

Protéger nos enfants et nos adolescentes aux prises avec la dysphorie de genre

Mémoire sur le projet de loi 70

Présenté par :

Pour les droits des femmes du Québec (PDF Québec)

Novembre 2020



**Groupe féministe, citoyen, mixte et non partisan, créé en 2013,
composé de plus de 500 membres d'origines diverses.**

**PDF Québec croit qu'une véritable démocratie n'est possible qu'à la
condition de réaliser l'égalité de fait entre les femmes et les hommes.**

PDF Québec soutient la société démocratique et laïque.

Auteures

Ghislaine Gendron

Analyste et membre de *PDF Québec*

Michèle Sirois

Anthropologue et vice-présidente par intérim de *PDF Québec*

**Avec la précieuse collaboration des membres du conseil d'administration
de *PDF Québec***

***Les auteures tiennent à remercier toutes les personnes qui leur ont
apporté leur soutien.***

Table des matières

Résumé.....	1
Liste des recommandations.....	3
Introduction	4
1. Le PL 70 : Association entre l'orientation sexuelle et la dysphorie de genre.....	5
1.1. Premier volet du PL 70 : l'orientation sexuelle	5
1.2. Deuxième volet du PL 70 : l'identité et l'expression de genre	6
2. La dysphorie de genre : Deux approches thérapeutiques différentes.....	7
2.1. L'approche psychothérapeutique « d'attente vigilante »	7
2.2. L'approche thérapeutique « affirmative » ou « d'affirmation »	8
2.3. La compétence de l'enfant à consentir à des traitements invasifs.....	9
2.4. Les effets des bloqueurs d'hormone.....	10
2.5. L'administration d'hormones de l'autre sexe	11
3. La dangereuse association faite entre la notion de « thérapies de conversion » et les traitements favorisant les approches psychothérapeutiques.	13
4. L'ampleur du phénomène	14
5. Nos craintes face au PL 70	15
6. Les erreurs et volte-face des gouvernements étrangers	15
6.1. La Suède	16
6.2. Au Royaume-Uni.....	17
Conclusion	18

Résumé

Le 22 octobre 2020, le ministre Simon Jolin-Barrette présentait le projet de loi n° 70 (PL 70), *Loi visant à protéger les personnes contre les thérapies de conversion dispensées pour changer leur orientation sexuelle, leur identité de genre ou leur expression de genre*.

Ce projet de loi prévoit que toute personne ayant suivi une telle thérapie peut obtenir la réparation du préjudice corporel ou moral qui en a résulté. Il prévoit également qu'aucun contrat ne peut être conclu, à titre gratuit ou à titre onéreux, afin de dispenser à une personne une telle thérapie, et cela sous peine d'amende.

Le projet de loi établit explicitement que le fait pour un professionnel de dispenser une thérapie de conversion constitue un acte dérogatoire à la dignité de sa profession.

Le ministre Jolin-Barrette signale à l'Assemblée Nationale qu'il souhaite que les consultations soient courtes et espère faire adopter rapidement le PL 70.

Notre organisme, *Pour les Droits des Femmes du Québec (PDF Québec)*, s'inquiète de l'amalgame qui est fait dans le PL 70 entre les concepts d'orientation sexuelle, d'une part, et d'identité et expression de genre, d'autre part. Nous craignons que, tel que formulé, le PL 70 entraîne la confusion entre les traitements thérapeutiques de l'orientation sexuelle, qui n'ont pas lieu d'être d'après *PDF Québec*, et les thérapies d'identité et d'expression de genre. Pour cette raison, nous pensons que le PL 70 devrait dissocier l'un et l'autre. Nous pensons que, tel qu'il est formulé, le PL 70 aura pour effet de dissuader les professionnels de la santé de pratiquer une psychothérapie exploratoire, à savoir une pratique thérapeutique qui n'entre ni dans la catégorie de « l'affirmation » de genre, ni dans la pratique d'une « conversion ». Voilà pourquoi, nous voulons alerter le gouvernement et nous lui demandons d'être particulièrement vigilant dans sa définition des thérapies de conversion en lien avec l'identité et l'expression de genre.

Le groupe *Pour les Droits des Femmes du Québec* observe, tout comme de nombreux experts médicaux à travers le monde, que depuis quelques années, il y a une augmentation remarquable et jamais observée auparavant de cas d'enfants s'identifiant à l'autre sexe ou souffrant de la dysphorie de genre. Les jeunes filles semblent particulièrement affectées par ce phénomène à la puberté et les statistiques sont alarmantes : des augmentations de 1500% chez les jeunes filles en Suède et de 3000% chez les enfants du Royaume-Uni ont été rapportés dans des journaux jouissant d'excellentes réputations journalistiques¹. Au Canada les données sont manquantes ou

¹ Janice Turner, « Giving puberty blocker to “trans” children is a leap into the unknown ». *Times, The (United Kingdom)*. February 21 2020

incomplètes. C'est d'ailleurs ce qui caractérise l'émergence de ce phénomène de santé mentale : l'absence ou la faible incidence d'études rigoureuses, de données probantes et de rapports observant les normes standardisées de qualité et d'éthique scientifiques, ce qui est fortement déploré par des experts.

Nous demandons au gouvernement de traiter la dysphorie du genre dans un projet de loi différent de celui de l'orientation sexuelle et de tenir compte de l'absence de consensus dans l'expertise médicale sur le traitement de la dysphorie de genre avant de se prononcer dans un projet de loi qui pourrait avoir de graves conséquences sur la santé des enfants et particulièrement des jeunes filles.

Il en va de la responsabilité du gouvernement face à des enfants et des adolescentes aux prises avec un problème de dysphorie de genre.

