise d'aspirine, car ce traitement peut provoquer des saignements excessifs. |
| Cour d'appel | Court of Appeal | | (Angleterre et Pays de Galles) Entend les appels contre les jugements civils et pénaux. Deuxième juridiction après la <i>Supreme Court</i> . |
| Détransition / personnes ayant détransitionné | Detransition / detransitioners | | Processus d'arrêt ou d'inversion d'une transition de genre, souvent lié à un changement dans la façon dont l'individu s'identifie ou conceptualise son sexe ou genre (MacKinnon et al., 2023). |
| Détresse liée au genre | Gender-related distress | | Façon de décrire la détresse pouvant résulter d'expériences liées au développement de l'identité de genre d'un enfant ou d'un jeune. Souvent utilisé lorsqu'aucun diagnostic formel de dysphorie de genre n'a encore été posé. |
| Développement de l'identité de genre | Gender identity development | | Expérience développementale d'un enfant ou d'un jeune cherchant à comprendre son identité de genre au fil du temps. |
| Dysphorie de genre | Gender dysphoria | | Terme diagnostique du DSM-5 décrivant « une incongruence marquée entre le genre ressenti/exprimé et le genre assigné, d'une durée d'au moins 6 mois ». |
| Éducation genrée | Sex-of-rearing | | Mode d'éducation spécifique au genre selon lequel un enfant est élevé. Chez les enfants présentant des différences du développement sexuel (DSD), il est décidé par les parents selon le sexe biologique de naissance (c'est-à-dire le phénotype). |
| Endocrinologie | Endocrinology | | Étude des hormones. |
| Endocrinologue | Endocrinologist | | Médecin spécialisé dans le diagnostic et le traitement des troubles liés aux hormones. |
| Enfant et/ou jeune | Child and/or young person | | En droit, toute personne de moins de 18 ans est un enfant (<i>Children Act 1989</i>). Il peut toutefois être plus approprié de désigner ceux approchant 18 ans comme « jeunes ». Le rapport utilise les deux termes selon le contexte, sans distinction de fond. |
| Enfants placés | Looked after children | | Enfants pris en charge par leur autorité de proximité, vivant avec des familles d'accueil ou dans un établissement de soins résidentiel. |
| Épidémiologie | Epidemiology | | Étude de la fréquence et de la distribution des maladies dans différentes populations, ainsi que de leurs déterminants. Elle comprend l'étude de la distribution et des déterminants des états ou événements liés à la santé dans des populations spécifiques, et l'application de |

| Terme (FR) | Terme (EN) | Abréviation | Description |
|--|---------------------------------------|-------------|---|
| | | | cette étude au contrôle des problèmes de santé (Centers for Disease Control and Prevention, 2012). |
| Équipe pluridisciplinaire | Multi-disciplinary team | MDT / EPD | Groupe de professionnels de santé identifiés assurant un service clinique, apportant des expériences issues de diverses disciplines. |
| Facteur de confusion | Confounder | | Élément qui influence les résultats d'une expérience de manière à obscurcir la relation de causalité entre deux variables, en agissant sur l'une des mesures étudiées. (Cambridge Advanced Learner's Dictionary & Thesaurus, s.d.). Par exemple, en comparant les taux de mortalité entre deux groupes — l'un composé de grands consommateurs d'alcool, l'autre d'abstinents — on pourrait conclure que la consommation excessive d'alcool augmente le risque de décès. Or la réalité est souvent plus complexe : d'autres facteurs différenciant les deux groupes, tels que le régime alimentaire ou le tabagisme, peuvent également influencer sur la mortalité. Ces variables sont appelées facteurs de confusion. Les négliger risque de conduire à des conclusions ne reflétant pas fidèlement la réalité (Ilola, 2018). |
| Genre fluide | Gender fluid | | Expérience de genre non fixe, changeant entre deux identités ou plus. |
| Haute Cour | High Court | | Troisième juridiction la plus élevée du Royaume-Uni, traitant des affaires civiles de haute importance et des appels. |
| Hormones féminisantes et masculinisantes | Feminising and masculinising hormones | | Hormones sexuelles administrées dans le cadre d'une transition médicale (testostérone pour les hommes trans, œstrogènes pour les femmes trans). Également appelées hormones intersexes ou hormones affirmatives de genre. |
| Identité de genre | Gender identity | | Sentiment intérieur d'une personne d'être homme, femme ou autre chose. |
| Incongruence de genre | Gender incongruence | | Terme diagnostique de la CIM-11 de l'OMS, caractérisé par « une incongruence marquée et persistante entre le genre ressenti par un individu et le sexe assigné ». |
| Intérêt supérieur | Best interests | | Les professionnels de santé et les tribunaux cherchent à agir dans l'intérêt supérieur des enfants et des jeunes. L'obligation d'agir dans l'intérêt supérieur d'une personne est inscrite dans la loi. En vertu du <i>Mental Capacity Act</i> (MCA) 2005, les décisions prises pour une personne incapable de décider par elle-même doivent l'être dans son intérêt supérieur. En vertu du <i>Children Act</i> 1989, dans toute décision d'un tribunal concernant un enfant (de moins de 18 ans), le bien-être de l'enfant doit être primordial. À ces fins, il n'existe pas de différence matérielle significative entre le bien-être et l'intérêt supérieur, et nous avons utilisé |

| Terme (FR) | Terme (EN) | Abréviation | Description |
|---|---|-------------|--|
| | | | le terme « intérêt supérieur » tout au long du rapport. Bien qu'il n'existe pas de définition standard de « l'intérêt supérieur de l'enfant », le <i>General Medical Council</i> conseille que son évaluation inclue ce qui est cliniquement indiqué ainsi que des facteurs supplémentaires tels que les points de vue de l'enfant ou du jeune, les points de vue des parents et des proches, et les croyances et valeurs culturelles et religieuses de l'enfant ou du jeune (<i>General Medical Council</i> , 2018). Le <i>Mental Capacity Act</i> , Section 4, et la jurisprudence étendue de la <i>Court of Protection</i> traitent de l'approche de l'intérêt supérieur en vertu de cette législation. Que ce soit devant la <i>Court of Protection</i> ou la <i>High Court</i> , lorsque le tribunal est invité à évaluer l'intérêt supérieur d'un enfant ou d'un jeune, il prendra en compte son bien-être au sens le plus large, incluant non seulement les facteurs médicaux mais aussi les facteurs sociaux et psychologiques. |
| Intervalle de confiance | Confidence interval | | Plage de valeurs autour d'une mesure indiquant sa précision. En statistiques, un intervalle de confiance est une plage de valeurs fournissant l'estimation d'un paramètre inconnu d'une population. Il utilise un niveau de pourcentage pour indiquer le degré d'incertitude de sa construction. Ce pourcentage, connu sous le nom de niveau de confiance, correspond à la proportion des intervalles de confiance qui captureraient le vrai paramètre de la population si l'estimation était répétée sur de nombreux échantillons. |
| Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth edition | DSM-5 | Classification standard des troubles mentaux publiée par l' <i>American Psychiatric Association</i> (2013). La version la plus récente est le DSM-5-TR (2022). |
| Médecin généraliste | General Practitioner | GP | Médecin prodiguant des soins médicaux généraux aux personnes vivant dans une zone donnée (Cambridge Advanced Learner's Dictionary & Thesaurus, s.d.). Les médecins généralistes prennent en charge un large éventail de problèmes de santé et gèrent le suivi de leurs patients, en les orientant vers des spécialistes si nécessaire. |
| Méga-analyse | Mega-analysis | | Processus analytique par lequel les données brutes sont regroupées entre plusieurs études (Eisenhauer, 2020). |
| Méta-analyse | Meta-analysis | | Combinaison statistique des résultats de deux études ou plus portant sur une question de recherche similaire, afin de générer un résultat moyen (Higgins et al., 2023). |

