



New
Direction

the Foundation for European Conservatism

SCANDALE SANITAIRE OU PROGRÈS SOCIAL?

**Rapport comparatif des différents systèmes
de santé dans l'Union Européenne, et la façon
dont ils traitent la dysphorie de genre**



New Direction – Foundation for European Conservatism is the official foundation of the European Conservatives and Reformists family at the European level. Founded in 2009 under the patronage of Margaret Thatcher, New Direction is the intellectual home of Europe's growing conservative movement, giving a voice to national movements that promote the rule of law, traditional values, free markets, and respect for the principle of protecting national sovereignty.

Through research, reports, lectures, conferences, and working groups, New Direction helps to inform the work of conservative lawmakers at the European, National, and regional level. At the same time, New Directions Summer University and series of Academies helps to bring conservative principles to a new and younger generation. By equipping politicians and activists with the tools they need, New Direction stands ready to help take the movement forwards.

newdirection.online @ndconservatism

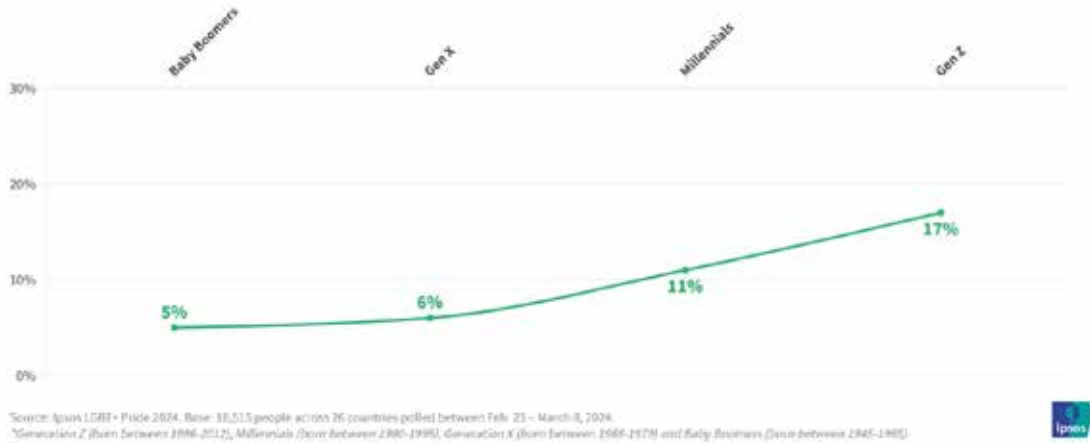
	Glossaire	4
	Introduction	5
1	La wpath	9
2	Normes de soin et risques associés	15
3	Études de cas de différents pays	23
4	Les scandales sanitaires	43
5	Recommandations	53

INTRODUCTION

Avant les années 1980, la prévalence des individus s’identifiant comme transgenres se situait à des seuils si marginaux qu’ils n’étaient pas quantifiés ; les données récentes montrent que cela a changé. Aux États-Unis, les estimations du *Williams Institute* indiquent désormais que 3,3% des jeunes âgés de 13 à 17 ans, et 2,7% des adultes âgés de 18 à 24 ans, s’identifient comme transgenres¹. Dans les pays de l’Union européenne, le nombre de personnes se déclarant transgenres est estimé à

entre 0,3% à 0,5% de la population totale de l’UE (soit entre 1,35 million et 2,25 millions de personnes)².

Une étude Ipsos menée dans 26 pays montre que ce phénomène touche particulièrement les adolescents et les jeunes adultes³. Dans tous les pays dont on dispose de données sur le sujet, les études montrent qu’il existe un fossé générationnel important.



Il est important de noter que la population qui se déclare transgenre a évolué sous plusieurs aspects que nous détaillerons dans le présent rapport : elle est de plus en plus jeune, et elle est aussi de plus en plus féminine. Le ratio sexué s’est même inversé depuis les années 1970, durant lesquelles on recensait majoritairement des hommes en demande de transition. Tous les services hospitaliers qui disposent de statistiques en témoignent, comme ici un graphique issu du rapport Cass.⁴

Seule une fraction de ces personnes est engagée dans un parcours médical incluant prise d’hormones et chirurgies. Cette fraction-là est difficile à quantifier pour différentes raisons. Par exemple, en France, le nombre de bénéficiaires de l’ALD 31 (Affection de Longue Durée pour “dysphorie de genre”) était de 22 550 en 2023⁵ ; mais certaines personnes transgenres se font parfois opérer sans avoir obtenu l’ALD, et certaines opérations comme les opérations mammaires, peuvent être recensées

comme relatives à des cancers et non à des transitions de genre, ce qui complique leur comptabilisation.

Aussi, tous les services hospitaliers ne fournissent pas de statistiques, et une part importante des opérations et des prescriptions d’hormones se fait dans le privé. Dans les pays où les transitions de genre sont restreintes, certaines personnes transgenres déclarent pratiquer l’auto-médication intégrale, sans aucun suivi endocrinologique ou sanguin régulier, et se procurent des hormones via des commandes en ligne, ce qui rend également leur recensement compliqué.

L’étude des différents systèmes de santé destinés aux personnes transgenres au sein de l’Union Européenne se heurte au fait que contrairement à d’autres domaines, la santé demeure une compétence nationale en vertu de l’article 168 du TFUE (Traité sur le Fonctionnement de l’UE). L’UE laisse aux États membres

Bloqueurs de puberté

Médicaments suppressifs de la puberté, désignés scientifiquement comme analogues de la GnRH (GnRHa). Utilisés hors AMM dans le cadre des transitions de genre des mineurs.

CIM (Classification Internationale des Maladies)

Manuel de référence publié par l’OMS, utilisé pour classifier les troubles mentaux, et décrire les diagnostics.

Dutch Protocol

Protocole clinique mis au point dans les années 1990 par la psychologue néerlandaise Peggy Cohen-Kettenis, encadrant la transition médicale des mineurs en trois étapes : bloqueurs de puberté, hormones croisées, puis chirurgies à la majorité.

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

Manuel de référence publié par l’Association américaine de psychiatrie (APA), utilisé pour classifier les troubles mentaux, et décrire les diagnostics.

Dysphorie de genre

Détresse psychologique résultant du fait qu’une personne se sent en décalage / inadéquation avec sa sexuation. Terme employé par le DSM-5.

EPATH (European Professional Association for Transgender Health)

Branche européenne de la WPATH, fondée en 2014. Constituée sous forme d’association internationale sans but lucratif de droit belge, dont le siège est à Gand.

HBIGDA (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association)

Créée en 1979, c’est l’ancêtre de la WPATH.

Hormones croisées

Traitements hormonaux administrés dans le but d’induire l’apparition des caractères sexuels secondaires du sexe opposé. Utilisés hors AMM dans le cadre des transitions de genre.

Real Life Test (RLT)

Protocole imposé par les premières versions des SOC, exigeant des candidats à une transition médicale qu’ils vivent socialement dans le genre opposé pendant plusieurs mois avant tout traitement hormonal ou chirurgical.

ROGD (Rapid-Onset Gender Dysphoria)

Forme de dysphorie de genre d’apparition rapide, identifiée par la chercheuse Lisa Littman, caractérisée par une survenue tardive à l’adolescence et associée à un phénomène de contagion sociale.

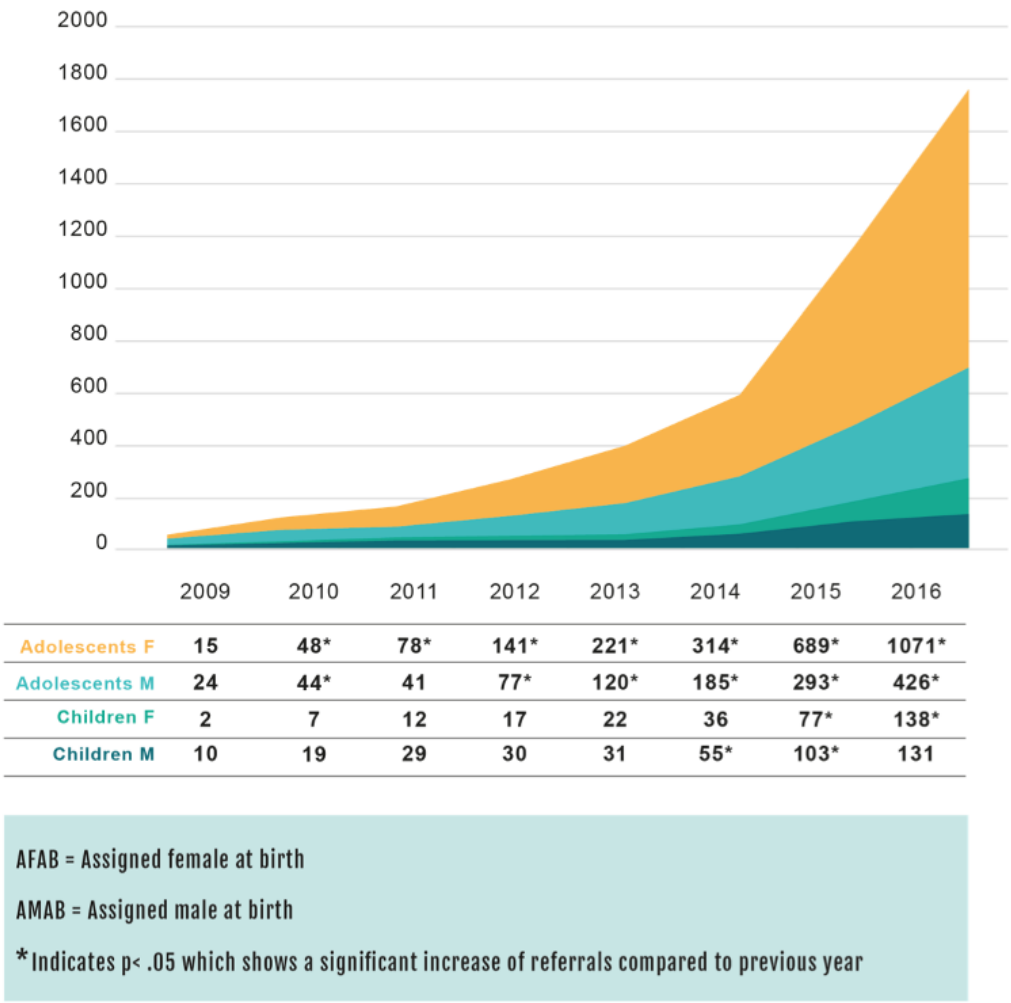
SOC (Standards of Care)