Leur souffrance nous impose de nous occuper de ces personnes vulnérables, ce que ne fait pas le PL 70. Il ne faut pas attendre, comme dans le cas des scandales qui ont affecté la crédibilité de la *Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)*, pour prendre la mesure du problème et mettre en place les mesures appropriées.

Liste des recommandations

1. Nous demandons de **séparer** dans des projets de loi distincts, les thérapies de « conversion » relatives à l'**orientation sexuelle** et celles relatives à la **dysphorie de genre (DG)**.
2. Nous demandons au gouvernement de **s'abstenir d'intervenir dans un débat médical** sur le meilleur traitement de la dysphorie du genre, par une législation qui risque de dissuader des professionnels de la santé de choisir de pratiquer des psychothérapies d'exploration non-invasives pour traiter des enfants souffrant de la dysphorie du genre.
3. Nous demandons au gouvernement **de faire appel à des études indépendantes**, et à consulter des experts reconnus en traitement de la dysphorie de genre et à s'adjoindre des chercheurs de l'INRS et des experts du ministère de la Santé quant au processus thérapeutique, comme le font les gouvernements britannique et suédois.
4. Nous appelons le législateur et les politiciens à **ne pas stigmatiser la psychothérapie « non affirmative »** pour traiter la dysphorie de genre en l'assortissant de pénalités et de poursuites et à ne pas réduire l'accès aux alternatives de traitement reconnus par la communauté médicale, pour les patients qui cherchent des solutions non-biomédicales à leur détresse.
5. Nous demandons de **retirer** du projet de loi 70 des termes et des notions sexistes tels qu'« identité de genre » et « expression de genre » du fait que ces expressions sont associées concrètement dans la société à des stéréotypes de genre où les femmes et les hommes sont liés à des comportements et rôles socio-culturels prédéterminés par leur culture et leur époque. Il faudrait donc inclure dans la loi des définitions et des exemples non-sexistes.

Introduction

Le 12 septembre 2019, *PDF Québec* recevait un courriel de la part d'une jeune femme qui demandait de l'aide. Aujourd'hui, nous aimerions le partager avec les membres de cette commission parlementaire. Le nom de la jeune fille ne sera pas mentionné parce qu'elle a demandé de respecter son anonymat par crainte de subir du harcèlement sur les réseaux sociaux.

À qui de droit

Mon nom est xxx et je suis une femme de 19 ans, mutilée par un traitement inadéquat de dysphorie de genre lorsque j'étais adolescente. Considérant les problèmes de santé mentale sévère dont je souffrais à ce moment-là, je n'étais pas en mesure de donner un consentement éclairé. Comme vous le savez probablement, on donne des hormones et on offre des chirurgies à des filles mineures inconfortables avec leur corps (un malaise normal considérant l'hypersexualisation et les répercussions d'être perçue comme une fille/une femme).

C'est ainsi que plus d'un an après avoir cessé de prendre des hormones, je suis enceinte et je ne pourrai pas allaiter à cause de ma mastectomie qui n'était pas nécessaire. Heureusement, je me retrouve également avec l'expérience et la détermination pour contribuer à changer la situation actuelle en ce qui concerne les traitements administrés aux personnes mineures souffrant de dysphorie de genre. Je sais que je ne suis pas la seule à avoir détransitionnée, puisqu'il y avait eu un article de Radio-Canada à ce sujet. Je rêve de créer un recours collectif contre les établissements qui causent ces torts pour créer un précédent.

Cette nuit, j'ai entendu parler pour la première fois de votre groupe et j'y ai vu de l'espoir. Si vous le pouvez, je demande votre aide pour réaliser ce projet, puisque je doute pouvoir y arriver seule – c'est ensemble qu'on peut créer une réelle différence.

Cordialement

XXXX

Cette jeune fille a été rencontrée et nous a partagé son histoire et sa souffrance. Elle a maintenant 20 ans. Suite aux traitements, elle a une voix de garçon qu'elle assume difficilement. Elle a accouché d'une petite fille depuis cette rencontre. Elle ne peut pas l'allaiter, ayant subi une mastectomie alors qu'elle était mineure (17 ans). Elle a également perdu une partie de ses cheveux et doit porter une perruque.

Suite à la recommandation de testostérone de la part d'une psychologue appliquant les principes de thérapies d'affirmation dans une clinique de genre à Montréal, l'adolescente a dû être internée dans un hôpital psychiatrique après avoir fait plusieurs tentatives de suicide.

C'est à partir de ce témoignage et de cette rencontre que *PDF Québec* s'est intéressé à ce phénomène qui toucherait deux fois plus les adolescentes que les garçons à l'âge de la puberté, tel que le révèlent les données récentes. Ce ratio masculin-féminin, jamais observé auparavant dans les données antérieures à 2006, s'est « inversé », ce qui est inexpliqué par les experts médicaux et un sujet de préoccupations pour notre groupe féministe.

1. Le PL 70 : Association entre l'orientation sexuelle et la dysphorie de genre

1.1. Premier volet du PL 70 : l'orientation sexuelle

Le 9 mars 2020, au micro de l'émission *Tout un matin* de Radio-Canada, la psychologue professionnelle Christine Proulx confirme ce que la très vaste majorité d'entre nous savions déjà, à savoir que les personnes homosexuelles ne souffrent pas de maladie mentale. Elle ajoute qu'un psychologue, membre de l'Ordre des Psychologues du Québec (OPQ) qui voudrait « traiter » ou « changer » l'orientation sexuelle d'une personne venue le consulter, contreviendrait au code de déontologie et à l'éthique de la profession. Elle termine l'entrevue en précisant qu'**aucune plainte en ce sens n'aurait d'ailleurs jamais été logée auprès de son ordre professionnel.**

Depuis 1973, *l'Association Américaine de Psychiatrie* a rayé l'homosexualité des pathologies et des troubles de personnalité recensées dans le « *Diagnostic and Statistic Manuel of Mental Disorders* » (DSM). Au Québec, *L'Association des Psychologues du Québec* et *l'Ordre des Psychologues du Québec (OPQ)* affirment très clairement que l'homosexualité n'est ni une maladie, ni un trouble mental.