| Terme (FR) | Terme (EN) | Abréviation | Description |
|----------------------------------|-------------------|-------------|---|
| Modèle affirmatif | Affirmative model | | Modèle de soins de genre qui affirme l'expérience de genre subjective d'un jeune tout en restant ouvert à la fluidité et aux changements au fil du temps (Chen et al., 2021 ; Ehrensaft et al., 2018 ; Hidalgo et al., 2013 ; Olson-Kennedy et al., 2019). Cette approche est utilisée dans certaines cliniques pédiatriques et adolescentes à travers le monde occidental. |
| Neuro-atypique | Neurodiverse | | Terme désignant les différences dans le fonctionnement du cerveau. Combinaison de traits perçus à la fois comme des forces et des défis. |
| Non-binaire | Non-binary | | Identité de genre ne s'inscrivant pas dans le schéma binaire traditionnel homme/femme (Twist & de Graaf, 2018). |
| Packer (prothèse masculinisante) | Packer | | Objet (prothèse ou tissu rembourré) porté pour donner l'apparence de l'anatomie masculine. |
| Passer / être perçu | Pass / passing | | Fait pour une personne d'être vue et perçue selon le genre auquel elle s'identifie. |
| Pédiatrie | Paediatrics | | Branche de la médecine traitant des enfants et de leurs pathologies. |
| Protocole néerlandais | Dutch Approach | | Protocole publié en 1998 par la clinique d'identité de genre pour enfants et adolescents d'Amsterdam (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012). Ce protocole stipulait que les jeunes envisagés pour un traitement de la dysphorie de genre avec des bloqueurs de puberté devaient répondre aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • âge minimum : 12 ans ; • dysphorie de genre de longue date s'accroissant à la puberté ; • stabilité psychologique, sans troubles psychiatriques sévères susceptibles d'interférer avec le processus diagnostique ; • soutien familial. |
| Pseudonymisé | Pseudonymised | | La confidentialité et l'anonymat des patients sont essentiels. Pour les préserver, les informations et données des patients doivent parfois être présentées dans un format garantissant que la personne n'est pas identifiable. C'est ce qu'on appelle la pseudonymisation. La pseudonymisation est la dé-identification des données identifiables centrées sur le patient par le remplacement des valeurs identificatrices par des valeurs de substitution. Les données pseudonymisées peuvent être liées et utilisées à des fins secondaires, telles que l'analyse de tendances et la comparaison entre pairs, sans utiliser de données identificatrices. |

| Terme (FR) | Terme (EN) | Abréviation | Description |
|--|---|-------------|--|
| Psychosocial | Psychosocial | | Décrit les facteurs psychologiques et sociaux englobant le bien-être général. |
| Puberté précoce | Precocious puberty | | Puberté débutant avant l'âge de 8 ans chez les filles et avant 9 ans chez les garçons. |
| Questionnement de genre | Gender-questioning | | Terme général désignant les enfants et les jeunes en cours d'exploration de leur genre. |
| Retransition | Retransition | | Reprise d'une transition de genre après une détransition. Certaines personnes ayant détransitionné peuvent utiliser ce terme pour : <ul style="list-style-type: none"> • indiquer la reprise d'un traitement hormonal pour des raisons médicales, sans pour autant se réidentifier comme transgenre ; • désigner une réidentification depuis l'initiation d'une transition de genre, par exemple en passant d'une identité trans binaire à non-binaire ; • décrire l'arrêt ou l'inversion d'une transition. (MacKinnon et al., 2023). |
| Service de développement de l'identité de genre | Gender Identity Development Service | GIDS | Service du NHS England pour les enfants et adolescents présentant une dysphorie de genre, fermé dans le cadre d'une transition gérée vers deux nouveaux services en réseau national. |
| Services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent | Child and adolescent mental health services | CAMHS | Services de santé mentale du NHS pour les enfants et jeunes de moins de 18 ans, qui évaluent et traitent les difficultés de santé mentale modérées à sévères. Les équipes comprennent infirmiers, thérapeutes, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux et autres professionnels. |
| Services spécialisés | Specialised services | | Services du NHS soutenant des personnes atteintes de pathologies rares et complexes. Trois facteurs déterminent si le NHS England finance un service en tant que service spécialisé prescrit : <ul style="list-style-type: none"> • le nombre de personnes nécessitant le service ; • le coût de la prestation du service ou de l'installation ; • le nombre de personnes en mesure de fournir le service ou l'installation. |
| Soins primaires | Primary care | | Au Royaume-Uni, comprend la médecine générale, la pharmacie communautaire, les soins dentaires et optiques. Premier point d'accès aux soins de santé. |

| Terme (FR) | Terme (EN) | Abréviation | Description |
|------------------------|---------------------------|-------------|--|
| Soins secondaires | Secondary care | | Services de santé hospitaliers et communautaires ne fournissant pas de soins spécialisés. Pour les enfants, inclut les CAMHS, les services de développement de l'enfant et les services pédiatriques généraux. |
| Soins tertiaires | Tertiary care | | Niveau spécialisé du NHS, relatif aux pathologies complexes ou rares, généralement délivré dans des hôpitaux ou centres spécialisés. |
| Stade de Tanner | Tanner Stage | | Classification de la puberté par stade de développement (du stade 1, avant les signes physiques de la puberté, au stade 5, maturité complète), élaborée par le Professeur JM Tanner. |
| Stress minoritaire | Minority stress | | Stress continu — incluant discrimination, exclusion, préjugés et violence — vécu par les membres de groupes minoritaires dans une société stigmatisant leurs identités (Meyer, 2003). |
| Surveillance attentive | Watchful waiting | | Approche par laquelle le parcours de genre d'un enfant ou d'un jeune est observé sans intervention pour voir comment son identité et son expression de genre évoluent naturellement. |
| Synthèse clinique | Psychological formulation | | Approche structurée pour comprendre les facteurs sous-jacents aux états de détresse, de manière à orienter les interventions thérapeutiques. |
| Synthèse diagnostique | Diagnostic formulation | | Évaluation globale incluant les antécédents du patient, les résultats des tests psychologiques et le diagnostic des difficultés de santé mentale. |
| Traitement endocrinien | Endocrine treatment | | Parfois appelé traitement ou thérapie hormonale. Dans ce domaine clinique, désigne l'utilisation des analogues de la GnRH (bloqueurs de puberté) et des hormones masculinisantes/féminisantes. |
| Transgenre | Transgender | trans | Terme générique désignant un ensemble de personnes dont l'identité de genre diffère du sexe déclaré à la naissance. |
| Transition | Transition | | Étapes qu'une personne peut suivre pour vivre selon le genre auquel elle s'identifie. Peut inclure des changements dans la présentation sociale et/ou des interventions médicales. |
| Tribunal divisionnaire | Divisional Court | | (Angleterre et Pays de Galles) Désigne la High Court siégeant avec au moins deux juges, notamment pour certains cas de contrôle juridictionnel. |

| Terme (FR) | Terme (EN) | Abréviation | Description |
|--|--|-------------|---|
| Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité | Attention Deficit Hyperactivity Disorder | ADHD / TDAH | Trouble du neurodéveloppement qui affecte le comportement : agitation, difficultés de concentration, impulsivité. Peut s'accompagner de troubles du sommeil et d'anxiété. Le TDAH est un exemple de neuro-atypicité. |
| Trouble du spectre de l'autisme | Autistic Spectrum Disorder | ASD / TSA | Nom médical de l'autisme. Le TSA est un trouble neurologique et développemental affectant la façon dont les personnes interagissent avec les autres, communiquent, apprennent et se comportent. Le DSM-5 précise que les personnes atteintes de TSA présentent souvent : <ul style="list-style-type: none"> • des difficultés de communication et d'interaction avec les autres • des intérêts restreints et des comportements répétitifs • des symptômes affectant leur capacité à fonctionner à l'école, au travail et dans d'autres domaines de la vie. Le TSA est qualifié de trouble « spectre » en raison de la grande variabilité dans le type et la sévérité des symptômes (<i>National Institute of Mental Health, 2024</i>). |
| Troubles du neurodéveloppement | Neurodevelopmental disorders | TND | Selon l'OMS (2022), troubles comportementaux et cognitifs survenant pendant la période développementale, impliquant des difficultés dans l'acquisition de fonctions intellectuelles, motrices ou sociales. |
| Vivre en discrétion/cachette | Living in stealth | | Désigne une personne vivant selon son genre d'identification sans que les autres sachent que cela diffère de son sexe déclaré à la naissance. |