Protocoles cliniques publiés par la WPATH encadrant les transitions médicales.

WPATH (World Professional Association for Transgender Health)

Organisation internationale qui publie des recommandations cliniques sur la prise en charge des personnes transgenres. Anciennement nommée HBIGDA, elle a été renommée WPATH en 2007.

Figure 2: Sex ratio in children and adolescents referred to GIDS in the UK (2009-16)



Source: Figure adapted from 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.

la souveraineté totale sur l'organisation des soins et les protocoles bioéthiques, mais elle a néanmoins une compétence de conseil.

La prise en charge de la dysphorie de genre au sein des pays de l'Union Européenne, et son évolution, n'est pas un sujet de santé comme les autres : il se heurte au fait que des lobbys militants l'influencent avec de plus en plus d'insistance, injectant une forte dimension idéologique dans ce sujet de ce santé publique.

En résulte le fait que les pays de l'Union Européenne n'adoptent pas tous les mêmes politiques de santé publique. On peut distinguer trois grands types de modèles :

- **Les pays pratiquant une politique de santé publique encourageant à la transition médicale**, avec une approche fondée sur l'autodétermination et l'affirmation diagnostique médicale rapide ;

- **Les pays adoptant une politique restrictive hostile aux transitions médicales**, qui ne les remboursent pas, ni ne les encouragent d'un point de vue sociétal ;
- **Les pays qui pratiquent la prudence et prônent une approche dite psycho-sociale** — après avoir massivement encouragé les transitions de genre médicales durant le fin du XXe siècle, ils sont désormais revenus sur ce choix après avoir observé des conséquences graves et irréversibles sur la santé des personnes.

Ce rapport propose d'analyser dans un premier temps, les systèmes de lobby à l'œuvre à l'échelle mondiale et européenne, dont le but est de faire édicter des normes de santé basées sur l'autodiagnostic du patient et la transition médicale rapide pour les personnes qui se déclarent transgenres.

Dans une deuxième partie, nous listerons les différentes normes de soins préconisées par ces lobbys, et les risques associés, à l'aide d'une documentation clinique.

Dans une troisième partie, après avoir expliqué ce que chacune de ces normes de soin engage en termes d'effets indésirables et parfois irréversibles, nous procèderons à une analyse comparative des différents modèles de prise en charge des personnes transgenres à l'échelle de l'Union européenne.

Dans une quatrième partie, nous parlerons des scandales sanitaires relatifs aux transitions de genre, documentés au sein des pays de l'Union Européenne, ainsi que des médecins et des patients qui alertent sur les dangers de ces pratiques.

Dans une cinquième partie, nous tirerons des conclusions de cette étude, en établissant des recommandations.

LA WPATH

comprendre qui édicte les normes de soins trans à l'échelle mondiale

Pour comprendre les normes des soins destinées aux personnes transgenres dans les différents États de l'Union Européenne, il faut d'abord comprendre de qui proviennent les directives. Une organisation privée de droit américain nommée la WPATH (*World Professional Association for Transgender Health*) exerce

une influence sur les ministères de la Santé des pays de l'Union Européenne. Cette première partie est dédiée à l'analyse de cette structure, son évolution idéologique, ses membres influents, ainsi que les mécanismes par lesquels elle fait passer ses recommandations pour impératives et sérieuses.

1.1 Le contexte de la naissance de la HBIGDA (l'ancêtre de la WPATH)

Le pionnier de la "médecine de genre" est le sexologue Magnus Hirschfeld. En 1919, il fonde l'Institut *Für Sexualwissenschaft* à Berlin, où sont officiellement réalisées des chirurgies dites de "changement de sexe" à partir de 1922. Le cas de Lili Elbe, un homme transféminin opéré sous sa direction, et qui décédera d'une infection généralisée en 1931, suite à une tentative de greffe d'utérus et d'ovaires, est à relever⁶.

Durant les années 1950, un disciple de Magnus Hirschfeld, l'endocrinologue Harry Benjamin, devient célèbre mondialement, et participe à populariser les opérations dites de changement de sexe, en utilisant le cas de Christine Jorgensen, un homme ayant subi une opération dite de changement de sexe au Danemark, et dont il assure désormais le suivi. Christine Jorgensen est présenté comme la preuve vivante qu'une intervention médicale peut réellement transformer un homme en femme. Le 1er décembre 1952, le *New York Daily News* titrait en première page : "*Ex GI Becomes Blonde Beauty*"⁷.

Durant les années 1970, la "médecine de genre" aux États-Unis connaît une phase d'expansion énorme ; à la fin de cette décennie, on y recense environ quarante "cliniques de genre"⁸. Mais en 1979, les psychiatres Jon Meyer et Donna Reter de l'université John Hopkins où ont été pratiquées les premières chirurgies trans, publient une étude⁹ d'envergure concluant que ces opérations n'apportent "aucun avantage objectif en termes

de réadaptation sociale" et que des troubles psychiatriques profonds persistent après l'opération.

Suite à la publication de cette étude, le directeur du Département de psychiatrie et de sciences comportementales de l'Université Johns Hopkins, Paul McHugh, décide de fermer le service dédié aux transitions¹⁰. Par effet de ricochet, d'autres "cliniques de genre" ferment, ou réduisent leurs pratiques. Au milieu des années 1980, la quasi-totalité des programmes universitaires américains de transition ont disparu ou ont été réduits à des consultations psychiatriques n'amenant plus vers des traitements chirurgicaux ou hormonaux¹¹.

C'est ainsi qu'en Septembre 1979, face à la fermeture des cliniques universitaires ordonnée par Paul McHugh, qui refusait de "mutiler des corps sains", un petit groupe de médecins se regroupe autour de Harry Benjamin, qui crée la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA) — laquelle deviendra ensuite la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH).

Harry Benjamin pose d'emblée comme postulat le fait que toute exploration psychologique ayant pour but de comprendre l'origine de la détresse identitaire d'une personne autour de son "identité de genre", serait une forme de persécution, et installe le principe de l'autodiagnostic, c'est-à-dire l'idée selon laquelle le médecin doit valider le ressenti subjectif du patient¹².

6 <https://www.britannica.com/biography/Magnus-Hirschfeld>

7 [Ex GI Becomes Blonde Beauty](#)

8 [A Brief History of Transgender Care in the United States, LGBTQIA Midwest](#)

9 [Sex reassignment. Follow-up](#)

10 [Benefits of Transsexual Surgery Disputed As Leading Hospital Halts the Procedure](#)

11 ["The Fall of the Nation's First Gender-Affirming Surgery Clinic". The American College of Physicians \(Annals of Internal Medicine, 2022\)](#)

12 Benjamin, H. (1966). The Transsexual Phenomenon.

1.2 Les missions de la HBIGDA

La HBIGDA poursuivait deux missions complémentaires : l’élaboration de protocoles cliniques destinés à la prise en charge des personnes transgenres, et la conduite d’actions de plaidoyer auprès des institutions psychiatriques et politiques.

1.2.1 La rédaction des SOC (Standards Of Care)

L’activité primordiale de la HBIGDA était l’élaboration de Standards de Soins (en anglais, la littérature médicale parle de “SOC” pour Standards Of Care).

Elle édictait par exemple des protocoles obligatoires avant la transition, comme le “Real Life Test” (RLT), qui fut pendant plus de trois décennies, l’élément central des SOC. Ce dispositif obligeait les personnes voulant transitionner médicalement, à passer par une phase d’immersion sociale consistant à se présenter au monde comme appartenant au genre opposé pendant douze à vingt-quatre mois (codes vestimentaires, notification à l’employeur ainsi qu’aux proches, etc).

Ce protocole servait à s’assurer du fait que le patient était conscient de la réalité sociale à laquelle il allait être confronté après les opérations, et ainsi minimiser le risque de regrets post-opératoires — néanmoins, l’expérience sociale n’est pas le seul changement qui advient après une transition médicale ; il y a aussi la réalité corporelle, qui ne peut, par définition pas être “testée” avant, mais nous y reviendrons.