Dans un avis de 2012 portant sur la question du changement de l'orientation sexuelle, l'OPQ affirme que:

« Étant donné l'état de la recherche sur ces questions, il serait contraire à l'éthique et à la déontologie de présenter aux personnes homosexuelles désireuses de s'engager en psychothérapie, une intervention visant à changer l'orientation sexuelle comme une façon de les traiter. Non seulement ce n'est

pas avéré, mais cela risquerait de susciter de faux espoirs et être à la source d'une plus grande détresse devant l'échec prévisible de ce traitement. »²

Comme l'homosexualité n'est pas une maladie, il n'est donc pas question d'en guérir.

On peut alors s'interroger sur la nécessité de prévoir des contraintes aux codes des professions et des possibilités de poursuites en dédommagements pour interdire les thérapies de conversion puisque déjà les Associations et les Ordres professionnels encadrent les pratiques des professionnels et s'opposent à toute forme de maltraitance envers les personnes, qu'elles soient hétérosexuelles ou homosexuelles, et pénalisent les membres qui dérogent à des principes éthiques fondamentaux.

Cependant, certains individus non-membres d'associations professionnelles reconnues peuvent s'improviser thérapeutes et utiliser des méthodes de conversion préjudiciables à la santé mentale des patients qui les consultent. Ainsi, dans certains reportages, on présente des témoignages de personnes qui disent avoir subi des « thérapies » de conversion abusives et violentes.

PDF Québec s'oppose bien évidemment, à ces thérapies qui sont souvent l'œuvre de groupes religieux conservateurs. Heureusement, de moins en moins de ces groupes religieux tentent de pratiquer ce genre de « conversion ». D'abord à cause du taux d'échec élevé de ces « pratiques » et ensuite parce que ces groupes acceptent de plus en plus que l'orientation sexuelle de leurs croyants puisse être différente.

Le premier volet du PL 70 qui traite de l'orientation sexuelle, que nous appuyons tout à fait, paraît vouloir pénaliser certaines de ces pratiques, ce que les femmes et les membres de notre groupe accueillent favorablement.

1.2. Deuxième volet du PL 70 : l'identité et l'expression de genre

Si l'homosexualité n'est pas une maladie et ne requiert aucun soin, il en est autrement pour la dysphorie de genre (DG) qui est un diagnostic de santé mentale et requiert souvent des soins et des traitements, particulièrement pour les enfants et les adolescents. Leur souffrance nous impose de nous occuper de ces personnes vulnérables, ce que ne fait pas du tout le PL 70. Il ne faut pas attendre, comme dans le cas des scandales qui ont affecté la crédibilité de la *Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)* pour prendre la mesure du problème et mettre en place les mesures appropriées.

² Avis de l'ordre des psychologues du Québec, 2012, « Les interventions qui visent à changer l'orientation sexuelle » https://www.ordrepsy.qc.ca/c/document_library/get_file?uuid=b57fed59-38cb-4496-8976-2a5b832cf035&groupId=26707

Le deuxième volet du PL 70 mentionne « l'identité de genre », alors qu'il nous semblerait plus juste de parler de « dysphorie de genre ». En effet, le PL 70 vise à établir une législation de traitements et de thérapies concernant un diagnostic de santé mentale.

Déjà, un problème surgit quant au manque de définitions touchant l'objet de la loi. Utiliser des termes tels que « identité de genre » et « expression de genre » dans un projet de loi et cela, sans même les définir, paraît inquiétant du fait que cela pourrait ouvrir la porte à des interprétations juridiques préoccupantes, surtout pour les femmes. En effet, il nous paraît insolite, et à la limite sexiste, de faire référence à des termes qui associent des rôles et des comportements sociaux-culturels à l'un ou l'autre sexe. Comment un juriste interprètera-t-il « l'expression de genre » d'une personne ? Quel comportement, attitude, vêtement, apparence va-t-il attribuer aux femmes et aux hommes, permettant ainsi de cerner ce qui pourrait être éventuellement considéré et interprété par les tribunaux comme une thérapie de conversion ? Les féministes aimeraient bien pouvoir obtenir cette liste. Est-il utile de rappeler que le fait d'affirmer que des identités et des expressions de genre soient associés à des sexes va à l'encontre de la lutte aux stéréotypes menée par les femmes et les féministes depuis des années ?

La DG, se définit comme la souffrance ressentie par les personnes du fait d'une inadéquation entre l'expérience psychologique de soi-même en tant qu'homme ou femme, ou en tant que fille ou garçon, et les caractéristiques sexuelles de leur corps. C'est pourquoi des thérapies sont proposées et que les traitements sont couverts par les assurances-maladies. Contrairement à l'orientation sexuelle, la DG est un diagnostic de santé mentale et est répertoriée dans le DSM-5. Elle peut nécessiter des traitements thérapeutiques. Comment justifierait-on autrement l'admissibilité de l'ensemble des traitements et de la médicalisation dans la couverture des soins assurés par l'assurance-maladie du Québec ?

De l'avis de certains experts médicaux et des militants LGBTQ, l'identité de genre serait fluide, c'est-à-dire qu'elle tendrait à varier avec l'âge, les circonstances et l'expérience individuelle. Ne serait-ce que sur ce dernier point, il s'agit d'une différence majeure d'avec l'orientation sexuelle qui semble immuable et une raison supplémentaire de ne pas les associer dans un même projet de loi.