Références



- Abi-Jaoude, E., Naylor, K. T., & Pignatiello, A. (2020). Smartphones, social media use and Youth Mental Health. *Canadian Medical Association Journal*, 192(6). <https://doi.org/10.1503/cmaj.190434>
- AGREE Next Steps Consortium (2017). The AGREE II Instrument [Electronic version]. <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756–763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arian, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., Sandhu, R., & Sharma, S. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 449–461. <https://doi.org/10.2147/ndt.s39776>
- Ashley, F., Parsa, N., kus, til, & MacKinnon, K. R. (2023). Do gender assessments prevent regret in transgender healthcare? A narrative review. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000672>
- Babu, R., & Shah, U. (2021). Gender identity disorder (GID) in adolescents and adults with differences of sex development (DSD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Urology*, 17(1), 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.11.017>
- Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *Journal of the Endocrine Society*, 5(4). <https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>
- Bakker, J. (2014). Sex Differentiation: Organizing Effects of Sex Hormones. In: Kreukels, B., Steensma, T., de Vries, A. (eds) *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development. Focus on Sexuality Research*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_1
- Balogh, E. P., Miller, B. T., Ball, J. R., Committee on Diagnostic Error in Health Care, Board on Health Care Services, Institute of Medicine, & The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (Eds.). (2015). *Improving Diagnosis in Health Care*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/21794>
- Baxendale, S. (2024). The impact of suppressing puberty on neuropsychological function: A Review. *Acta Paediatrica*. <https://doi.org/10.1111/apa.17150>
- Beck, D., Ferschmann, L., MacSweeney, N., Norbom, L. B., Wiker, T., Aksnes, E., Karl, V., Dégeilh, F., Holm, M., Mills, K. L., Andreassen, O. A., Agartz, I., Westlye, L. T., von Soest, T., & Tamnes, C. K. (2023). Puberty differentially predicts brain maturation in male and female youth: A longitudinal ABCD study. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 61, 101261. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2023.101261>
- Bell v Tavistock* (Court of Appeal) [2021] EWCA Civ 1363. <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2022/07/Bell-v-Tavistock-judgment-170921.pdf>
- Bell v Tavistock* (Divisional Court) [2020] EWHC 3274 (Admin). <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>
- Berenbaum, S. A., & Beltz, A. M. (2011). Sexual differentiation of human behavior: Effects of prenatal and pubertal organizational hormones. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 32(2), 183–200. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2011.03.001>
- Biggs, M. (2020). Gender dysphoria and psychological functioning in adolescents treated with gnrha: Comparing Dutch and English prospective studies. *Archives of Sexual Behavior*,

- 49(7), 2231–2236. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01764-1>
- Biggs, M. (2022). The Dutch protocol for juvenile transsexuals: Origins and evidence. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(4), 348–368. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2022.2121238>
- Blakemore, S.-J. (2018). Avoiding social risk in adolescence. *Current Directions in Psychological Science*, 27(2), 116–122. <https://doi.org/10.1177/0963721417738144>
- BMJ. (2005). A new series starts: The ABC of adolescence. *BMJ*, 330(7486). <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7486.0-f>
- Bonfatto, M., & Crasnow, E. (2018). Gender/Ed Identities: An overview of our current work as child psychotherapists in the Gender Identity Development Service. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(1), 29–46. <https://doi.org/10.1080/0075417x.2018.1443150>
- Boogers, L. S., Wierjes, C. M., Klink, D. T., Hellinga, I., van Trotsenburg, A. S., den Heijer, M., & Hannema, S. E. (2022). Transgender girls grow tall: Adult height is unaffected by GnRH analogue and estradiol treatment. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(9). <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac349>
- Boyd, I., Hackett, T., & Bewley, S. (2022). Care of transgender patients: A General Practice Quality Improvement Approach. *Healthcare*, 10(1), 121. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010121>
- Butler, G., Adu-Gyamfi, K., Clarkson, K., El Khairi, R., Kleczewski, S., Roberts, A., Segal, T. Y., Yogamanoharan, K., Alvi, S., Amin, N., Carruthers, P., Dover, S., Eastman, J., Mushtaq, T., Masic, U., & Carmichael, P. (2022). Discharge outcome analysis of 1089 transgender young people referred to paediatric endocrine clinics in England 2008–2021. *Archives of Disease in Childhood*, 107(11), 1018–1022. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-324302>
- Cambridge Advanced Learner's Dictionary & Thesaurus. (n.d.). Confounder. In *dictionary.cambridge.org*. Retrieved April 2, 2024, from <https://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/english/confounder>
- Cambridge Advanced Learner's Dictionary & Thesaurus. (n.d.). GP. In *dictionary.cambridge.org*. Retrieved April 2, 2024, from <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/gp>
- Campbell, B., & Maddern, G. (2003). Safety and efficacy of interventional procedures: Scrutinising the evidence and issuing guidelines without stifling innovation. *BMJ*, 326(7385), 347–348. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7385.347>
- Canvin, L., Hawthorne, O., & Panting, H. (2022). Supporting young people to manage gender-related distress using third-wave cognitive behavioural theory, ideas and Practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(4), 1246–1262. <https://doi.org/10.1177/13591045211068729>
- Care Quality Commission (2021). *The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust Gender Identity Service Inspection Report*. London: CQC. <https://api.cqc.org.uk/public/v1/reports/6e4fbf84-909c-46d7-835c-caf304cdd485?20221129062700>
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (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). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>
- Carswell, J. M., Lopez, X., & Rosenthal, S. M. (2022). The Evolution of Adolescent Gender-Affirming Care: An Historical Perspective. *Hormone research in paediatrics*, 95(6), 649–656. <https://doi.org/10.1159/000526721>
- Cass, H. (2022). *Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People: Interim report*. <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Principles of Epidemiology in Public Health Practice: An introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics*, 3rd ed. <https://archive.cdc.gov/#/details?url=https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/SS1978.pdf>
- Centre for Medical Ethics and Law HKU. (2024, January 12). *Wyng-Hatton Lecture 2023: Smart*

- regulation for medical innovation* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=zBNXDqax91o>
- Chen, D., Abrams, M., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., & Hidalgo, M. A. (2021). Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: Baseline findings from the Trans Youth Care Study. *Journal of Adolescent Health, 68*(6), 1104–1111. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.033>
- Chen, D., Berona, J., Chan, Y.-M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M. A., Rosenthal, S. M., Tishelman, A. C., & Olson-Kennedy, J. (2023). Psychosocial functioning in transgender youth after 2 years of hormones. *New England Journal of Medicine, 388*(3), 240–250. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2206297>
- Children's Commissioner for England. (2023). 'A lot of it is actually just abuse' - Young people and pornography. <https://www.childrenscommissioner.gov.uk/resources/a-lot-of-it-is-actually-just-abuse-young-people-and-pornography/>
- Chiniara, L. N., Bonifacio, H. J., & Palmert, M. R. (2018). Characteristics of adolescents referred to a gender clinic: Are youth seen now different from those in initial reports? *Hormone Research in Paediatrics, 89*(6), 434–441. <https://doi.org/10.1159/000489608>
- Churcher Clarke, A., & Spiliadis, A. (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), 338–352. <https://doi.org/10.1177/1359104518825288>
- Cochrane. (2016, January 27). *What are systematic reviews?* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=eqJIW4vkb1Y>
- Cohen, E., Mackenzie, R. G., & Yates, G. L. (1991). HEADSS, a Psychosocial Risk Assessment Instrument: Implications for designing effective intervention programs for runaway youth. *Journal of Adolescent Health, 12*(7), 539–544. [https://doi.org/10.1016/0197-0070\(91\)90084-y](https://doi.org/10.1016/0197-0070(91)90084-y)
- Cohen-Kettenis, P. T., & Gooren, L. J. G. (1999). Transsexualism. *Journal of Psychosomatic Research, 46*(4), 315–333. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(98\)00085-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(98)00085-3)
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1998). Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*(4), 246–248. <https://doi.org/10.1007/s007870050073>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health, 23*(sup1). <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Colman, A. M. (2014). Social contagion. In *A Dictionary of Psychology* (3 ed.). Oxford Reference. Oxford University Press. Retrieved April 2, 2024, from <https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/acref/9780199534067.001.0001/acref-9780199534067-e7741?rskey=eqJu3z&result=8033>
- Condat, A., Mendes, N., & Cohen, D. (2022). Variations in genital development, gender identities and consent to care. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 206*(3), 418–423. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.12.014>
- Davis, J. T., & Hines, M. (2020). How large are gender differences in toy preferences? A systematic review and meta-analysis of Toy Preference Research. *Archives of Sexual Behavior, 49*(2), 373–394. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01624-7>
- De Castro, C., Solerdelcoll, M., Plana, M. T., Halperin, I., Mora, M., Ribera, L., Castelo-Branco, C., Gómez-Gil, E., & Vidal, A. (2024). High persistence in Spanish transgender minors: 18 years of experience of the Gender Identity Unit of Catalonia. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health, 17*(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.02.001>
- de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity

- Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1301–1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>
- de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P., Wasserman, L., Wood, H., & Zucker, K. J. (2020). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(1), 67–83. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9>
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011a). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1195–1202. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696–704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011b). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276–2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301–320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
- de Vries, A. L., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., & McGuire, J. K. (2013). Gender Identity Development: A biopsychosocial perspective. *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development*, 53–80. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_3
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
- de Vries, A. L., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2015). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7>
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and Paediatric Endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(suppl_1). <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>
- deMayo, B. E., Jordan, A. E., & Olson, K. R. (2022). Gender development in gender diverse children. *Annual Review of Developmental Psychology*, 4(1), 207–229. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121020-034014>
- Di Ceglie D, Freedman D, Mc Pherson S, Richardson P. (2002). Children and Adolescents Referred to a Specialist Gender Identity Development Service: Clinical Features and Demographic Characteristics. *International Journal of Transgenderism* 5(4). http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no01_01.htm
- Di Ceglie, D. (2009). Engaging young people with atypical gender identity development in therapeutic work: A developmental approach. *Journal of Child Psychotherapy*, 35(1), 3–12. <https://doi.org/10.1080/00754170902764868>
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>
- Ehrensaft, D. (2017). Gender nonconforming youth: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, Volume 8*, 57–67. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s110859>
- Ehrensaft, D., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A. C., & St. Amand, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn—a view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 251–268. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649>