Dans les SOC 1 datant de 1979, on recommande aux médecins de faire attention à exclure strictement les psychoses, les fétichismes et une orientation sexuelle qui pourraient amener le patient à se croire transsexuel. La mise en place d’un traitement hormonal et chirurgical est autorisée uniquement après une période de 12 mois minimum de *Real Life Test* (RLT). Deux lettres de recommandation de deux psychiatres distincts sont requises pour la chirurgie.

Entre 1979 et 2001, six versions différentes des SOC furent publiées, fonctionnant à la fois comme des guides cliniques,

mais aussi comme des sortes de boucliers juridiques pour les praticiens du secteur privé. Durant cette période, les SOC, passent de protocoles de sélection rigoureux destinés à protéger les médecins, mais également les patients, à des manuels qui incitent de plus en plus à transitionner sans délai de réflexion ni thérapie exploratoire.

1.2.2 Des activités de lobbying

La HBIGDA a également mené une stratégie visant à infiltrer les comités de révision du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Ce manuel américain, bien qu’aucune instance internationale n’oblige aucun pays à s’aligner, est considéré comme la référence mondiale absolue en psychiatrie à l’échelle mondiale. Il est édité par l’*American Psychiatric Association* (APA), qui est, comme la HBIGDA, une organisation privée américaine.

Des liens existent entre certains membres de la HBIGDA, et d’autres instances comme l’APA. Par exemple, Richard Green, cofondateur de la HBIGDA, a siégé au sous-comité de l’APA dédié aux troubles de l’identité de genre lors de la révision du DSM-IV (1994), aux côtés d’autres membres de la HBIGDA. Voilà comment les standards édictés par le DSM ont commencé à coïncider avec ceux des SOC. Il faut comprendre qu’à cette époque, la psychiatrie académique s’intéressait peu au transsexualisme qui était vu comme un domaine de niche, et a donc délégué ce sujet au seul groupe qui se revendiquait comme étant expert de la question, sans réaliser que ledit groupe poursuivait un agenda militant de normalisation de la transidentité.

Pour la HBIGDA, il était important que les troubles liés à l’identité de genre figurent dans le DSM comme une pathologie, car aux États-Unis, si un trouble n’est pas répertorié dans ce manuel, les assurances refusent de rembourser les soins. C’est pourquoi la HBIGDA a lutté pour maintenir la transidentité jusque dans le DSM-4 (1994) sous le terme de “Trouble de l’identité de genre”.

afin de pousser l’obtention de réformes législatives trans-affirmatives.

La WPATH devient un véritable lobby dont les pratiques sont dénuées de rigueur scientifique, et dont la préoccupation principale est “le droit à l’autodétermination” (en d’autres termes : “je suis ce que je dis que je suis”). Les médecins tendent à n’être plus utilisés que comme caution pour institutionnaliser des idées militantes.

Après avoir installé et martelé le fait que les personnes transgenres devaient pouvoir accéder au remboursement

de leurs frais, la WPATH soutient désormais simultanément la dépathologisation des “troubles de l’identité de genre”, et le maintien de la couverture médicale des interventions chirurgicales et hormonales. Il faut noter qu’aux États-Unis, si un trouble n’est pas répertorié dans le DSM, les assurances refusent de rembourser les soins.

1.4 Qui sont les membres de la HBIGDA / WPATH ?

À sa création officielle le 14 septembre 1979, la HBIGDA n’est qu’un groupement de quelques dizaines de spécialistes. L’acte de naissance est signé par un noyau dur de 7 membres fondateurs¹³. En 2006, quand elle est devenue la WPATH, l’organisation comptait environ 500 à 700 membres. En janvier 2023, l’organisation comptait 4119 membres. Actuellement, elle compte entre 1500 et 1800 membres¹⁴ ; cette baisse de moitié en moins de deux ans est attribuée au scandale des WPATH Files que nous étudierons en partie 4.

Si la HBIGDA puis la WPATH ont rassemblé plusieurs centaines de cliniciens aux profils professionnels ordinaires, certains de leurs membres fondateurs ou influents ont défendu des positions défendant la normalisation de la pédophilie, de la zoophilie, ou d’autres paraphilies sexuelles, qui méritent d’être relevées, dans la mesure où ils ont contribué à façonner les normes de soins diffusées à l’échelle internationale.

1.4.1 John Money

Ce sexologue américain n’a jamais été administrativement membre de la HBIGDA / WPATH, mais il gravitait dans les mêmes réseaux. Il a notamment participé au 3e Symposium international sur l’identité de genre, organisé par l’*Erickson Educational Foundation* à Dubrovnik en 1973¹⁵ ; et il fut le mentor de Richard Green (membre fondateur et président de la HBIGDA de 1997 à 1999) au sein de l’unité de recherche psychosexuelle de *Johns Hopkins*¹⁶.

Dans les années 50, John Money a mené des travaux expérimentaux de “réassignation sexuelle”, aux effets tragiques sur des enfants. En 1965, il opère un petit garçon (David Reimer), accidentellement brûlé au niveau du pénis, afin de “faire de lui une fille”. Lors des visites annuelles de

Dans la CIM-11 (publiée en 2019, entrée en vigueur en 2022), la WPATH obtient de l’OMS, le passage du “transsexualisme” (autrefois classé en psychiatrie), vers la catégorie “Santé sexuelle”, avec le terme “incongruence de genre”. Elle réussit à faire dépathologiser la condition trans, tout en conservant un code médical mondial permettant l’accès aux hormones et aux chirurgies.

suivi, Money soumet David (rebaptisé Brenda), et son frère jumeau, à des “exercices d’éducation aux rôles de genre” : il leur demande de s’inspecter mutuellement les parties génitales et d’adopter des positions mimant des actes sexuels. Il photographie ces séances¹⁷. David Reimer s’est suicidé en 2004 à l’âge de 38 ans.

John Money a également théorisé ce qu’il nomme la “chronophilie” pour désigner les préférences sexuelles en fonction de l’âge des personnes, normalisant ainsi les relations sexuelles entre majeurs et mineurs (selon ce concept, l’attrance d’un adulte envers un enfant ne serait qu’une préférence sexuelle parmi d’autres)¹⁸.

1.4.2 Vern L. Bullough

Vern L. Bullough, professeur émérite et sexologue, a été membre de la HBIGDA de sa fondation en 1979 jusqu’à son décès en 2006.

Il siégeait parallèlement au comité de rédaction de *Paidika* : *The Journal of Paedophilia*, une publication pro-pédophile qui prônait la normalisation des relations sexuelles entre adultes et enfants. Lors d’une interview accordée à ce journal, il déclara croire à une “hystérie” autour des abus sexuels sur enfants, qu’il imputa aux “féministes”.

Bullough entretenait par ailleurs une correspondance soutenue avec l’avocat Lawrence Stanley, qui fut condamné en 1998 pour abus sexuels sur enfants, puis arrêté en 2002 pour exploitation sexuelle d’enfants. Lorsque Stanley fut poursuivi aux États-Unis pour possession de pornographie infantile, Bullough soumit des témoignages de moralité en sa faveur lors de deux procédures judiciaires distinctes, en 1991 et en 1993, plaidant pour que les magazines pédophiles saisis par la police soient rendus à Stanley¹⁹.

¹³ [WPATH, International Symposia, wpath.org/about/history/international-symposia](https://wpath.org/about/history/international-symposia)

¹⁴ <https://cryforrecognition.be/fr/quel-avenir-pour-la-wpath-face-a-leffondrement-du-nombre-de-ses-membres/>

¹⁵ [WPATH, International Symposia](https://wpath.org/about/history/international-symposia)

¹⁶ [Green, R. & Money, J., Incongruous Gender Role: Nongenital Manifestations in Prepubertal Boys, Journal of Nervous and Mental Disease, 1960](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19600000/)

¹⁷ [Colapinto, J., As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl, HarperCollins, 2000 ; Diamond, M. & Sigmundson, H.K., Sex Reassignment at Birth: Long-term Review and Clinical Implications, Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 1997](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19970000/)

¹⁸ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4595948/>

¹⁹ [Reduux, Founding WPATH Academic Defended NAMBLA Leader, Child Porn, and Worked with Pro-Pedophile Academic Journal, 2023](https://www.reduxx.com/founding-wpath-academic-defended-nambla-leader-child-porn-and-worked-with-pro-pedophile-academic-journal-2023)

1.4.3 Quelques autres figures

Plusieurs membres ou contributeurs récents de la WPATH ont défendu, parallèlement à leurs activités cliniques, des positions normalisant des paraphilies sexuelles. Laura A. Jacobs, qui se définit comme “travailleuse du sexe BDSM adepte du kink”, a contribué à la rédaction des SOC 8 (2022) et a coécrit un chapitre promouvant des pratiques BDSM incluant la torture génitale et le “*age play*”, c’est-à-dire la fétichisation de “jeux” sexuels entre adultes et mineurs via des personnages de type comme “mère/enfant” ou “professeur/élève”²⁰.