2. La dysphorie de genre : Deux approches thérapeutiques différentes

Pour diagnostiquer et soigner des enfants et des adolescents souffrant de la DG, deux approches thérapeutiques se dégagent des recherches médicales des 35 dernières années.

2.1. L'approche psychothérapeutique « d'attente vigilante »

Une première approche psychothérapeutique qu'on pourrait qualifier d'« attente vigilante » favorise une attitude ouverte pour accueillir les différents vécus des enfants

souffrant de DG. Elle cherche à les comprendre et leur offrir du support tout au long de l'évolution de leur identité de genre. Cette approche favorise l'exploration des causes possibles de la souffrance de l'enfant sans jamais exclure la possibilité que la dysphorie de genre en soit une cause primaire. Cette thérapie comprend et tient compte du fait que 20% des enfants ne se réconcilient pas avec leur corps après l'adolescence et devront vivre des vies d'adulte en s'identifiant aux comportements sociaux-culturels généralement associés à l'autre sexe (soit, l'expression et l'identité de genre). Pour les autres (de 60 à 80% des enfants éprouvant les symptômes à divers degrés de sévérité), ils se réconcilieront avec leur sexe de naissance quand ils atteindront l'adolescence et vivront leur vie d'adulte normalement, sans avoir recours à de la médication ou des chirurgies comme la plupart d'entre nous.^{3 4}

Les recherches permettent d'affirmer que, chez les personnes qui font l'expérience de la DG, un petit nombre sont des enfants et que seuls une minorité d'enfants pré-pubères persistera à l'adolescence ou à l'âge adulte. Le pourcentage de « persistance » de la DG semble se situer entre 10 et 27 %^{5 6}.

« Le traitement des enfants pré-pubères est donc essentiellement psychologique. Cependant, les enfants qui souffrent encore de la DG au moment de la puberté deviendront presque invariablement des adultes dysphores. »⁷

2.2. L'approche thérapeutique « affirmative » ou « d'affirmation »

Une seconde approche thérapeutique est dite « affirmative », en ce sens qu'elle centre son intervention sur les affirmations des enfants souffrant de dysphorie de genre quant à leur identité de genre qu'ils ressentent non-conforme à leurs caractéristiques sexuelles.

³ International Journal of Transgenderism, ISSN: 1553-2739 (Print) 1434-4599 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/wijt20>, "The myth of persistence: Response to "A critical commentary on follow-up studies and 'desistance' theories about transgender and gender non- conforming children" by Temple Newhook et al. (2018) », Kenneth J. Zucker

⁴ Une statistique, incontestée par le GIDS (Gender Identity Development Services sous la responsabilité du ministère de la Santé britannique et pourvoyeur de soins pour les enfants dysphoriques) et par les cliniques du genre nord-américaines, révèle qu'en l'absence d'une intervention d'ordre médical, environ 85 % des enfants dysphoriques de genre se réconcilient avec leur sexe biologique après la puberté - <https://t.co/CJWsLb358d?amp=1>

⁵ Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT, Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008; 47.

⁶ Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP et al. Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria; A quantitative follow-up study. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2013

⁷ Notre traduction. J.J.Vrouenraets et al., *Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study*, [Journal of Adolescent Health, Volume 57, Issue 4](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00159-7/fulltext), October 2015, Pages 367-373, [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(15\)00159-7/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00159-7/fulltext)

Cette approche stipule que les individus, même les jeunes enfants, ont la capacité de savoir et ressentir s'ils ou elles sont des filles ou des garçons. À partir de ce fait, on recommande au thérapeute de croire l'enfant (ou le parent qui rapporte ces affirmations) et de l'aider à affirmer le genre ressenti en se nommant, s'habillant ou se comportant comme une personne du genre qu'il croit être.

Selon cette approche, les enfants auraient la capacité cognitive et la « compétence » de consentir à des interventions biomédicales ayant pour but de changer leur identité sexuelle, comme par exemple des bloqueurs de puberté pour les enfants pré-pubères, des hormones de l'autre sexe pour les adolescents et possiblement des chirurgies que l'on peut qualifier objectivement d'invasives (mastectomie, ablation d'organes sexuels ou reconstruction de caractères sexuels de l'autre sexe).

2.3. La compétence de l'enfant à consentir à des traitements invasifs

Nous sommes d'avis que cette « position » de la **reconnaissance de la compétence de l'enfant à consentir à de la bio-médicalisation devrait particulièrement interpeler le législateur.**

Compte tenu de ce que les neurosciences nous disent sur la maturité cérébrale des adolescents (et à fortiori des enfants) :

« (...) l'acquisition de la maturité cérébrale est un processus continu, pouvant durer jusqu'à la mi-vingtaine, mais aussi que certaines habiletés décisionnelles de l'adolescent, comme l'évaluation des risques et bénéfices à court et à long terme seraient différentes de celles des adultes, surtout dans les situations émotionnellement chargées. »⁸

Non moins troublant est le fait que les recherches révèlent une incidence préoccupante du taux de la comorbidité accompagnant les diagnostics de DG! En effet, les études révèlent que 52% ⁹ des enfants qui consultent pour la DG présentent **au moins** un autre diagnostic de santé mentale (autisme, dépression, personnalité limite, TDAH, etc.). Elle

⁸ Brigitte Brabant. Bioéthique On Line 2016. « Adolescents, neurosciences et prise de décisions médicales: devrions-nous revoir certaines dispositions du Code civil du Québec ? » 2016. <https://aqec.ca/wp-content/uploads/2018/10/BBrabant.pdf>

⁹ Wallien MS, Swaab H. Cohen-Kettenis PT. La comorbidité psychiatrique chez les enfants cliniquement référés souffrant de troubles de l'identité sexuelle. AM Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007

serait de 32% chez les adolescents¹⁰. Une autre étude montre que 43% des enfants et des adolescents vus dans une clinique d'identité de genre souffrent d'une psychopathologie majeure.¹¹ Cette dernière information devrait interroger le législateur sur la capacité d'un adolescent ou d'un enfant à exercer un choix éclairé concernant une prise de médication aussi invasive.