- Eisenhauer, J. G. (2020). Meta-analysis and mega-analysis: A simple introduction. *Teaching Statistics*, 43(1), 21–27.
<https://doi.org/10.1111/test.12242>
- Elkadi, J., Chudleigh, C., Maguire, A. M., Ambler, G. R., Scher, S., & Kozłowska, K. (2023). Developmental pathway choices of young people presenting to a gender service with gender distress: A prospective follow-up study. *Children*, 10(2), 314.
<https://doi.org/10.3390/children10020314>
- General Medical Council. (2018). *0-18 years – guidance for all doctors*.
- General Medical Council. (2020). *Decision making and consent*.
- General Medical Council. (2021). *Good practice in prescribing and managing medicines and devices* (76-78).
- General Pharmaceutical Council. (n.d.). *What does a pharmacist do?* Retrieved March 5, 2024, from <https://www.pharmacyregulation.org/raising-concerns/raising-concerns-about-pharmacy-professional/what-expect-your-pharmacy/what-does-0>
- Giedd, J. N. (2016). *The amazing teen brain*. *Scientific American*.
<https://www.scientificamerican.com/article/the-amazing-teen-brain/>
- Glintborg, D., Møller, J.-J. K., Rubin, K. H., Lidegaard, Ø., T'Sjoen, G., Larsen, M.-L. J., Hilden, M., & Andersen, M. S. (2023). Gender-affirming treatment and mental health diagnoses in Danish transgender persons: A nationwide register-based Cohort Study. *European Journal of Endocrinology*, 189(3), 336–345.
<https://doi.org/10.1093/ejendo/lvad119>
- Goddings, A., Beltz, A., Peper, J. S., Crone, E. A., & Braams, B. R. (2019). Understanding the role of puberty in structural and functional development of the Adolescent Brain. *Journal of Research on Adolescence*, 29(1), 32–53.
<https://doi.org/10.1111/jora.12408>
- González-Herrero, B., Morgante, F., Pagonabarraga, J., Stanton, B., & Edwards, M. J. (2022). Autism spectrum disorder may be highly prevalent in people with functional neurological disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 12(1), 299.
<https://doi.org/10.3390/jcm12010299>
- GRADE working group. (n.d.). *Welcome to the GRADE Working Group*. GRADE working group.
<https://www.gradeworkinggroup.org/>
- Green, R., Roberts, C. W., Williams, K., Goodman, M., & Mixon, A. (1987). Specific cross-gender behaviour in boyhood and later homosexual orientation. *British Journal of Psychiatry*, 151(1), 84–88. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.1.84>
- Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (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>
- Hall, R., Taylor, J., Heathcote, C., Langton, T., Hewitt, C. E. & Fraser, L. (2024). Gender services for children and adolescents across the EU-15+ countries: an online survey. *Archives of Disease in Childhood*, Published Online First: April 2024.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326348>
- Hall, R., Taylor, J., Hewitt, C. E., Heathcote, C., Jarvis, S.W., Langton, T., & Fraser, L. (2024). Impact of social transition in relation to gender for children and adolescents: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, Published Online First: April 2024.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326112>
- Hanson, E. (n.d.). *What is the impact of pornography on young people? A research briefing for educators*. cht.nhs.uk.
https://sexualhealth.cht.nhs.uk/fileadmin/sexualHealth/contentUploads/Documents/What_is_the_impact_of_pornography_on_young_people_-_A_research_briefing_for_educators.pdf
- Havighurst, S. S., & Downey, L. (2009). Clinical reasoning for child and adolescent mental health practitioners: The mindful formulation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 251–271.
<https://doi.org/10.1177/1359104508100888>
- Heathcote, C., Taylor, J., Hall, R., Jarvis, S., Langton, T., Hewitt, C. E., & Fraser, L. (2024). Psychosocial support interventions for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, Published Online First: April

2024. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326347>

Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., & Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development, 56*(5), 285–290. <https://doi.org/10.1159/000355235>

Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., Welch, V. A. (editors). (updated August 2023). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.4. Cochrane. www.training.cochrane.org/handbook.

Hines, M. (2015). Gendered development. *Handbook of Child Psychology and Developmental Science*, 1–46. <https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy320>

Hines, M. (2020a). Human gender development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 118*, 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.07.018>

Hines, M. (2020b). Neuroscience and sex/gender: Looking back and forward. *The Journal of Neuroscience, 40*(1), 37–43. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.0750-19.2019>

Hoffmann-Eßer, W., Siering, U., Neugebauer, E. A., Brockhaus, A. C., McGauran, N., & Eikermann, M. (2018). Guideline appraisal with AGREE II: Online survey of the potential influence of agree II items on overall assessment of guideline quality and recommendation for use. *BMC Health Services Research, 18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2954-8>

Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body image, 17*, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>

Holt, V., Skagerberg, E., & Dunsford, M. (2014). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 21*(1), 108–118. <https://doi.org/10.1177/1359104514558431>

Ilola, E. (2019, November 28). *A beginner's Guide to Confounding*. Students 4 Best Evidence.

<https://s4be.cochrane.org/blog/2018/10/01/a-beginners-guide-to-confounding/>

Jackson, D. (2023). Suicide-related outcomes following gender-affirming treatment: A Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.36425>

Jayatissa, K. A. (2023). Generation Z – A new lifeline: A systematic literature review. *Sri Lanka Journal of Social Sciences and Humanities, 3*(2), 179–186. <https://doi.org/10.4038/sljssh.v3i2.110>

Kaltiala, R., Holttinen, T., & Tuisku, K. (2023). Have the psychiatric needs of people seeking gender reassignment changed as their numbers increase? A register study in Finland. *European Psychiatry, 66*(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2471>

Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työlajärvi, M., & Frisé, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolescent health, medicine and therapeutics, 9*, 31–41. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>

Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työlajärvi, M., & Lindberg, N. (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*, 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>

Karamanis, G., Karalexi, M., White, R., Frisell, T., Isaksson, J., Skalkidou, A., & Papadopoulos, F. C. (2022). Gender dysphoria in twins: a register-based population study. *Scientific reports, 12*(1), 13439. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-17749-0>

Karvonen, M., Karukivi, M., Kronström, K., & Kaltiala, R. (2022). The nature of co-morbid psychopathology in adolescents with gender dysphoria. *Psychiatry Research, 317*, 114896. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114896>

Je vois le PDF — dans les bibliographies APA, ce qui est en italique ce sont les **titres de revues/journaux** et les **titres d'ouvrages**. Voici la bibliographie complète reformatée avec les italiques corrects :

Abi-Jaoude, E., Naylor, K. T., & Pignatiello, A. (2020). Smartphones, social media use and Youth Mental Health. *Canadian Medical Association*

- Journal*, 192(6).
<https://doi.org/10.1503/cmaj.190434>
- AGREE Next Steps Consortium (2017). The AGREE II Instrument [Electronic version].
<https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756–763.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12817>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arian, M., Haque, M., Johal, L., Mathur, P., Nel, W., Rais, A., Sandhu, R., & Sharma, S. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 449–461. <https://doi.org/10.2147/ndt.s39776>
- Ashley, F., Parsa, N., kus, til, & MacKinnon, K. R. (2023). Do gender assessments prevent regret in transgender healthcare? A narrative review. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000672>
- Babu, R., & Shah, U. (2021). Gender identity disorder (GID) in adolescents and adults with differences of sex development (DSD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Urology*, 17(1), 39–47.
<https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.11.017>
- Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K., & Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *Journal of the Endocrine Society*, 5(4).
<https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>
- Bakker, J. (2014). Sex Differentiation: Organizing Effects of Sex Hormones. In: Kreukels, B., Steensma, T., de Vries, A. (eds) *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development. Focus on Sexuality Research*. Springer, Boston, MA.
https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_1
- Balogh, E. P., Miller, B. T., Ball, J. R., Committee on Diagnostic Error in Health Care, Board on Health Care Services, Institute of Medicine, & The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (Eds.). (2015). *Improving Diagnosis in Health Care*. National Academies Press (US).
<https://doi.org/10.17226/21794>
- Baxendale, S. (2024). The impact of suppressing puberty on neuropsychological function: A Review. *Acta Paediatrica*.
<https://doi.org/10.1111/apa.17150>
- Beck, D., Ferschmann, L., MacSweeney, N., Norbom, L. B., Wiker, T., Aksnes, E., Karl, V., Dégeilh, F., Holm, M., Mills, K. L., Andreassen, O. A., Agartz, I., Westlye, L. T., von Soest, T., & Tamnes, C. K. (2023). Puberty differentially predicts brain maturation in male and female youth: A longitudinal ABCD study. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 61, 101261.
<https://doi.org/10.1016/j.dcn.2023.101261>
- Bell v Tavistock* (Court of Appeal) [2021] EWCA Civ 1363. <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2022/07/Bell-v-Tavistock-judgment-170921.pdf>
- Bell v Tavistock* (Divisional Court) [2020] EWHC 3274 (Admin). <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>
- Berenbaum, S. A., & Beltz, A. M. (2011). Sexual differentiation of human behavior: Effects of prenatal and pubertal organizational hormones. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 32(2), 183–200.
<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2011.03.001>
- Biggs, M. (2020). Gender dysphoria and psychological functioning in adolescents treated with gnrha: Comparing Dutch and English prospective studies. *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2231–2236. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01764-1>