Thomas W. Johnson, professeur émérite d’anthropologie, et Richard Wassersug, biologiste, sont les auteurs principaux du chapitre des SOC 8 consacré aux personnes se déclarant

“eunuques”, chapitre rédigé en partie à partir des témoignages d'utilisateurs du forum *The Eunuch Archives*, lequel héberge des récits de castrations forcées et de viols pédocriminels explicitement marqués du tag “minor”²¹.

Christina Richards, homme transféminin et psychologue en chef à la *Gender Identity Clinic* de Tavistock à partir du milieu des années 2010, membre du conseil d’administration de la WPATH en 2018 et du comité de révision des SOC 8, a listé dans ses publications académiques les “sexualités supplémentaires” qu’il estime que les cliniciens devraient normaliser, parmi lesquelles le *age play*, la sissification (féminisation forcée d’hommes) et le *furrydom* (pratiques sexuelles consistant à mimer des actes zoophiles, en se déguisant en animal)²².

1.5 Quand la WPATH influe sur l’OMS

L’influence de la WPATH ne s’est pas limitée à la rédaction de ses propres protocoles. Elle s’est également exercée sur la Classification Internationale des Maladies (CIM). La CIM est un référentiel édicté par l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour recenser, définir et coder l’ensemble des conditions de santé connues. Depuis 1975, la HBIGDA, puis la WPATH, ont exercé une influence considérable sur la rédaction de ses différentes versions.

Dans la CIM-9²³, entrée en vigueur en 1978, apparaît pour la première fois la catégorie “Transsexualisme”, classée parmi les “déviations et troubles sexuels”²⁴. La HBIGDA n’existe pas encore ; elle n’a donc pas pu influencer directement la CIM-9. En revanche, c’est grâce aux bases théoriques posées par plusieurs de ses futurs membres comme Harry Benjamin et John Money, que ce terme est introduit²⁵.

Dans la CIM-10 (1990), apparaît le “Trouble de l’identité de genre» (F64)²⁶. Il est classé parmi les «Troubles mentaux et d

u comportement» (chapitre F), ce qui garantit le remboursement des soins par les assureurs et les systèmes de santé nationaux (c’est l’un des objectifs explicitement défendus par la HBIGDA).

Dans la CIM-11, publiée en 2022, il est recommandé de retirer la transidentité du chapitre des troubles mentaux et de la placer dans un nouveau chapitre intitulé “Conditions relatives à la santé sexuelle”, sous le terme “Incongruence de genre”²⁷. Cela permet de dépsychiatriser la transition médicale, tout en continuant à pouvoir obtenir des remboursements pour les traitements hormonaux et les chirurgies que cela nécessite. C’est exactement ce que préconisent les SOC 7 de la WPATH²⁸.

Il faut noter que pour la rédaction de la CIM-11, l’OMS a constitué un groupe de préparation nommé *Working Group on Sexual Disorders and Sexual Health* (WGSDSH), parmi lequel figuraient certains membres ayant des liens avec la WPATH :

- Geoffrey Reed, psychologue, coordinateur du WGSDSH et co-auteur des SOC 7 de la WPATH²⁹ ;
- Sam Winter, membre du conseil d’administration de la WPATH et co-auteur des SOC 7³⁰ ;

- Peggy Cohen-Kettenis, co-auteure des SOC 6 et 7³¹ ;
- Eli Coleman, ancien président de la WPATH (2001-2003) et futur superviseur des SOC 8, consultant auprès du groupe³².

1.6 L’EPATH

Fondée en 2014, l’EPATH (*European Professional Association for Transgender Health*) est la branche européenne de la WPATH. Avec les mêmes bases idéologiques que l’organisation mère, et prônant les mêmes SOC, elle mène des actions de lobbying dans les institutions européennes. Certains membres influents de la WPATH comme Christina Richards, Joz Motmans, ou Guy T’Sjoen, occupent des postes de direction en son sein. Les membres de la WPATH résidant en Europe la rejoignent automatiquement³³.

L’EPATH est constituée sous la forme d’une association internationale à but non lucratif (AISBL) de droit belge, dont le siège social se situe à Gand. Contrairement à une association classique qui ne regrouperait que des individus, le statut d’AISBL permet que des membres individuels puissent y adhérer, mais également des entités morales (associations, établissements de soin, etc).

L’EPATH déclare explicitement vouloir influencer les politiques de santé publique et les droits des personnes trans au niveau européen. Elle est d’ailleurs inscrite au Registre de transparence commun au Parlement, et à la Commission sous le numéro d’identification 351523847997-63, effectuée le 27 octobre 2022, ce qui lui permet de pouvoir avoir accès régulièrement aux bâtiments du Parlement.

Elle déclare explicitement cibler les textes législatifs européens comme la Stratégie pour l’égalité LGBTIQ 2020-2025, la Stratégie sur les droits de l’enfant, le programme EU4Health, ainsi que tout rapport ou directive du Conseil ou de la Commission concernant les droits trans et l’accès aux soins dits d’affirmation de genre³⁴.

20 <https://reduxx.info/exclusive-wpath-certified-trans-identified-kink-professional-who-promotes-age-play-and-genital-torture-influenced-standards-of-care/>

21 <https://reduxx.info/academics-involved-with-top-transgender-health-authority-publish-paper-on-choosing-castration/>

22 <https://reduxx.info/tavistock-gender-clinic-head-supports-ageplay-furries/>

23 [International Classification of Diseases \(ICD\)](#)

24 [PMC, Gender incongruence: a comparative study using ICD-10 and DSM-5, 2017](#)

25 [PMC, How gender dysphoria and incongruence became medical diagnoses, 2022](#)

26 [WHO, ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, 1992](#)

27 [NBC News, ‘Transsexualism’ removed from WHO’s disease manual, 2018](#)

28 [Reed et al., op. cit.](#)

29 [Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations](#)

30 [Ibid](#)

31 [Ibid](#)

32 [Ibid](#)

33 [Clinical Advisory Network on Sex and Gender](#)

34 [Lobbyfacts.eu](#)

NORMES DE SOIN ET RISQUES ASSOCIÉS

Après avoir identifié l'organisation qui édicte les principales normes de soins dédiées aux personnes transgenres à l'échelle internationale, cette deuxième partie examine le contenu concret de ces normes, et les protocoles médicaux qui y sont associés.

Nous étudierons trois grandes catégories d'interventions : les bloqueurs de puberté, prescrits aux mineurs ; les hormones croisées ; et les chirurgies. Chacune fait l'objet d'une présentation clinique suivie d'un état des lieux des effets indésirables et complications documentés dans la littérature scientifique.

Avant cela, il paraît nécessaire de décrire le trouble que l'on prétend traiter : la dysphorie de genre. Ce terme désigne la détresse psychologique d'une personne résultant d'un décalage entre son sexe réel, et celui auquel elle s'identifie. Elle est aujourd'hui codifiée dans le DSM-5 sous le terme "dysphorie de genre", et dans la CIM-11 sous le terme "incongruence de genre".

Il est important de noter que la dysphorie de genre ne se manifeste pas exactement de la même façon, et surtout aux mêmes âges, chez les hommes et les femmes. On peut distinguer plusieurs types de dysphorie de genre. Le premier type se manifeste dès la petite enfance, principalement chez des individus de sexe masculin, et peut persister jusqu'à l'âge adulte. Historiquement, jusqu'aux années 90, c'était majoritairement ces profils-là qui souhaitaient transitionner.

Mais aujourd'hui, la courbe sexuée s'est inversée, et ce sont majoritairement des femmes qui se déclarent atteintes de dysphorie de genre. À titre indicatif, à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière qui accueille le plus grand service hospitalier de

France dédié aux transitions des moins de 20 ans, la patientèle est composée à 68% de filles³⁵.

Il arrive beaucoup plus fréquemment chez les sujets féminins, que le mal-être arrive à l'adolescence, et non durant la petite enfance, et ce, de façon soudaine. L'apparition de cette forme de dysphorie est de genre est calquée sur le phénomène de contagion sociale (ou "syndrome psychogène collectif"). La chercheuse Lisa Littmann qualifie cela de "dysphorie de genre d'apparition rapide" (*Rapid-Onset Gender Dysphoria* : ROGD). Le tableau clinique classique est le suivant : survenue tardive, forte prévalence au sein d'un groupe de pairs, et forte consommation de contenus en ligne liés aux communautés transgenres. Parmi les jeunes personnes qu'elle a étudiées 83% étaient des filles, et plus d'un tiers avaient des amis trans³⁶.

Une autre étude, menée par Michael Bailey auprès de 1665 familles, confirme le fait que les filles sont davantage susceptibles que les garçons de transitionner lorsque leur entourage est trans : "Parmi les filles, 73,3% de celles qui avaient des amis transgenres avaient pris des mesures en vue d'une transition sociale (39,5% pour les garçons), contre 54% de celles qui n'avaient pas de tels amis (21,7% pour les garçons)."³⁷

Pour finir, notons que toutes les personnes atteintes de dysphorie de genre, ne souhaitent pas forcément effectuer de transitions médicales. Notons également que plusieurs médecins estiment qu'à partir du moment où le coming-out est effectué par la personne (comportant notamment le changement de sexe à l'état civil), la dysphorie est moins susceptible de disparaître ; c'est par exemple le cas du docteur Kenneth Zucker, qui précise que pour 88% des enfants qu'il a suivis, le trouble a fini par disparaître à l'âge adulte³⁸.