De plus « la persistance [à s'identifier comme trans] serait fortement corrélée avec le début des interventions physiques, telles que le bloqueur hypothalamique. » selon les déclarations même du *Gender Identity Development Service*, sous la responsabilité du ministère de la Santé du Royaume-Uni et dispensateur de ces services aux enfants. Ceci contredit l'argument du « bouton pause » souvent invoqué par les tenants de cette thérapie et remet en question la « réversibilité » du traitement.

2.4. Les effets des bloqueurs d'hormone

Dans une lettre à l'éditeur de la prestigieuse revue scientifique « Archives of Sexual Behavior » publiée le 21 octobre 2020, le docteur en psychanalyse Robert D'Angelo de l'*Institut de Psychanalyse Contemporaine* de Los Angeles écrit ceci à propos de l'administration de bloqueurs d'hormone aux adolescents :

*« Jusqu'à récemment, les bloqueurs de puberté étaient considérés comme sûrs et totalement réversibles, mais de nouvelles preuves de leurs effets néfastes sur la santé des os et du cerveau apparaissent aujourd'hui (Klink, Caris, Hejboer, van Trotsenburg et Tooteveel, 2015; Joseph, Ting et Butler, 2019 : Schneider et al. 2017). »*¹²

Il faut savoir que la « triptoréline » communément appelée « bloqueur de puberté » fait partie d'un groupe de médicaments, les agonistes de la GnRH, qui libèrent une forme particulière de l'hormone humaine gonadotrophine pour empêcher les testicules et les ovaires de produire les hormones sexuelles. La triptoréline, la plus utilisée de ces substances, est homologuée pour traiter le cancer avancé de la prostate chez les hommes, l'endométriose chez les femmes, pour « castrer chimiquement » les délinquants sexuels masculins.

¹⁰ De Vries Al,, Doreleijers TA. Steensma TD. Cohen-Kettenis PT. Psychiatrie comorbidité chez les adolescents dysphoriques de genre. Psychiatrie de l'enfant, 2012

¹¹ Meyenburg B. Dysphorie de genre chez les adolescent : Difficultés de traitement. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 2014

¹² Notre traduction. D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S. et al. One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. Arch Sex Behav (2020). <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>

Ils sont aussi utilisés chez les enfants pour mettre un terme aux rares cas de puberté précoce. Dans ce dernier cas, ce médicament est administré et homologué **pour une courte période seulement** puisque l'administration de ces produits à long terme, sur des enfants, n'a jamais fait l'objet d'une étude scientifique reposant sur des données probantes. Ce médicament est administré hors indications (AMM ou « off-label ») aux enfants souffrant de la DG.

Ferring Pharmaceuticals, le fabricant de la triptoréline, a non seulement subventionné un programme d'essais du « protocole néerlandais », (le protocole de recherche dont s'inspire la thérapie affirmative), mais a également versé, depuis 2013, 1,4 million de livres sterling au parti britannique des Libéraux démocrates, les plus ardents défenseurs du principe de l'autodétermination sexuelle.

Sans les moyens financiers importants des lobbies qui supportent les thérapies dites « affirmatives », des approches psychothérapeutiques exploratoires cherchent à aider les enfants à comprendre et identifier les causes de leur détresse psychologique en leur donnant un support constant et soutenu tout au long de leur adolescence. Ces thérapies ne génèrent guère de profits et ne nourrissent pas les grandes entreprises commerciales. Elles n'engagent que les honoraires de psychothérapeutes, et les frais d'une clinique médicale.

2.5. L'administration d'hormones de l'autre sexe

Voici ce qu'on peut lire sur les « hormones croisées » dans la lettre le Dr D'Angelo à l'éditeur du « Archives of Sexual Behavior » :

« Les hormones sexuelles croisées sont associées à des complications cardiovasculaires, notamment un risque quatre fois plus élevé de crise cardiaque chez les femmes biologiques et un incidence trois fois plus élevée de thrombo-embolie veineuse chez les hommes biologiques (Alzahrani et al., 2019; Nota et al., 2019) »¹³

Il y a moins d'un mois, un article de l'Associated Press, diffusé par ABC News¹⁴, relatait le décès tragique de cette femme trans, activiste connue pour ses luttes pour les droits des personnes transgenres, qui a été malheureusement terrassée par une thromboembolie veineuse et retrouvée sur le stationnement de son complexe d'habitation. Elle tenait un blog sur les droits des personnes transgenres.

¹³ D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S. et al. One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav* (2020). <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>

¹⁴ <https://abcnews.go.com/US/wireStory/autopsy-transgender-rights-activist-died-embolism-73657517>

Particulièrement alarmants sont ces résultats de recherche publiés récemment¹⁵ (2020) par le Dr Michael Biggs, professeur agrégé au département de sociologie d'Oxford, dans la revue *Archives of Sexual Behavior*. Le Dr Biggs aurait observé un effet contraire des effets souhaités des protocoles de thérapies affirmatives chez les jeunes filles souffrant de DG. Non seulement l'administration de testostérone n'aurait pas atténué la souffrance associée à la DG, elle aurait eu des effets amplificateurs sur leur détresse psychologique. C'est d'ailleurs ce que nous a témoigné la jeune fille qui nous a contactées; ce n'est qu'après avoir pris de la testostérone qu'elle a commencé à attenter à sa vie.