- Biggs, M. (2022). The Dutch protocol for juvenile transsexuals: Origins and evidence. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(4), 348–368. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2022.2121238>
- Blakemore, S.-J. (2018). Avoiding social risk in adolescence. *Current Directions in Psychological Science*, 27(2), 116–122. <https://doi.org/10.1177/0963721417738144>
- BMJ. (2005). A new series starts: The ABC of adolescence. *BMJ*, 330(7486). <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7486.0-f>
- Bonfatto, M., & Crasnow, E. (2018). Gender/Ed Identities: An overview of our current work as child psychotherapists in the Gender Identity Development Service. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(1), 29–46. <https://doi.org/10.1080/0075417x.2018.1443150>
- Boogers, L. S., Wierpjes, C. M., Klink, D. T., Hellinga, I., van Trotsenburg, A. S., den Heijer, M., & Hannema, S. E. (2022). Transgender girls grow tall: Adult height is unaffected by GnRH analogue and estradiol treatment. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(9). <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac349>
- Boyd, I., Hackett, T., & Bewley, S. (2022). Care of transgender patients: A General Practice Quality Improvement Approach. *Healthcare*, 10(1), 121. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010121>
- Butler, G., Adu-Gyamfi, K., Clarkson, K., El Khairi, R., Kleczewski, S., Roberts, A., Segal, T. Y., Yogamanoharan, K., Alvi, S., Amin, N., Carruthers, P., Dover, S., Eastman, J., Mushtaq, T., Masic, U., & Carmichael, P. (2022). Discharge outcome analysis of 1089 transgender young people referred to paediatric endocrine clinics in England 2008–2021. *Archives of Disease in Childhood*, 107(11), 1018–1022. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-324302>
- Cambridge Advanced Learner's Dictionary & Thesaurus. (n.d.). Confounder. In *dictionary.cambridge.org*. Retrieved April 2, 2024, from <https://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/english/confounder>
- Cambridge Advanced Learner's Dictionary & Thesaurus. (n.d.). GP. In *dictionary.cambridge.org*. Retrieved April 2, 2024, from <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/gp>
- Campbell, B., & Maddern, G. (2003). Safety and efficacy of interventional procedures: Scrutinising the evidence and issuing guidelines without stifling innovation. *BMJ*, 326(7385), 347–348. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7385.347>
- Canvin, L., Hawthorne, O., & Panting, H. (2022). Supporting young people to manage gender-related distress using third-wave cognitive behavioural theory, ideas and Practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(4), 1246–1262. <https://doi.org/10.1177/13591045211068729>
- Care Quality Commission (2021). *The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust Gender Identity Service Inspection Report*. London: CQC. <https://api.cqc.org.uk/public/v1/reports/6e4fbf84-909c-46d7-835c-caf304cdd485?20221129062700>
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S., & Viner, R. M. (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). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>
- Carswell, J. M., Lopez, X., & Rosenthal, S. M. (2022). The Evolution of Adolescent Gender-Affirming Care: An Historical Perspective. *Hormone research in paediatrics*, 95(6), 649–656. <https://doi.org/10.1159/000526721>
- Cass, H. (2022). *Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People: Interim report*. <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Principles of Epidemiology in Public Health Practice: An introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics*, 3rd ed. <https://archive.cdc.gov/#/details?url=https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/SS1978.pdf>
- Centre for Medical Ethics and Law HKU. (2024, January 12). *Wyng-Hatton Lecture 2023: Smart regulation for medical innovation* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=zBNXDqax91o>
- Chen, D., Abrams, M., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Olson-

- Kennedy, J., Rosenthal, S. M., & Hidalgo, M. A. (2021). Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: Baseline findings from the Trans Youth Care Study. *Journal of Adolescent Health, 68*(6), 1104–1111. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.033>
- Chen, D., Berona, J., Chan, Y.-M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M. A., Rosenthal, S. M., Tishelman, A. C., & Olson-Kennedy, J. (2023). Psychosocial functioning in transgender youth after 2 years of hormones. *New England Journal of Medicine, 388*(3), 240–250. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2206297>
- Children's Commissioner for England. (2023). 'A lot of it is actually just abuse' - Young people and pornography. <https://www.childrenscommissioner.gov.uk/resource/a-lot-of-it-is-actually-just-abuse-young-people-and-pornography/>
- Chiniara, L. N., Bonifacio, H. J., & Palmert, M. R. (2018). Characteristics of adolescents referred to a gender clinic: Are youth seen now different from those in initial reports? *Hormone Research in Paediatrics, 89*(6), 434–441. <https://doi.org/10.1159/000489608>
- Churcher Clarke, A., & Spiliadis, A. (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), 338–352. <https://doi.org/10.1177/1359104518825288>
- Cochrane. (2016, January 27). *What are systematic reviews?* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=egJIW4vkb1Y>
- Cohen, E., Mackenzie, R. G., & Yates, G. L. (1991). HEADSS, a Psychosocial Risk Assessment Instrument: Implications for designing effective intervention programs for runaway youth. *Journal of Adolescent Health, 12*(7), 539–544. [https://doi.org/10.1016/0197-0070\(91\)90084-y](https://doi.org/10.1016/0197-0070(91)90084-y)
- Cohen-Kettenis, P. T., & Gooren, L. J. G. (1999). Transsexualism. *Journal of Psychosomatic Research, 46*(4), 315–333. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(98\)00085-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(98)00085-3)
- Cohen-Kettenis, P. T., & van Goozen, S. H. (1998). Pubertal delay as an aid in diagnosis and treatment of a transsexual adolescent. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*(4), 246–248. <https://doi.org/10.1007/s007870050073>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health, 23*(sup1). <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Colman, A. M. (2014). Social contagion. In *A Dictionary of Psychology* (3 ed.). Oxford Reference. Oxford University Press. Retrieved April 2, 2024, from <https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/acref/9780199534067.001.0001/acref-9780199534067-e7741?rsk=eqJu3z&result=8033>
- Condat, A., Mendes, N., & Cohen, D. (2022). Variations in genital development, gender identities and consent to care. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 206*(3), 418–423. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.12.014>
- Davis, J. T., & Hines, M. (2020). How large are gender differences in toy preferences? A systematic review and meta-analysis of Toy Preference Research. *Archives of Sexual Behavior, 49*(2), 373–394. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01624-7>
- De Castro, C., Solerdelcoll, M., Plana, M. T., Halperin, I., Mora, M., Ribera, L., Castelo-Branco, C., Gómez-Gil, E., & Vidal, A. (2024). High persistence in Spanish transgender minors: 18 years of experience of the Gender Identity Unit of Catalonia. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health, 17*(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.02.001>
- de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C., & Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior, 47*(5), 1301–1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>

- de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P., Wasserman, L., Wood, H., & Zucker, K. J. (2020). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 31*(1), 67–83. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9>
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011a). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(11), 1195–1202. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics, 134*(4), 696–704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011b). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine, 8*(8), 2276–2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality, 59*(3), 301–320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
- de Vries, A. L., Kreukels, B. P., Steensma, T. D., & McGuire, J. K. (2013). Gender Identity Development: A biopsychosocial perspective. *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development, 53*–80. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_3
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
- de Vries, A. L., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P., & Zucker, K. J. (2015). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(6), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7>
- Delemarre-van de Waal, H. A., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and Paediatric Endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology, 155*(suppl_1). <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>
- deMayo, B. E., Jordan, A. E., & Olson, K. R. (2022). Gender development in gender diverse children. *Annual Review of Developmental Psychology, 4*(1), 207–229. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121020-034014>
- Di Ceglie D, Freedman D, Mc Pherson S, Richardson P. (2002). Children and Adolescents Referred to a Specialist Gender Identity Development Service: Clinical Features and Demographic Characteristics. *International Journal of Transgenderism 5*(4). http://www.symposion.com/ijt/ijtvo06no01_01.htm
- Di Ceglie, D. (2009). Engaging young people with atypical gender identity development in therapeutic work: A developmental approach. *Journal of Child Psychotherapy, 35*(1), 3–12. <https://doi.org/10.1080/00754170902764868>
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology, 44*(1), 34–45. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>
- Ehrensaft, D. (2017). Gender nonconforming youth: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, Volume 8*, 57–67. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s110859>
- Ehrensaft, D., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A. C., & St. Amand, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn—a view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism, 19*(2), 251–268. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649>
- Eisenhauer, J. G. (2020). Meta-analysis and mega-analysis: A simple introduction. *Teaching Statistics, 43*(1), 21–27. <https://doi.org/10.1111/test.12242>