2.1 Les normes de soins préconisées actuellement

Le référentiel thérapeutique aujourd'hui dominant dans les pays européens trouve son origine dans les travaux de la psychologue néerlandaise Peggy Cohen-Kettenis, qui mit au

point ce que l'on a appelé le "*Dutch protocol*"³⁹. Ce protocole se déroule en trois étapes : la suppression pubertaire par administration d'analogues de la GnRH (couramment nommés

³⁵ <https://www.em-consulte.com/article/1605892/profils-cliniques-et-prise-en-charge-des-enfants-e>

³⁶ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330>

³⁷ https://www.researchgate.net/publication/369620409_Rapid_Onset_Gender_Dysphoria_Parent_Reports_on_1655_Possible_Cases

³⁸ "Enquête sur la dysphorie de genre", Pauline Quillon, p 63

³⁹ [Oxford Academic](#)

bloqueurs de puberté), suivie de l’administration d’hormones croisées, puis d’interventions chirurgicales⁴⁰.

Lorsqu’il a été mis au point, ce protocole reposait sur des critères d’éligibilité stricts : la dysphorie de genre devait avoir débuté dans la petite enfance et s’être aggravée avec l’apparition de la puberté ; le patient devait être psychologiquement stable, sans autres problèmes de santé mentale, et soutenu par un cercle familial solide⁴¹.

L’introduction des bloqueurs de puberté était présentée sous deux angles : thérapeutique d’une part, et diagnostique de l’autre (on disait que cela permettait simplement de mettre la puberté sur “pause”, le temps de voir si cela soulageait le

patient, et venait donc confirmer le diagnostic de dysphorie de genre, avant d’engager des interventions chirurgicales irréversibles)⁴².

L’évaluation psychiatrique prolongée était une condition *sine qua non* pour passer à chaque étape suivante. Aujourd’hui, ce protocole n’est plus préconisé par la WPATH. Les SOC 8 ont considérablement assoupli les critères d’évaluation diagnostique, et affirment que le parcours de soin qui doit reposer sur l’auto-déclaration et l’auto-évaluation du patient. La transition médicale est désormais couramment appliquée à des enfants dont la transidentité s’est déclarée après la puberté et présentant des comorbidités psychiatriques, contrairement à ce que préconisait le *Dutch protocol*⁴³.

2.2 Les bloqueurs de puberté (analogues de la GnRH)

2.2.1 Cadre clinique

Les bloqueurs de puberté sont des médicaments qui permettent d’arrêter la production des hormones sexuelles (lesquelles sont responsables de la puberté). Leurs substances actives sont principalement la Leuproréline ou la Triptoréline. C’est à la fin des années 1990 qu’ils ont commencé à être utilisés pour bloquer la puberté d’enfants souffrants de dysphorie de genre, mais dont le système hormonal était parfaitement sain.

La désignation scientifique de ces médicaments est “analogues de la GnRH” (GnRHa). Ce sont des molécules de synthèse qui miment la structure de la GnRH. La GnRH (Gonadotropin-Releasing Hormone) est une hormone naturellement sécrétée par l’hypothalamus, qui stimule l’hypophyse pour qu’elle libère à son tour la LH (hormone lutéinisante) et la FSH (hormone folliculo-stimulante). Au début de l’adolescence, ces deux hormones commandent la production d’hormones sexuelles aux gonades (testicules et ovaires) : testostérone chez le garçon et œstrogènes chez la fille, ce qui déclenche la puberté.

Cette administration continue sature et désensibilise les récepteurs de l’hypophyse, provoquant leur dérégulation : la sécrétion de LH et FSH s’effondre, stoppant la production hormonale des gonades entraînant une chute d’hormone sexuelles, et donc l’arrêt de la puberté.

L’administration de ces molécules est souvent présentée comme une façon de mettre la puberté sur “pause”, le temps que l’enfant choisisse s’il veut s’engager dans un parcours

de transition médicale sur le long terme (l’apparition de caractéristiques sexuelles secondaires, une fois la puberté passée, rendant la transition plus difficile, notamment pour les garçons, dont le corps se sera épaissi).

Néanmoins, une étude néerlandaise⁴⁴ a montré que 98% des enfants placés sous bloqueurs de puberté ont continué à prendre des hormones croisées à l’âge adulte. La clinique du genre Tavistock a observé des taux similaires dans sa propre patientèle, ce qui amène de nombreux cliniciens à considérer que ces médicaments “entraînent les enfants sur un chemin à sens unique : celui de la transition médicale”⁴⁵.

Ces médicaments sont originellement utilisés pour traiter des cas de puberté précoce, d’infertilité liés à l’endométriiose, le cancer de la prostate, ainsi que pour castrer chimiquement les prédateurs sexuels, car ils suppriment tout plaisir et toute possibilité d’avoir une érection.

Ils peuvent également être utilisés pour retarder la puberté précoce chez certains enfants qui souffrent d’un dérèglement hormonal (le risque pour ces enfants est qu’ils ne dépassent pas la taille de 1m40 à l’âge adulte). La question du rapport bénéfices / risques doit néanmoins toujours être très soigneusement étudiée, car ces médicaments sont très agressifs. La période d’administration doit être la plus courte possible : deux ans maximum.

Dans le cadre des transitions des enfants, ces médicaments sont utilisés hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), c’est-à-dire qu’ils n’ont pas été étudiés cliniquement pour cet usage,

ni pour une durée d’administration telle. Pourtant, certains enfants dits transgenres les prennent parfois pendant six ans, à partir du moment où ils ont atteint le stade 2 de l’échelle de Tanner.

Il est difficile de savoir si le redémarrage de la puberté est possible après leur arrêt. Les médecins ne s’entendent pas sur cette question. La seule certitude est que leur utilisation prolongée abîme la santé des enfants. Cette préoccupation a conduit plusieurs pays européens à restreindre ou interdire cet usage ces dernières années : le Royaume-Uni, la Suède, le Danemark, la Finlande et la Norvège ont tous adopté des mesures de restriction ou de suspension, au nom du principe de précaution.

2.2.2 Effets indésirables

Santé cognitive

Au lieu d’améliorer le bien-être des enfants, ces médicaments pourraient au contraire davantage détériorer leur santé mentale⁴⁶. Des recherches menées par l’Université de Glasgow sur des moutons, ont montré que l’administration d’analogues de la GnRH altère l’expression des gènes liés à la plasticité synaptique (la synapse est la zone de contact entre deux neurones, ou entre une cellule et un neurone), et affecte également l’amygdale (la partie du cerveau qui régit les émotions). Il serait évidemment faux d’affirmer que les résultats obtenus seraient similaires sur un être humain, mais ces résultats donnent tout de même un indicateur.

L’administration prolongée au-delà de deux ans affecte gravement le développement des capacités d’abstraction des enfants. Le rapport Cass (publié en 2024), affirme que nous ignorons si le cerveau peut rattraper ce retard de développement une fois le traitement arrêté, ou si la fenêtre de plasticité neuronale se referme, entraînant ainsi des déficits cognitifs et émotionnels à vie⁴⁷.

L’administration des bloqueurs de puberté empêche le processus de myélinisation des axones (qui est une étape importante dans le développement nerveux), ce qui empêche les enfants de développer de bonnes capacités d’abstraction⁴⁸.

La puberté n’est pas une maladie, c’est une étape de construction qui amène l’enfant vers la vie d’adulte. En évitant cette étape, l’enfant aura tout simplement manqué un passage important de son développement biologique mais aussi psychique et social.

Santé sexuelle

L’administration prolongée au-delà de deux ans présente un risque important d’infertilité à l’âge adulte⁴⁹. Ce risque est particulièrement élevé lorsque le traitement est suivi de l’administration d’hormones croisées.

Les données à long terme sur la fonction sexuelle restent pour l’instant limitées, mais des études documentent une atrophie génitale et des dysfonctions sexuelles pendant le traitement, pouvant persister après celui-ci⁵⁰.

Le Dr Marci Bowers (ancien président de la WPATH), a déclaré n’avoir connaissance d’aucun patient de sexe masculin, ayant reçu des bloqueurs au stade Tanner II capable d’atteindre l’orgasme, avant ou après vaginoplastie⁵¹.

Santé osseuse

L’administration prolongée au-delà de deux ans, altère significativement la construction des squelettes des enfants⁵², les hormones sexuelles étant essentielles à la santé osseuse. Certains adolescents développent même de l’ostéoporose et de l’ostéopénie (fragilisation osseuse)⁵³.

Chez les individus de sexe masculin, le déficit osseux lombaire n’est pas rattrapé même après plus de neuf ans d’hormones croisées⁵⁴.

Santé métabolique

Certaines études rapportent que les bloqueurs de puberté entraînent une augmentation du cholestérol total, HDL et LDL, ainsi qu’une sensibilité à l’insuline réduite⁵⁵.

Lorsque le traitement débute au-delà du milieu de la puberté, il est plus susceptible de provoquer des effets similaires à la ménopause, comme des bouffées de chaleur⁵⁶.