Cependant, « *le résultat le plus alarmant constaté était l'augmentation marquée du nombre de patient-e-s qui validaient la déclaration suivante : « J'essaie délibérément de me blesser ou de me tuer » suite aux traitements. Étant donné que les parents se font constamment répéter (de façon tout à fait erronée) que leurs enfants se suicideront s'ils et elles ne prennent pas de bloqueurs, cette tendance nécessite certainement un examen plus approfondi.* », note Janice Turner journaliste d'enquête au Times de Londres dans un article du 21 février 2020 ¹⁶

D'autre part, une poursuite judiciaire intentée à Londres par une jeune fille ayant détransitionné questionne la compétence des enfants à consentir de façon éclairée à ces traitements¹⁷. Deux autres poursuites sont enregistrées, dont l'une de la mère d'une jeune fille autiste ayant détransitionné. Un rapport indépendant a été demandé de la part du gouvernement anglais sur les pratiques de thérapies affirmatives et la bio-médicalisation de mineurs.

Il est difficile de considérer que des enfants peuvent donner leur consentement éclairé dans le cadre de ce type de thérapie après avoir pris connaissance, en tant qu'adultes, de la documentation médicale.

En Angleterre, à l'instar de la Suède, le ministère de la santé a ordonné une étude indépendante présidée par la Dre Hilary Cass (ex-présidente du Royal College of Paediatrics and Child Health), pour évaluer les services offerts aux enfants en matière de

¹⁵ Biggs, M. Gender Dysphoria and Psychological Functioning in Adolescents Treated with GnRHa: Comparing Dutch and English Prospective Studies. *Arch Sex Behav* **49**, 2231–2236 (2020).
<https://doi.org/10.1007/s10508-020-01764-1>

¹⁶ <https://www.thetimes.co.uk/article/giving-puberty-blocker-to-trans-children-is-a-leap-into-the-unknown-x3g37sb7f>

¹⁷ <https://www.thetimes.co.uk/article/can-life-changing-decisions-be-left-to-children-ng8rs9kmr>

traitement de la DG et rédiger des "recommandations fondées sur les données probantes quant à l'utilisation future de ces médicaments". Ce rapport est très attendu.

3. La dangereuse association faite entre la notion de « thérapies de conversion » et les traitements favorisant les approches psychothérapeutiques.

En 2015, le Dr Kenneth Zucker dirigeait une clinique pour traiter les enfants souffrant de la DG, le *Gender Identity Clinic (GIC)* sous l'administration du plus important hôpital psychiatrique du Canada, le *Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)* à Toronto.

Il était à la tête d'un groupe de cliniciens qui pratiquaient une approche « vigilante » pour traiter les enfants atteints de DG. Il préconisait une approche qui visait d'abord à aider les enfants à se sentir confortables avec leur corps, car de l'avis de tous les experts l'identité de genre tend à varier avec l'âge et les expériences individuelles.

Le Dr Zucker a été accusé par certains activistes de faire de la « thérapie réparatrice », nom que l'on donnait à l'époque aux thérapies de conversion. Il a été victime de fausses allégations, dont il a été blanchi par la suite au cours d'un procès, et dédommagé par le CAMH.¹⁸

Le CAMH s'est excusé publiquement, mais a quand même maintenu sa décision de fermer la clinique du Dr Zucker (GIC). Cette décision a eu pour conséquence la renonciation à une subvention d'un million de dollars qui devait servir à étudier les effets des bloqueurs d'hormones sur les enfants. Perte inconcevable pour qui se préoccupe de leur santé.

Ceci donne un aperçu de la manière dont pourrait être interprété le terme « thérapie de conversion » par certains activistes et militants de la trans-identité.

Dans sa lettre adressée à l'éditeur de la revue *Archives of Sexual Behavior*, le Dr D'Angelo dénonce l'amalgame qui est fait entre les psychothérapies d'exploration de la DG et les accusations de « conversion ». Il critique sévèrement le choix fait par d'autres chercheurs d'envisager sous une forme binaire les thérapies en opposant les thérapies d'« affirmation » aux thérapies dites de « conversion » qu'ils associent aux psychothérapies exploratoires. Le Dr D'Angelo appelle la communauté scientifique à résister à la stigmatisation de la psychothérapie pour traiter la DG et à soutenir une recherche rigoureuse sur l'efficacité des différents traitements psychologiques visant à améliorer ou à résoudre la DG. À son appel à la communauté scientifique, nous nous

¹⁸ <https://www.theglobeandmail.com/news/toronto/gender-identity-debate-swirls-over-camh-psychologist-transgender-program/article28758828/>

permettons d'ajouter un appel pour que les acteurs politiques prennent conscience de l'urgence d'étudier en profondeur ces phénomènes avant de légiférer :

« L'affirmation non prouvée de Turban et al. (2020), selon laquelle les thérapies « non affirmatives » sont dangereuses, contraste avec les risques et incertitudes documentés associés aux interventions hormonales et chirurgicales qui sont au cœur de l'approche des thérapies affirmatives ». ¹⁹

Le Dr D'Angelo termine avec cette phrase qui invite à la plus grande prudence quant aux thérapies affirmatives :

« En l'absence de preuves solides à long terme que les avantages des interventions biomédicales l'emportent sur les risques potentiels, en particulier chez les jeunes, il va de soi que les options de traitements les moins invasives doivent être poursuivies avant de passer à des interventions plus risquées et irréversibles. Dans la mesure où les traitements psychologiques peuvent aider un individu à obtenir un soulagement de sa maladie sans subir d'interventions modifiant son corps, il est non seulement éthique et prudent, mais aussi essentiel de garantir l'accès à ces interventions. »²⁰ (notre souligné)

4. L'ampleur du phénomène

On assiste dans les sociétés occidentales, depuis quelques années, à une véritable explosion de cas d'enfants diagnostiqués « dysphoriques de genre ». Plusieurs de ces cas ont été associés à un phénomène nommé « rapid onset of gender dysphoria »²¹. Il s'agit d'adolescents, n'ayant jamais éprouvé d'inconfort dans leur enfance relativement à l'identification de leur « genre », mais qui « estiment » qu'ils sont de l'autre sexe parce qu'ils éprouvent de l'inconfort, un rejet, une honte ou un malaise en lien avec les changements hormonaux et physiologiques se produisant dans leur corps à l'adolescence.