- Elkadi, J., Chudleigh, C., Maguire, A. M., Ambler, G. R., Scher, S., & Kozłowska, K. (2023). Developmental pathway choices of young people presenting to a gender service with gender distress: A prospective follow-up study. *Children*, *10*(2), 314. <https://doi.org/10.3390/children10020314>
- General Medical Council. (2018). *0-18 years – guidance for all doctors*.
- General Medical Council. (2020). *Decision making and consent*.
- General Medical Council. (2021). *Good practice in prescribing and managing medicines and devices* (76-78).
- General Pharmaceutical Council. (n.d.). *What does a pharmacist do?* Retrieved March 5, 2024, from <https://www.pharmacyregulation.org/raising-concerns/raising-concerns-about-pharmacy-professional/what-expect-your-pharmacy/what-does-0>
- Giedd, J. N. (2016). *The amazing teen brain*. *Scientific American*. <https://www.scientificamerican.com/article/the-amazing-teen-brain/>
- Glintborg, D., Møller, J.-J. K., Rubin, K. H., Lidegaard, Ø., T'Sjoen, G., Larsen, M.-L. J., Hilden, M., & Andersen, M. S. (2023). Gender-affirming treatment and mental health diagnoses in Danish transgender persons: A nationwide register-based Cohort Study. *European Journal of Endocrinology*, *189*(3), 336–345. <https://doi.org/10.1093/ejendo/lvad119>
- Goddings, A., Beltz, A., Peper, J. S., Crone, E. A., & Braams, B. R. (2019). Understanding the role of puberty in structural and functional development of the Adolescent Brain. *Journal of Research on Adolescence*, *29*(1), 32–53. <https://doi.org/10.1111/jora.12408>
- González-Herrero, B., Morgante, F., Pagonabarraga, J., Stanton, B., & Edwards, M. J. (2022). Autism spectrum disorder may be highly prevalent in people with functional neurological disorders. *Journal of Clinical Medicine*, *12*(1), 299. <https://doi.org/10.3390/jcm12010299>
- GRADE working group. (n.d.). *Welcome to the GRADE Working Group*. GRADE working group. <https://www.gradeworkinggroup.org/>
- Green, R., Roberts, C. W., Williams, K., Goodman, M., & Mixon, A. (1987). Specific cross-gender behaviour in boyhood and later homosexual orientation. *British Journal of Psychiatry*, *151*(1), 84–88. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.1.84>
- Hall, R., Mitchell, L., & Sachdeva, J. (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>
- Hall, R., Taylor, J., Heathcote, C., Langton, T., Hewitt, C. E. & Fraser, L. (2024). Gender services for children and adolescents across the EU-15+ countries: an online survey. *Archives of Disease in Childhood*, Published Online First: April 2024. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326348>
- Hall, R., Taylor, J., Hewitt, C. E., Heathcote, C., Jarvis, S.W., Langton, T., & Fraser, L. (2024). Impact of social transition in relation to gender for children and adolescents: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, Published Online First: April 2024. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326112>
- Hanson, E. (n.d.). *What is the impact of pornography on young people? A research briefing for educators*. cht.nhs.uk. https://sexualhealth.cht.nhs.uk/fileadmin/sexualHealth/contentUploads/Documents/What_is_the_impact_of_pornography_on_young_people_-_A_research_briefing_for_educators.pdf
- Havighurst, S. S., & Downey, L. (2009). Clinical reasoning for child and adolescent mental health practitioners: The mindful formulation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *14*(2), 251–271. <https://doi.org/10.1177/1359104508100888>
- Heathcote, C., Taylor, J., Hall, R., Jarvis, S., Langton, T., Hewitt, C. E., & Fraser, L. (2024). Psychosocial support interventions for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, Published Online First: April 2024. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326347>
- Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P., & Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn.

- Human Development*, 56(5), 285–290.
<https://doi.org/10.1159/000355235>
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., Welch, V. A. (editors). (updated August 2023). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.4. Cochrane.
www.training.cochrane.org/handbook.
- Hines, M. (2015). Gendered development. *Handbook of Child Psychology and Developmental Science*, 1–46.
<https://doi.org/10.1002/9781118963418.childpsy320>
- Hines, M. (2020a). Human gender development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 118, 89–96.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.07.018>
- Hines, M. (2020b). Neuroscience and sex/gender: Looking back and forward. *The Journal of Neuroscience*, 40(1), 37–43.
<https://doi.org/10.1523/jneurosci.0750-19.2019>
- Hoffmann-Eßer, W., Siering, U., Neugebauer, E. A., Brockhaus, A. C., McGauran, N., & Eikermann, M. (2018). Guideline appraisal with AGREE II: Online survey of the potential influence of agree II items on overall assessment of guideline quality and recommendation for use. *BMC Health Services Research*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-2954-8>
- Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body image*, 17, 100–110.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- Holt, V., Skagerberg, E., & Dunsford, M. (2014). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(1), 108–118.
<https://doi.org/10.1177/1359104514558431>
- Ilola, E. (2019, November 28). *A beginner's Guide to Confounding*. Students 4 Best Evidence.
<https://s4be.cochrane.org/blog/2018/10/01/a-beginners-guide-to-confounding/>
- Jackson, D. (2023). Suicide-related outcomes following gender-affirming treatment: A Review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.36425>
- Jayatissa, K. A. (2023). Generation Z – A new lifeline: A systematic literature review. *Sri Lanka Journal of Social Sciences and Humanities*, 3(2), 179–186. <https://doi.org/10.4038/sljssh.v3i2.110>
- Kaltiala, R., Holttinen, T., & Tuisku, K. (2023). Have the psychiatric needs of people seeking gender reassignment changed as their numbers increase? A register study in Finland. *European Psychiatry*, 66(1).
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2471>
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläljärvi, M., & Frisé, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 9, 31–41.
<https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläljärvi, M., & Lindberg, N. (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, 9. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>
- Karamanis, G., Karalexi, M., White, R., Frisell, T., Isaksson, J., Skalkidou, A., & Papadopoulos, F. C. (2022). Gender dysphoria in twins: a register-based population study. *Scientific reports*, 12(1), 13439. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-17749-0>
- Karvonen, M., Karukivi, M., Kronström, K., & Kaltiala, R. (2022). The nature of co-morbid psychopathology in adolescents with gender dysphoria. *Psychiatry Research*, 317, 114896.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114896>
- Kelly, Y., Zilanawala, A., Booker, C., & Sacker, A. (2018). Social Media Use and Adolescent Mental Health: Findings from the UK millennium cohort study. *EClinicalMedicine*, 6, 59–68.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.12.005>
- Klink, D., & Den Heijer, M. (2013). Genetic aspects of gender identity development and gender dysphoria. *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development*, 25–51.
https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_2
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The*