40 [Genspect](#)

41 [Taylor & Francis Online](#)

42 [Taylor & Francis Online](#)

43 [ResearchGate](#)

44 [Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. Journal of Sexual Medicine. 2011;8:2276–2283](#)

45 <https://www.mashupmd.com/transgender-teens-is-the-tide-starting-to-turn/>

46 <https://feministlegal.org/nhs-transgender-clinic-accused-of-covering-up-negative-impacts-of-puberty-blockers-on-children-by-oxford-professor/>

47 <https://irishpharmacist.ie/opinion/the-cass-report-and-the-misuse-of-puberty-blockers/>

48 https://www.medicinesciences.org/en/articles/medsci/full_html/2018/07/msc180155/msc180155.html

49 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31380227/>

50 [Jorgensen, Puberty blockers for gender dysphoric youth: A lack of sound science, JACCP. 2022](#)

51 [Pediatric Gender Affirming Care is Not Evidence-based](#)

52 <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20420188221099346>

53 <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/jpem-2021-0180/html>

54 [Bone Mineral Density in Transgender Adolescents Treated With Puberty Suppression and Subsequent Gender-Affirming Hormones. JAMA Pediatrics. 2023](#)

55 <https://www.health.govt.nz/system/files/2024-11/Impact-of-Puberty-Blockers-in-Gender-Dysphoric-Adolescents-evidence-brief.pdf>

56 [Murdoch Children's Research Institute \(Murdoch Children's Research Institute. 2024](#)

2.3 L’administration d’hormones croisées

2.3.1 Cadre clinique

Les hormones croisées sont des médicaments qui visent à entraîner l’apparition de caractères sexuels secondaires du sexe opposé. Aux patients de sexe masculin souhaitant féminiser leur corps, on administre des œstrogènes combinés à des anti-androgènes. Aux patientes de sexe féminin souhaitant masculiniser leur corps, on administre de la testostérone.

Comme les bloqueurs de puberté, ces médicaments sont utilisés hors AMM. Il faut également noter qu’ils n’ont été étudiés cliniquement que sur des sujets du sexe opposé.

Les SOC 8 de la WPATH ne fixent aucun âge minimal, renvoyant la décision à l’appréciation individuelle de chaque médecin.

2.3.2 La prise de testostérone pour les femmes transidentifiées (femmes souhaitant transitionner vers le genre masculin)

Dépendance

Le risque d’addiction aux injections de testostérone est documenté⁵⁷.

Santé sexuelle et reproductive

Le traitement par testostérone peut induire une aménorrhée (arrêt des règles) progressive, une atrophie de l’appareil génital interne, et une sécheresse vaginale⁵⁸. Des problèmes urinaires peuvent apparaître, avec l’impossibilité de vider la vessie totalement⁵⁹. Dans de nombreux cas, ce clitoris s’hypertrophie, pouvant aboutir dans certains cas à un aspect de micro-pénis⁶⁰. Des douleurs pelviennes chroniques sont également rapportées.

Risques oncologiques

Au bout de cinq ans d’injections, les risques de cancers de l’utérus et des ovaires augmentent considérablement, de sorte à ce que le corps médical recommande une ablation de ces organes⁶¹. Les risques de cancer du sein augmentent également.

Santé métabolique

Le traitement est associé à un risque accru de développer de l’endométriose, des caillots sanguins⁶², des pathologies cardiovasculaires⁶³, une calvitie⁶⁴, de l’acné, du diabète⁶⁵.

Environ 11% des patientes de sexe féminin sous testostérone développent un excès de globules rouges dans la première année de traitement. Cela peut entraîner des complications cardiovasculaires graves : risque accru d’infarctus du myocarde, d’accident vasculaire cérébral et de thromboembolie veineuse⁶⁶.

Santé psychique

L’appétit se dérègle; les graisses se répartissent différemment; la sudation augmente, ainsi que les sautes d’humeur, l’irritabilité et la dépression⁶⁷. Mais paradoxalement, de nombreuses femmes sous testostérone disent que ces injections inhibent leur possibilité de pleurer⁶⁸.

Pilosité et voix

Une pilosité se développe sur le visage, le torse, le dos, les jambes et l’ensemble du corps⁶⁹. Si le traitement est arrêté, l’épilation laser reste nécessaire pour éliminer les poils définitivement. La voix s’aggrave de façon irréversible, y compris après l’arrêt du traitement⁷⁰.

2.3.3 La prise d’hormones pour les hommes transidentifiés (hommes souhaitant transitionner vers le genre féminin)

Santé sexuelle et reproductive

Le traitement par œstrogènes et anti-androgènes entraîne une réduction du volume testiculaire et une suppression de la production de spermatozoïdes. Le traitement anti-androgène entraîne une dysfonction érectile et également une réduction du volume testiculaire⁷¹.

Le traitement féminisant induit une dysfonction érectile et une réduction de la libido⁷².

2.4 Les chirurgies

2.4.1 Cadre clinique

Les chirurgies dites d’affirmation de genre constituent l’étape la plus irréversible du parcours de transition médicale. Elles comprennent, pour les patients de sexe masculin souhaitant féminiser leur corps : la vaginoplastie (construction d’un “néovagin”), précédée de l’orchidectomie (ablation des testicules) et la pénectomie (ablation du pénis), l’augmentation mammaire et la chirurgie de féminisation faciale. Pour les patients de sexe féminin souhaitant masculiniser leur corps : la mastectomie (ablation des seins), la phalloplastie ou métoïdoplastie (construction d’un “néophallus”), l’hystérectomie (ablation de l’utérus) et l’ovariectomie (ablation des ovaires).

Les SOC 8 de la WPATH, publiées en 2022, ont supprimé tout âge minimal explicite pour la quasi-totalité de ces interventions, renvoyant la décision à l’appréciation de chaque médecin. La seule exception est la phalloplastie : la WPATH ne la recommande pas avant la majorité, en raison de sa complexité technique⁷⁶.

Santé cardiovasculaire

L’administration d’œstrogènes est associée à un risque accru de thrombose veineuse⁷³, et à l’augmentation de problèmes cardiovasculaires⁷⁴.

Santé métabolique

L’administration d’œstrogènes peut entraîner des augmentations des triglycérides et des diminutions du HDL-cholestérol selon le type d’anti-androgène administré⁷⁵.

Développement mammaire

Le traitement peut induire un développement mammaire partiel et irréversible.

2.4.2 Les chirurgies de masculinisation et leurs complications post opératoires

2.4.2.1 La Mammectomie

La mammectomie consiste en l’ablation des seins. Plusieurs techniques différentes existent, en fonction du volume à retirer.

Une revue de 35 études sur les mammectomies dites d’affirmation de genre, a montré que le taux global de complications était de 16,8% et celui de ré-intervention de 6,2%⁷⁷. La nécrose partielle ou totale fait partie des suites post opératoires, mais les conclusions diffèrent énormément d’une étude à l’autre, et varient en fonction du type de technique pratiquée.

Des troubles de la sensibilité ont été documentés chez 47,5% des patientes, et 27,4% rapportaient une douleur persistante après la chirurgie, majoritairement légère. Des signes de douleur neuropathique ont été observés chez 4,8% des patientes⁷⁸.

57 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35473322/>

58 <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/pain-transmen>

59 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6637770/>

60 [Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: a longitudinal study](#), Archives of Sexual Behavior, 1986

61 <https://www.genengnews.com/news/cancer-and-metabolic-disorders-linked-with-testosterone-levels-in-both-sexes-but-with-differences/>

62 <https://academic.oup.com/ijcem/article/106/6/1710/6138195>

63 <https://www.acc.org/About-ACC/Press-Releases/2023/02/22/20/29/Hormone-Therapy-for-Gender-Dysphoria-May-Raise-Cardiovascular-Risks>

64 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36603056/>

65 <https://www.news-medical.net/news/20200212/High-testosterone-in-women-ups-risk-for-cancer-diabetes-and-metabolic-disease.aspx>

66 [Effect of testosterone formulations on hematocrit in transgender individuals: A systematic review](#)

67 <https://queer.ucsc.edu/trans-at-ucsc/testosterone-guide.pdf>

68 <https://www.youthkiawaaz.com/2023/01/man-i-miss-crying-let-me-tell-you-why/>

69 [Testosterone therapy for transgender men](#)

70 [Effects of testosterone on the transgender male voice](#)

71 [Gender-affirming hormonal therapy for transgender and gender-diverse people—A narrative review](#)

72 [Prevalence of Sexual Dysfunctions in Transgender Persons: Results from the ENIGI Follow-Up Study](#)

73 [Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women](#)

74 [Cardiovascular Risk in Transgender People With Gender-Affirming Hormone Treatment](#)

75 [Cardiovascular Risk in Transgender People With Gender-Affirming Hormone Treatment](#)

76 [Transgender health org removes age limits for 'gender-affirming' treatment, surgery](#)

77 [Masculinizing chest surgery for gender affirmation: A retrospective study of outcomes and patient reported satisfaction](#)

78 [Low Risk of Persistent Pain, Sensory Disturbances, and Complications Following Mastectomy After Gender-Affirming Surgery](#)

Le repositionnement des mamelons (qui n'est pas nécessaire pour chaque mammectomie) est une étape techniquement délicate, et les erreurs de placement sont fréquentes : mamelons trop hauts, trop bas, ou asymétriques⁷⁹.