Une fois le traitement hormonal commencé, il se poursuit généralement toute la vie parce que l'enfant est trop engagé dans le processus et peut plus difficilement reculer. Un enfant, initialement en bonne santé physique devient ainsi un patient à vie. En Suède et

¹⁹ Notre traduction. D'Angelo, R., Sylunik, E., Ayad, S. et al. One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav* (2020). <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>

²⁰ Idem, Notre traduction

²¹ <https://quillette.com/2019/03/19/an-interview-with-lisa-littman-who-coined-the-term-rapid-onset-gender-dysphoria/>

au Royaume-Uni, des pressions ont été faites sur les élus politiques pour abaisser l'âge des enfants où ils peuvent « subir » des ablations chirurgicales à un âge plus précoce dans leur adolescence (14 ans).

La clinique de l'hôpital Karolinska en Suède fait l'objet de vives critiques pour avoir pratiqué des mastectomies sur des enfants aussi jeunes que 14 ans. La journaliste suédoise, Malou Von Siver a entrepris d'enquêter sur la clinique et a produit des reportages²² inquiétants sur ce sujet. Cette investigation a obligé le gouvernement Suédois à suspendre un projet de loi et à commander un rapport indépendant.

5. Nos craintes face au PL 70

Notre préoccupation réside dans la crainte que certaines dispositions du PL 70 puissent avoir un effet dissuasif sur les professionnels quant au meilleur intérêt de l'enfant dans leur choix des traitements de la DG. Cette limitation dans les options de traitement aurait un effet néfaste quant au choix des services thérapeutiques offerts aux parents d'enfants souffrant de DG. En fait, tel que rédigé, ce projet de loi pourrait signifier que le gouvernement intervient dans un débat médical en dissuadant des thérapeutes de choisir des pratiques moins invasives que les thérapies affirmatives.

Que le ministère de la Justice veuille s'insérer dans un débat semblable nous paraît relever d'une ingérence inédite de la sphère législative dans le domaine médical, ce qui contournerait par surcroît le rôle du ministère de la santé, lequel devrait être l'expert médical pour examiner et évaluer de manière indépendante les thérapies avec médication sur des enfants. Or, le ministère de la santé ne semble pas avoir été consulté dans le processus législatif, alors qu'il en va de la santé des enfants.

Actuellement, le gouvernement canadien a présenté un projet de loi (C-6) qui poursuit le même objectif que le projet de loi 70, l'interdiction des thérapies de conversion. Ce projet de loi C-6 veut criminaliser toute personne ou groupe qui pratiquerait des thérapies de conversion quant à l'identité de genre et l'expression de genre. Or, ces notions font référence concrètement à des stéréotypes contre lesquelles les féministes canadiennes se sont battues depuis plus de cent ans et menacent la santé des enfants, particulièrement les jeunes filles, en favorisant les thérapies invasives et de la biomédicalisation qui n'est pas sans conséquence. Ce projet de loi a suscité l'opposition de nombreux groupes féministes à travers tout le Canada.

6. Les erreurs et volte-face des gouvernements étrangers

²² <https://www.youtube.com/watch?v=sJGAoNbHYzk&feature=youtu.be>

6.1. La Suède

Le 22 février 2020²³, le journal britannique *The Guardian* informe ses lecteurs qu'il y a une explosion de cas de dysphorie du genre chez les jeunes filles de 13 à 17 ans en Suède. **Une augmentation de 1500%.** Rappelons qu'à l'automne 2018, sous la pression de groupes LGBTQ, le gouvernement social-démocrate proposait une loi pour abaisser l'âge légal pour obtenir des chirurgies sexuelles, de 18 à 15 ans, sans avoir à obtenir le consentement des parents.

C'est en mars 2019 que les choses ont commencé à tourner quand une psychiatre de l'académie Gothenburg's Sahlgrenska a écrit un article dans un journal à large tirage en Suède (le Svenska Dagbladet) avertissant le public que les traitements aux hormones et les chirurgies d'ablation des organes sexuels chez les enfants constituaient une large **expérimentation qui risquait de devenir l'un des pires scandales médicaux que la Suède ait connus.**

En octobre 2019, la télévision suédoise dénonçait le fait que la clinique de traitement d'enfants dysphoriques de l'hôpital universitaire Karolinska faisait des mastectomies sur des enfants aussi jeunes que 14 ans et ne cherchait pas à savoir si la détresse des enfants pouvait être imputable à d'autres causes que la dysphorie du genre.

Les documents d'étude qui avaient servi à justifier l'abaissement d'âge et qui avaient été communiqués à la ministre de la Santé suédoise ont été sévèrement critiqués par l'Agence suédoise d'évaluation des technologies de la Santé : le 20 décembre 2019 l'agence concluait : « (...) qu'il y avait très peu de recherches sur les raisons expliquant la récente flambée d'adolescentes signalant une dysphorie de genre et qu'il y avait très peu de recherches sur les risques ou avantages du traitement hormonal et de la chirurgie ». Les **conclusions du rapport suédois** ²⁴ sont très inquiétantes notamment sur l'absence de données répondant aux normes scientifiques et permettant de tirer des conclusions.