- development of sex differences*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Kozłowska, K., McClure, G., Chudleigh, C., Maguire, A. M., Gessler, D., Scher, S., & Ambler, G. R. (2021). Australian children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and challenges experienced by a multidisciplinary team and Gender Service. *Human Systems: Therapy, Culture and Attachments*, 1(1), 70–95. <https://doi.org/10.1177/263440412111010777>
- Krebs, G., Clark, B., Ford, T., & Stringaris, A. (2024). Epidemiology of Body Dysmorphic Disorder and Appearance Preoccupation in Youth: Prevalence, Comorbidity and Psychosocial Impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.01.017>
- Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M., & Lopez, X. (2020). Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics*, 145(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3006>
- Lai, M.-C., Kassee, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., Szatmari, P., & Ameis, S. H. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819–829. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30289-5)
- Larsen, B., & Luna, B. (2018). Adolescence as a neurobiological critical period for the development of higher-order cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 94, 179–195. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.005>
- Lavender, R., Shaw, S., Maninger, J.-K., Butler, G., Carruthers, P., Carmichael, P., & Masic, U. (2023). Impact of hormone treatment on psychosocial functioning in gender-diverse young people. *LGBT Health*, 10(5), 382–390. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2022.0201>
- Lee, W. G., Butler, G., Carmichael, P., Rashid, T., Yasmin, E., Morley, R., Barrett, J., Christopher, N., & Sangster, P. (2023). Urological and gynaecological considerations for the use of gonadotropin-releasing hormone analogues in transgender and nonbinary adolescents: A narrative review. *European Urology Focus*, 9(1), 35–41. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2022.11.002>
- Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353–3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>
- Loi-Koe, O., Catanzano, M., & Butler, G. (2018). Effect of pubertal blockade and cross-sex hormone treatment on the growth spurt in young transgender adolescents: a first report. *Hormone Research in Paediatrics. Pituitary, neuroendocrinology and puberty. ESPE Abstracts* (2018) 89 P-P1-211. <https://doi.org/10.3252/pso.eu.57ESPE.2018>
- Ludvigsson, J. F., Adolfsson, J., Höistad, M., Rydelius, P., Kriström, B., & Landén, M. (2023). A systematic review of hormone treatment for children with gender dysphoria and recommendations for Research. *Acta Paediatrica*, 112(11), 2279–2292. <https://doi.org/10.1111/apa.16791>
- MacKinnon, K. R., Expósito-Campos, P., & Gould, W. A. (2023). Detransition needs further understanding, not controversy. *BMJ*; 381:e073584. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073584>
- Martino, D., Berg, L., Lerario, M., & Pringsheim, T. (2023). The association between Gender Minority Identity and functional tic-like behaviors during the COVID-19 pandemic (P11-11.013). *Neurology*, 100(17_supplement_2). <https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000203064>
- Masic, U., Butler, G., Carruthers, P., & Carmichael, P. (2022). Trajectories of transgender adolescents referred for endocrine intervention in England. *Archives of Disease in Childhood*, 107(11), 1012–1017. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-324283>
- Mavergames, C., Elliott, J. (n.d.). Living systematic reviews: towards real-time evidence for health-care decision making. In: *BMJ Best Practice. Evidence-based medicine (EBM) toolkit*. Retrieved April 2, 2024, from bestpractice.bmj.com/info/toolkit/discuss-ebm/living-systematic-reviews-towards-real-time-evidence-for-health-care-decision-making
- McPherson, S., & Freedman, D. E. (2023). Psychological outcomes of 12–15-year-olds with

- gender dysphoria receiving pubertal suppression in the UK: Assessing reliable and clinically significant change. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1–11.
<https://doi.org/10.1080/0092623x.2023.2281986>
- Mental Health Law Online. *Mental Capacity Act (MCA) 2005 s4*. (2006, December 16).
https://www.mentalhealthlaw.co.uk/MCA_2005_s4
- 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), 674–697.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer-Bahlburg, H. F. (2005). Gender identity outcome in female-raised 46,XY persons with penile agenesis, cloacal exstrophy of the bladder, or penile ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423–438. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4342-9>
- MindEd. (2023). *MindEd Supporting Children and Young People With Gender-related Questions Or Distress And Their Sexual Orientation*.
<https://www.minded.org.uk/Catalogue/>
- Montgomery v Lanarkshire Health Board (Scotland)* (Supreme Court) [2015] UKSC 11.
<https://www.supremecourt.uk/cases/docs/uksc-2013-0136-judgment.pdf>
- Morgan, C., Webb, R. T., Carr, M. J., Kontopantelis, E., Green, J., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., & Ashcroft, D. M. (2017). Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: Cohort study in primary care. *BMJ*.
<https://doi.org/10.1136/bmj.j4351>
- Mueller, S. C., Guillamon, A., ZubiaurreElorza, L., Junque, C., Gomez-Gil, E., Uribe, C., Khorashad, B. S., Khazai, B., Talaei, A., Habel, U., Votinov, M., Derntl, B., Lanzenberger, R., Seiger, R., Kranz, G. S., Kreukels, B. P. C., Kettenis, P. T., Burke, S. M., Lambalk, N. B., ... Luders, E. (2021). The neuroanatomy of transgender identity: Mega-analytic findings from the Enigma Transgender Persons Working Group. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(6), 1122–1129.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.03.079>
- Murad, M. H., Mustafa, R. A., Schünemann, H. J., Sultan, S., & Santesso, N. (2017). Rating the certainty in evidence in the absence of a single estimate of effect. *Evidence Based Medicine*, 22(3), 85–87. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2017-110668>
- Nadrowski, K. (2023). A new flight from womanhood? the importance of working through experiences related to exposure to pornographic content in girls affected by gender dysphoria. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1–10.
<https://doi.org/10.1080/0092623x.2023.2276149>
- National Child Mortality Database (NCMD). (2023). *Child Death Review Data Release: Year ending 31 March 2023*.
<https://www.ncmd.info/publications/child-death-data-2023/>
- National Child Mortality Database. (2021, October). *Suicide in Children and Young People - National Child Mortality Database Programme Thematic Report*. National Child Mortality Database. <https://www.ncmd.info/wp-content/uploads/2021/11/NCMD-Suicide-in-Children-and-Young-People-Report.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence (2012): Methods for the development of NICE public health guidance (third edition), Appendix D Glossary of study designs. NICE process and methods [PMG4]
- National Institute for Health and Care Excellence (2017). Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. NICE clinical guideline CG128. Last updated: 20 Dec 2017
- National Institute for Health and Care Excellence (2020a). Evidence Review: Gonadotrophin Releasing Hormone Analogues for Children and Adolescents with Gender Dysphoria.
- National Institute for Health and Care Excellence (2020b). Evidence review: gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria.
- National Institute for Health and Care Excellence (2021). Shared decision making.
- National Institute of Mental Health. (2024, February). *Autism spectrum disorder*.
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/autism-spectrum-disorders-asd>
- NHS Commissioning Board (2012, December). *Developing Operational Delivery Networks: The*

Way Forward. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/develop-odns.pdf>

NHS Digital. (2018, November 22). *Mental Health of children and young people in England, 2017: Trends and characteristics*. <https://files.digital.nhs.uk/A0/273EE3/MHCYP%202017%20Trends%20Characteristics.pdf>

NHS Digital. (2023, November 21). *Mental Health of Children and Young People in England, 2023 - wave 4 follow up to the 2017 survey*. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-of-children-and-young-people-in-england/2023-wave-4-follow-up/part-1-mental-health>

NHS England. (2019, December 30). *NHS Standard Contract for Gender Identity Development Service for Children and Adolescents*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/04/gender-development-service-children-adolescents.pdf>

NHS England. (2020, July). *Methods: National clinical policies. Methods of development and approval of national clinical policies for directly commissioned specialised services*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/12/Methods-National-clinical-policies-updated-July-2020-v2.pdf>

NHS England. (2023, June 30). *NHS Long Term Workforce Plan*. <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-long-term-workforce-plan/>

NHS England. (2024, March 12). *Clinical policy: Puberty suppressing hormones (PSH) for children and young people who have gender incongruence / gender dysphoria [1927]*. <https://www.england.nhs.uk/publication/clinical-policy-puberty-suppressing-hormones/>

NHS Long Term Plan. (2019, January 7). *The NHS Long Term Plan*. NHS England. <https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>

NIHRtv. (2010, April 22). *Systematic Reviews* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=mAAfvXZPHtE>

Nilles, C., Pringsheim, T. M., & Martino, D. (2022). The recent surge of functional movement disorders: social distress or greater awareness?.

Current opinion in neurology, 35(4), 485–493. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000001074>

Nolan, B. J., Zwickl, S., Locke, P., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2023). Early access to testosterone therapy in transgender and gender-diverse adults seeking masculinization. *JAMA Network Open*, 6(9). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.31919>

Office for National Statistics. (2023a, January 6). *Gender Identity, England and Wales: Census 2021*. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/genderidentity/bulletins/genderidentityenglandandwales/census2021>

Office for National Statistics. (2023b, January 25). *Gender identity: age and sex, England and Wales: Census 2021*. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/genderidentity/articles/>

Office for National Statistics. (2023c, November 8). *Quality of Census 2021 Gender Identity Data*. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/genderidentity/articles/>

Office for National Statistics. (2023d, November 1). *Sexual orientation and gender identity quality information for census 2021*. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/sexuality/methodologies/>

Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after Social Transition. *Pediatrics*, 150(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>

Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Rosenthal, S., Hidalgo, M. A., Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A., & Garofalo, R. (2019). Creating the Trans Youth Research Network: A collaborative research endeavor. *Transgender Health*, 4(1), 304–312. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0024>

Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P., Meyer-Bahlburg, H. F., Garofalo, R., Meyer, W., & Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth: gender identity development and biopsychosocial outcomes. *Current opinion in endocrinology, diabetes, and*