La capacité d'allaitement est supprimée.

2.4.2.2 La Métoidioplastie

La métoidioplastie exploite l'hypertrophie du clitoris induite par l'administration de testostérone ; elle consiste à sectionner le ligament suspenseur du clitoris pour le libérer de la vulve, lui donnant un aspect comparable à celui d'un micro-pénis (4 à 10 cm d'excroissance en moyenne). Le tissu érectile clitoridien est conservé.

9 à 14% des patientes ayant subi une métoidioplastie recourent ensuite à une phalloplastie totale, jugeant le résultat insuffisant, notamment parce que cela ne permet pas de pénétration sexuelle en raison de la taille trop réduite du phallus⁸⁰.

L'intervention peut s'accompagner d'un allongement de l'urètre afin de permettre la miction debout, au moyen de greffes de muqueuse buccale ou de lambeaux vaginaux, d'une scrotoplastie (construction de “néo testicules”) avec implants en silicone dans les grandes lèvres, et d'une vaginectomie partielle (fermeture partielle du vagin).

Les complications urologiques constituent la principale morbidité de l'intervention, et surviennent essentiellement lorsqu'un allongement urétral est réalisé. Des complications urétrales de toute nature ont été observées chez 56,8% des patients dans une étude rétrospective, dont 45,9% de fistules et 18,9% de sténoses. Environ 50% des patients nécessitent une chirurgie corrective⁸¹.

Lors d'une étude réalisée sur 813 cas où des implants testiculaires ont été réalisés, 4,6% des patients ont nécessité une révision chirurgicale en raison du rejet ou de la dislocation des implants testiculaires, et 5,8% des patients ont développé des complications liées aux reliquats vaginaux : formation de kystes périnéaux avec écoulement muqueux, brûlures ou infections locales⁸².

2.4.2.3 La phalloplastie

La phalloplastie est l'une des chirurgies reconstructrices les plus complexes de la chirurgie plastique. Elle est réalisée en plusieurs temps opératoires. La technique de référence consiste à prélever un lambeau libre de l'avant-bras : on prélève un rectangle de peau, de graisse sous-cutanée, de nerfs et de segments artériels, puis on utilise ce lambeau pour former le corps du néo phallus.

Comme pour la métoidioplastie, un allongement de l'urètre peut être réalisé à l'aide de greffes de muqueuse buccale, mais dans les faits, les patientes demandent rarement cela, car les complications post opératoires sont très fréquentes. On implante ensuite une prothèse à l'intérieur du néo phallus, avec une pompe située dans les néo testicules, afin de mimer une fonction érectile. La vulve est partiellement ou totalement fermée selon les protocoles. L'opération se fait en plusieurs étapes.

Le taux de complication général est très élevé. 55,3 % des patients se présentent à l'hôpital, aux urgences ou en chirurgie ambulatoire en lien avec des complications de phalloplastie, et 50% des patients se représentent dans l'année suivant la chirurgie⁸³.

Les complications urétrales, dans les cas où l'allongement de l'urètre a été réalisé, sont encore plus fréquentes et graves. Les taux de fistules urétrales varient de 15 à 77%, et les taux de sténose (rétrécissement du canal) varient de 21 à 51%⁸⁴.

Dans tous les cas, la cicatrice de l'avant-bras reste permanente, et forme un creux.

Une nécrose partielle ou totale du néo phallus peut survenir en cas de défaillance microvasculaire, nécessitant une reprise chirurgicale en urgence et pouvant aboutir à la perte totale du résultat opératoire⁸⁵.

L'implant pénien gonflable, nécessaire pour permettre la pénétration, présente aussi des risques : infection, défaillance mécanique, érosion cutanée et déplacement. Chaque complication implique une nouvelle intervention chirurgicale⁸⁶.

Les complications urinaires sont fréquentes et peuvent inclure une incontinence persistante, des difficultés à vider complètement la vessie et des infections urinaires récidivantes⁸⁷.

La connexion nerveuse entre le clitoris résiduel et le néo phallus est aléatoire. La sensibilité érogène de la zone, et la possibilité de pouvoir continuer à avoir des orgasmes ne sont pas garantis⁸⁸.

2.4.3 Les chirurgies de féminisation

2.4.3.1 La vaginoplastie

La vaginoplastie est l'intervention génitale de féminisation de référence. Elle consiste en l'ablation du pénis et des testicules, suivie de la construction d'un néo-vagin, d'un néoclitoris et de néo-grandes lèvres. Plusieurs techniques existent :

- L'inversion pénienne (le pénis est retourné sur lui-même et enfoncé dans une cavité créée entre la prostate et le rectum) ;

- La colovaginoplastie (un segment du côlon est prélevé et utilisé pour tapisser la cavité du néo-vagin) ;

- La vaginoplastie péritonéale (un segment du péritoine est utilisé pour tapisser l'intérieur du néo-vagin).

Dans tous les cas, le néo-vagin ne dispose pas de propriétés biologiques comparables à celles d'un vagin : il n'est pas innervé de la même façon, et des séances de dilatation régulières sont nécessaires afin d'éviter qu'il ne se referme (car le corps cherche à cicatriser cet endroit). En l'absence de dilatation régulière, des difficultés peuvent survenir, pouvant mener à la fermeture partielle ou totale de la cavité⁸⁹.

Les taux de complications après vaginoplastie par inversion pénienne varient de 20% à 70%, la majorité survenant dans les quatre premiers mois suivant la chirurgie⁹⁰.

Dans la première clinique canadienne dédiée aux soins post-vaginoplastie, les symptômes les plus fréquemment rapportés par les patients étaient : douleurs (53,8%), difficultés de dilatation (46,3%), saignements au site chirurgical (42,5%). Les complications identifiées par les cliniciens incluaien l'hypergranulation (formation de tissu cicatriciel excessif) (38,8%), les dysfonctions urinaires (18,8%) et les problèmes de cicatrisation (12,5%)⁹¹.

Les complications urologiques les plus fréquentes après vaginoplastie par inversion pénienne incluent un jet urinaire faible ou étalé (11,7%), des symptômes irritatifs comme la pollakiurie et la nycturie (11,5%), une sténose du méat urinaire (6,9%), une incontinence urinaire (8,7 %) et des infections urinaires récidivantes (5,6%)⁹².

Les préoccupations relatives à la fonction sexuelle concernaient 33,8% des patients, avec une anorgasmie (11,3%) et des douleurs lors des rapports (11,3%), comme complications les plus fréquentes⁹³.

Des fistules entre le néovagin et le rectum ou la vessie peuvent survenir, constituant des complications graves, et nécessitant une reprise chirurgicale. Des nécroses du tissu greffé, incluant le néoclitoris, peuvent survenir en cas de déficit vasculaire local. Dans les cas de vaginoplastie par inversion pénienne où l'épilation préopératoire complète n'a pas été effectuée correctement, des poils peuvent pousser à l'intérieur du néo-vagin, provoquant des infections, des odeurs et des difficultés de dilatation.

2.4.3.2 La chirurgie des cordes vocales

Diverses techniques permettent de modifier la hauteur de la voix : allongement des cordes vocales, augmentation de leur tension, réduction du diamètre du cartilage thyroïdien. Ces interventions visent à rendre la voix plus aiguë.

Les résultats sont inconstants et souvent insuffisants pour atteindre une voix perçue comme féminine. Il arrive que certaines personnes perdent complètement la voix suite à une lésion des cordes vocales, mais cela reste rare.

2.4.3.3 La chirurgie de féminisation faciale

Cet ensemble de procédures crânio-maxillo-faciales comprend : la rhinoplastie, la restructuration des pommettes, la réduction mandibulaire, la chirurgie du menton, la réduction de la pomme d'Adam, l'élévation de la lèvre supérieure, l'opération des paupières. Ces interventions peuvent être réalisées séparément, ou combinées en une seule session opératoire longue.

Chacune de ces procédures comporte les mêmes risques propres à la chirurgie maxillo-faciale classique : hématomes, infections, cicatrices, engourdissements faciaux, asymétries, et modifications permanentes non souhaitées.