Il n'est pas anodin de mentionner les réticences de la ministre de la Santé Lena Hallengren, laquelle a demandé qu'un addendum soit ajouté au texte de loi pour préciser

²³ Source Journal britannique « The Guardian », journaliste : Richard Orange, « Teenage transgender row splits Sweden as dysphoria diagnoses soar by 1,500% », 22 février 2020 - <https://www.theguardian.com/society/2020/feb/22/ssweden-teenage-transgender-row-dysphoria-diagnoses-soar>

²⁴ <https://www.sbu.se/en/publications/sbu-bereder/gender-dysphoria-in-children-and-adolescents-an-inventory-of-the-literature/>

que c'était sa prédécesseure, et non elle-même qui avait initié ce projet de loi controversé.

6.2. Au Royaume-Uni

Janice Turner, journaliste d'enquête du Times de Londres rapporte de son côté, dans un article du 21 février 2020 (Times), une augmentation de 3000% d'enfants qui ont été dirigés vers des cliniques de traitement de la dysphorie du genre depuis une décennie.

En attendant le dépôt du rapport commandé par le gouvernement, la principale clinique britannique de traitement de la dysphorie du genre pour les enfants, la clinique Tavistock & Porter fait l'objet de poursuites judiciaires et de vagues de démissions et de dénonciations de la part du personnel soignant, des psychologues et des infirmières.

Plusieurs allèguent que la clinique « induit matériellement en erreur » les enfants patients et leurs parents, en omettant de préciser que « près de 100 % des enfants qui entament la prise de bloqueurs hormonaux finissent par prendre des hormones de l'autre sexe, aux effets irréversibles ».²⁵

Voici le cri d'alarme d'un spécialiste démissionnaire de la clinique Tavistock & Porter à Londres :

« One psychologist, who wished to remain anonymous, said: "Our fears are that young people are being over-diagnosed and then over - medicalised.

*"We are extremely concerned about the consequences for young people... For those of us who previously worked in the service, we fear that we have had front row seats to a **medical scandal**."*²⁶

²⁵ Janice Turner, « Giving puberty blocker to "trans" children is a leap into the unknown ». *Times, The (United Kingdom)*. February 21 2020

<https://www.thetimes.co.uk/article/giving-puberty-blocker-to-trans-children-is-a-leap-into-the-unknown-x3g37sb7f>

²⁶ Laura «Children's transgender clinic hit by 35 resignations in three years as psychologists warn of gender dysphoria 'over-diagnosed' », 12 décembre 2019,

<https://www.telegraph.co.uk/news/2019/12/12/childrens-transgender-clinic-hit-35-resignations-three-years/>

Conclusion

Comme nous l'avons démontré, la communauté internationale d'experts est très divisée sur les causes et les traitements les mieux appropriés pour soigner les enfants souffrant de DG. L'étude empirique²⁷ « *Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria* » menée par le département de psychiatrie pour enfants et adolescents du *Centre médical de l'Université Curium-Leiden* aux Pays-Bas et du département de psychologie médicale de *Centre Universitaire d'Amsterdam* énumère les points de divergence des équipes interdisciplinaires d'experts consultés à travers le monde :

« Sept thèmes donnent lieu à des opinions différentes, voire opposées sur le traitement :

La (non)-disponibilité d'un modèle exploratoire de la DG - La nature de la DG (variation normale, la construction sociale ou maladie (mentale) - Le rôle de la puberté physiologique dans le développement de l'identité sexuelle - Le rôle de la comorbidité - Les effets physiques ou psychologiques possibles des interventions médicales précoces (ou de l'abstention de celles-ci) - La compétence de l'enfant et de leur autorité décisionnelle - Le rôle du contexte social dans la perception de la DG »

Ils concluent :

« Tant qu'il y aura un débat sur ces sept thèmes et que seules des données limitées dans le temps seront disponibles, il n'y aura pas de consensus sur le traitement. Par conséquent, une recherche interdisciplinaire et multicentrique mondiale plus systématique est nécessaire »²⁸

Les jeunes filles (comme les garçons) subissent des changements biologiques et hormonaux considérables pendant leur adolescence. Il n'est pas rare qu'elles éprouvent des douleurs menstruelles et des malaises qui peuvent être significatifs. Dans le regard de certains hommes et garçons de leur âge, plusieurs jeunes filles sont soudainement

²⁷ J.J.Vrouenraets et al., *Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study*, [Journal of Adolescent Health](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00159-7/fulltext), Volume 57, Issue 4, October 2015, Pages 367-373, [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(15\)00159-7/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00159-7/fulltext)

²⁸ Lieke J.J.J Vrouenratets et Al., Op. cit.

perçues comme des objets de convoitise sexuelle, sans y être préparées et sans le vouloir. Certaines ressentent de la douleur quand leur poitrine se féminise et plusieurs découvrent leur orientation sexuelle. Ce sont des bouleversements très importants, qui peuvent amener un enfant dont le cerveau n'a pas encore atteint sa maturité, à prendre des décisions et subir des traitements thérapeutiques qui peuvent avoir des conséquences sur toute sa vie.

Les femmes ne peuvent, en aucun cas, considérer comme des « thérapies de conversion » une approche thérapeutique qui aiderait ces jeunes filles à identifier les causes profondes de leur détresse psychologique, qui leur donnerait des outils pour se réconcilier avec la réalité de leur corps. Des thérapies qui les aideraient à comprendre qu'on peut aimer d'autres femmes, que l'on peut aimer conduire un camion de 10 tonnes sans s'identifier pour autant comme un garçon. Sachant que 80% d'entre elles se réconcilieront avec leur sexe, et vivront harmonieusement leur vie de femme, après leur adolescence, nous ne pouvons en aucune manière qualifier ce type d'approche de « thérapies de conversion ».

Enfin, rappelons que nous craignons qu'avec le PL 70, des jeunes filles expérimentant des difficultés d'acceptation de leur corps pendant leur adolescence soient prématurément dirigées vers des thérapies médicales invasives.