- obesity*, 23(2), 172–179.
<https://doi.org/10.1097/MED.000000000000236>
- OpenMD. (2021, July 17). *Levels of evidence. Levels of Evidence in Medical Research*.
<https://openmd.com/guide/levels-of-evidence>
- Public Health England. (2019, October). *Establishing the evidence base for 'multiple site single service' (MSSS) models of care, Systematic review*.
https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5db c0e89ed915d1cff49f424/multiple_site_single_servi ce.pdf
- Rautio, D., Gumpert, M., Jassi, A., Krebs, G., Flygare, O., Andrén, P., Monzani, B., Peile, L., Jansson-Fröjmark, M., Lundgren, T., Hillborg, M., Silverberg-Mörse, M., Clark, B., Fernández de la Cruz, L., & Mataix-Cols, D. (2022). Effectiveness of Multimodal Treatment for Young People With Body Dysmorphic Disorder in Two Specialist Clinics. *Behavior therapy*, 53(5), 1037–1049.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.04.010>
- Ravindranath, O., Calabro, F. J., Foran, W., & Luna, B. (2022). Pubertal development underlies optimization of inhibitory control through specialization of ventrolateral prefrontal cortex. *Developmental cognitive neuroscience*, 58, 101162. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2022.101162>
- Rawee, P., Rosmalen, J. G. M., Kalverdiijk, L., Burke, S. M. (2024). Development of Gender Non-Contentedness During Adolescence and Early Adulthood. *Archives of Sexual Behaviour*. Epub ahead of print. <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02817-5>
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International review of psychiatry*, 28(1), 13–20.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Ristori, J., Cocchetti, C., Romani, A., Mazzoli, F., Vignozzi, L., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020). Brain Sex Differences Related to Gender Identity Development: Genes or Hormones?. *International journal of molecular sciences*, 21(6), 2123.
<https://doi.org/10.3390/ijms21062123>
- Ruuska, S. M., Tuisku, K., Holttinen, T., & Kaltiala, R. (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 mental health*, 27(1). <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300940>
- Sisk, C. L., & Zehr, J. L. (2005). Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 26(3–4), 163–174.
<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2005.10.003>
- Skills for Health, Health Education England and Skill for Care 2016. (2016). *Mental Health Core Skills Education and Training Framework*. Skills for Health. <https://www.skillsforhealth.org.uk/wp-content/uploads/2021/07/CSTF-Eng-Subject-Guide-v1.1.pdf>
- Skordis, N., Butler, G., de Vries, M. C., Main, K., & Hannema, S. E. (2019). ESPE and PES International Survey of Centers and Clinicians Delivering Specialist Care for Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Hormone Research in Paediatrics*, 90(5), 326–331.
<https://doi.org/10.1159/000496115>
- Spiliadis, A. (2019). Towards a gender exploratory model: Slowing things down, opening things up and exploring identity development. *Metalogos Systemic Therapy Journal*, 35.
https://www.researchgate.net/publication/334559847_Towards_a_Gender_Exploratory_Model_slowing_things_down_opening_things_up_and_exploring_identity_development
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650.
<https://doi.org/10.1007/s10508-011-9752-2>
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2015). More than two developmental pathways in children with gender dysphoria? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 147–148.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.016>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499–516.
<https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013a). Gender

- Identity Development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64(2), 288–297.
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P. C., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013b). Factors associated with Desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582–590.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
- Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L., Menvielle, E., Leibowitz, S., Janssen, A., Cohen-Kettenis, P., Shumer, D. E., Edwards-Leeper, L., Pleak, R. R., Spack, N., Karasic, D. H., Schreier, H., Balleur, A., Tishelman, A., Ehrensaft, D., Rodnan, L., Kuschner, E. S., ... Anthony, L. G. (2016). Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(1), 105–115.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462>
- Swaab, D. F., & Garcia-Falgueras, A. (2009). Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation. *Functional neurology*, 24(1), 17–28.
- Taylor, J., Hall, R., Heathcote, C., Hewitt, C. E., Langton, T., & Fraser, L. (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*, Published Online First: April 2024.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326499>
- Taylor, J., Hall, R., Heathcote, C., Hewitt, C. E., Langton, T., & Fraser, L. (2024). Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of recommendations (part 2). *Archives of Disease in Childhood*, Published Online First: April 2024.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326500>
- Taylor, J., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Characteristics of children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, Published Online First: April 2024.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326681>
- Taylor, J., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Care pathways of children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, Published Online First: April 2024.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326760>
- Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, Published Online First: April 2024.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326669>
- Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Langton, T., Fraser, L., & Hewitt, C. E. (2024). Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents with gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, Published Online First: April 2024.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326670>
- The National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health. Annual Report: UK patient and general population data, 2010-2020. 2023. University of Manchester. <https://nspa.org.uk/wp-content/uploads/2023/03/NCISH-2023-report-Bookmarked.pdf>
- The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. (2015). Board papers - June 2015.
- Thoughts on Things and Stuff. (2023, March 7). *WPATH 2016 - Dr. Polly Carmichael: The Tavistock GIDS Experience* [Video]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=8HQBfuV3V98>
- THRIVE Assessment Tool. (n.d.). *Implementing THRIVE*.
<https://implementingthrive.org/implemented/toolkit/toolkit-phase-1/thrive-assessment/>
- Tollit, M. A., Pace, C. C., Telfer, M., Hoq, M., Bryson, J., Fulkoski, N., Cooper, C., & Pang, K. C. (2019). What are the health outcomes of trans and gender diverse young people in Australia? study protocol for the Trans20 Longitudinal Cohort Study. *BMJ Open*, 9(11).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032151>
- Trafford, A. M., Carr, M. J., Ashcroft, D. M., Chew-Graham, C. A., Cockcroft, E., Cybulski, L., Garavini, E., Garg, S., Kabir, T., Kapur, N., Temple, R. K., Webb, R. T., & Mok, P. L. (2023). Temporal trends in eating disorder and self-harm incidence rates among adolescents and young adults in the

- UK in the 2 years since onset of the COVID-19 pandemic: A population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 7(8), 544–554. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(23\)00126-8](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(23)00126-8)
- Twenge, J. M. (2023). *Generations: The real differences between gen Z, millennials, gen X, boomers, and silents--and what they mean for America's future*. Atria Books.
- Twist, J., & de Graaf, N. M. (2018). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom's National Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 277–290. <https://doi.org/10.1177/1359104518804311>
- Van Cauwenberg, G., Dhondt, K., & Motmans, J. (2021). Ten years of experience in counseling gender diverse youth in Flanders, Belgium. A clinical overview. *International Journal of Impotence Research*, 33(7), 671–678. <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00441-8>
- van der Loos, M. A., Hannema, S. E., Klink, D. T., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2022). Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: A cohort study in the Netherlands. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(12), 869–875. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(22\)00254-1](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(22)00254-1)
- van der Loos, M. A., Klink, D. T., Hannema, S. E., Bruinsma, S., Steensma, T. D., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2023). Children and adolescents in the amsterdam cohort of gender dysphoria: Trends in diagnostic and treatment trajectories during the first 20 years of the Dutch Protocol. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(3), 398–409. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac029>
- van der Miesen, A. I. R., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., Bos, H., & Popma, A. (2020). Psychological Functioning in Transgender Adolescents Before and After Gender-Affirmative Care Compared With Cisgender General Population Peers. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 66(6), 699–704. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018>
- Vandenbussche, E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, 69(9), 1602–1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
- Vrouenraets, L. J., Fredriks, A. M., Hannema, S. E., Cohen-Kettenis, P. T., & de Vries, M. C. (2015). Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 57(4), 367–373. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.004>
- Wallien, M. S., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413–1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Warrier, V., Greenberg, D. M., Weir, E., Buckingham, C., Smith, P., Lai, M.-C., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2020). Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. *Nature Communications*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41467-020-17794-1>
- Wiik, A., Lundberg, T. R., Rullman, E., Andersson, D. P., Holmberg, M., Mandić, M., Brismar, T. B., Dahlqvist Leinhard, O., Chanpen, S., Flanagan, J. N., Arver, S., & Gustafsson, T. (2019). Muscle strength, size, and composition following 12 months of gender-affirming treatment in transgender individuals. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(3). <https://doi.org/10.1210/clinem/dgz247>
- World Health Organization. (2022). *International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization. (2022b, June 8). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People* [7th Version]. <https://www.wpath.org/publications/soc>
- Young Minds. (n.d.). *Guide to CAMHS: a guide for young people*. Young Minds. Retrieved April 2,

2024, from <https://www.youngminds.org.uk/young-person/your-guide-to-support/guide-to-camhs/>

Zucker, K. J. (1985). Cross-gender-identified children. *Gender Dysphoria*, 75–174.
https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4784-2_4



The Cass
Review

Examen indépendant
des services d'identité de genre
pour enfants et jeunes **et jeunes**