^[1] 79 Postoperative care and common issues after masculinizing chest surgery

^[2] 80 Metoidioplasty in Gender Affirmation: A Review

^[3] 81 Urethral Complications After Metoidioplasty for Genital Gender Affirming Surgery

^[4] 82 Metoidioplasty in Gender Affirmation: A Review

^[5] 83 Incidence, Complications, and Long-term Outcomes of Gender-affirming Phalloplasty: Analysis of a Large Statewide Population-based Dataset

^[6] 84 Editor's Pick: Penile Reconstruction: Current Thoughts, Techniques, and Outcomes

^[7] 85 Microsurgical Phalloplasty in Nontranssexual Patients – Considerations After a Retrospective Single-center Analysis of 23 Cases

^[8] 86 PMC. Penile and testicular prosthesis following gender-affirming phalloplasty. 2023

^[9] 87 Ding et al., Sexual health outcomes following gender-affirming phalloplasty, Journal of Sexual Medicine, 2025

^[10] 88 Elfering et al., How Sensitive Is the Neophallus?, PMC, 2021

^[11] 89 Predictors of dilation difficulty in gender-affirming vaginoplasty

^[12] 90 Penile inversion vaginoplasty outcomes: Complications and satisfaction

^[13] 91 Patient reported symptoms and adverse outcomes seen in Canada's first vaginoplasty postoperative care clinic

^[14] 92 Urinary complications after penile inversion vaginoplasty in transgender women Systematic review and meta-analysis

^[15] 93 Patient reported symptoms and adverse outcomes seen in Canada's first vaginoplasty postoperative care clinic



ÉTUDES DE CAS DE DIFFÉRENTS PAYS

Si les normes édictées par la WPATH ont une influence à l'échelle mondiale, les pratiques médicales nationales varient considérablement d'un pays à l'autre. Certains États les ont intégrées sans réserve, d'autres les ont restreintes à la suite de revues de littérature ou d'enquêtes nationales, d'autres encore ont adopté une position intermédiaire de prudence.

3.1 Les pays restrictifs

Le groupe des pays dits “restrictifs” réunit des États membres de l'UE qui ne s'alignent pas sur les SOC de la WPATH. Certains interdisent tout changement de sexe à l'état civil et interdisent les transitions médicales (hormones et chirurgies) ; d'autres permettent dans une certaine mesure, les changements de sexe à l'état civil, et certaines interventions médicales, mais les garde-fous législatifs ou médicaux sont nombreux, de sorte à ce qu'en pratique, il y est difficile d'effectuer une transition de genre médicale. Le point commun principal de ces seize pays est l'absence de protocole médical national complet, et la rareté, voire l'inexistence de données sur le nombre de personnes engagées dans des parcours de transition médicale.

3.1.1 La Hongrie

Changement d'état civil

Sur le plan administratif, en Hongrie, il est impossible de changer de sexe administrativement ; un texte adopté le 19 mai 2020 inscrit dans le droit une définition du sexe comme binaire, immuable et déterminé à la naissance, rendant tout changement d'état civil impossible⁹⁴. En avril 2025, il a également été ajouté à la constitution hongroise que seuls les sexes masculins et féminins existent.

Accès aux traitements médicaux de transition

La Hongrie est l'un des trois seuls États membres de l'UE, avec la Lettonie et la Roumanie, à ne pas donner accès aux traitements hormonaux de transition dans le système de santé public. Aucun protocole officiel n'existe. Il n'existe pas

Cette troisième partie propose une cartographie comparative de ces choix politiques et sanitaires, en distinguant trois grandes catégories de pays (restrictifs, permissifs, et ceux qui pratiquent la prudence).

d'établissement de santé public spécialisé dans la prise en charge de la dysphorie de genre.

Prise en charge par l'assurance maladie

Les sources disponibles divergent sur ce point. Le TGEU indique une prise en charge des chirurgies d'affirmation de genre à hauteur de 10% du coût total par la NEAK (l'assurance maladie hongroise⁹⁵. L'EPATH a indiqué en 2021, que les chirurgies ne sont pas couvertes du tout, et que seuls les traitements hormonaux le sont partiellement⁹⁶. Le site officiel de la NEAK⁹⁷ affirme que les interventions visant à modifier les caractéristiques sexuelles externes sont prises en charge partiellement, sans en préciser le taux.

Dans tous les cas, étant donné que cette couverture partielle ne s'applique qu'aux établissements publics sous contrat avec la NEAK (le secteur privé restant entièrement à la charge du patient), et qu'aucun service public ne propose d'interventions médicales de transitions de genre, il est raisonnable de déduire qu'en réalité, les personnes souhaitant transitionner ne peuvent pas bénéficier d'un remboursement même partiel. Il n'existe pas de données sur le nombre de personnes engagées dans un parcours de transition médicale. Il n'existe aucune directive clinique ni protocole médical national encadrant la prise en charge des personnes trans.

3.1.2 La Bulgarie

Changement d'état civil

Le changement de sexe à l'état civil est impossible en Bulgarie. La Bulgarie a également adopté une loi interdisant “la

94 Human Rights Watch, Hungary Ends Legal Recognition for Transgender and Intersex People, 21 mai 2020.

95 <https://tgeu.uwazi.io/page/j7qkbqxkdtddn2h3h8gnqxgvi>

96 <https://epath.eu/past-conferences/conference-2021/programme/transgender-health-care-in-europe/>

97 <https://neak.gov.hu/sajtoszoba/Sajto2/healthcare-services>

propagande, la promotion ou l’incitation, de quelque manière que ce soit, directement ou indirectement, d’idées et de points de vue liés à une orientation sexuelle non traditionnelle et/ou à la définition d’une identité de genre autre que biologique”.

Accès aux traitements médicaux de transition

Les traitements dits d’affirmation de genre sont légaux en Bulgarie. Il n’existe pas de clinique spécialisée dans la prise en charge de la dysphorie de genre financée par le système public. Les personnes souhaitant transitionner médicalement doivent s’orienter vers le secteur privé. Concernant les mineurs, il n’existe aucun protocole encadrant la délivrance de traitements.

Il n’existe en Bulgarie aucune directive clinique ni protocole médical national encadrant la prise en charge des personnes trans. Aucune institution publique n’a de mission formelle en ce domaine. Aucune donnée n’est disponible concernant d’éventuelles transitions médicales dans le secteur privé.

3.1.3 La Slovaquie

Changement d’état civil

La Constitution slovaque, amendée en septembre 2025, reconnaît uniquement deux sexes, déterminés à la naissance. Le 26 septembre 2025, la Constitution slovaque, a été amendée, et l’article 52a stipule que “la République slovaque ne reconnaît que les sexes biologiquement déterminés, masculin et féminin”, ainsi que “le sexe ne peut être modifié que pour des raisons sérieuses, selon des procédures qui seront établies par la loi”.

Cette dernière formulation crée une forme de vide juridique, car la loi censée définir les procédures en question, n’a pas encore été adoptée. Conséquemment, les bureaux administratifs disposent d’une sorte de latitude pour refuser ou bloquer les demandes. Le seul texte sur lequel ils peuvent s’appuyer est une directive ministérielle datant de novembre 2023, qui conditionne le changement de sexe à l’état civil, au fait d’avoir subi une opération dite de réassignation sexuelle⁹⁸.

Accès aux traitements médicaux de transition

Les traitements dits d’affirmation de genre sont légaux en Slovaquie, mais il n’existe pas d’établissements publics spécialisés dans la prise en charge de la dysphorie de genre. Les personnes souhaitant transitionner médicalement doivent s’orienter vers le secteur privé. Concernant les mineurs, il n’existe aucun protocole encadrant la délivrance de traitements.

Il n’existe en Slovaquie aucune directive clinique ni protocole médical national encadrant la prise en charge des personnes

trans. Le gouvernement slovaque reconnaît lui-même que “Le processus de transition n’est pas, à l’heure actuelle, encadré de manière globale en République slovaque”⁹⁹. Concernant les mineurs, aucun protocole national n’encadre la délivrance de traitements. Aucune donnée n’est disponible concernant d’éventuelles transitions médicales dans le secteur privé.

3.1.4 La Roumanie

Changement d’état civil

Le changement de sexe à l’état civil est possible en Roumanie, mais aucune loi ne définit de procédure ni de critères précis. La décision relève entièrement de l’appréciation du juge, ce qui entraîne de fortes disparités en fonction des tribunaux. En pratique, subir une opération dite de changement de sexe, est souvent exigé.

Accès aux traitements médicaux de transition

Les traitements dits d’affirmation de genre sont légaux, mais l’accès aux hormones croisées n’est pas remboursé par le système de santé public. Il n’existe pas d’établissements publics spécialisés dans la prise en charge de la dysphorie de genre. Aucun protocole national n’encadre la délivrance de traitements aux mineurs.

Il n’existe en Roumanie aucune directive clinique ni protocole médical national encadrant la prise en charge des personnes qui se déclarent trans. Aucune donnée n’est disponible concernant d’éventuelles transitions médicales dans le secteur privé.

3.1.5 La Lettonie

Changement d’état civil

Le changement de sexe à l’état civil est possible en Lettonie, mais conditionné à une intervention chirurgicale dite de réassignation sexuelle. Le mariage homosexuel étant constitutionnellement interdit, toute personne mariée souhaitant modifier son état civil est contrainte de divorcer préalablement.

Accès aux traitements médicaux de transition

L’accès aux hormones n’est pas couvert par le système de santé public. Il n’existe pas d’établissement public spécialisé dans la prise en charge de la dysphorie de genre. Aucun protocole national n’encadre la délivrance de traitements aux mineurs.

Il n’existe en Lettonie aucune directive clinique ni protocole médical national encadrant la prise en charge des personnes trans. Aucune donnée n’est disponible concernant les transitions médicales dans le secteur privé.

3.1.6 La Lituanie

Changement d’état civil

Le changement de sexe à l’état civil est en principe possible en Lituanie, mais aucune loi n’en définit les conditions ni les procédures concrètes. Cette lacune a été constatée par la Cour européenne des droits de l’homme en 2007. En août 2025, la chambre d’Ukmergė du tribunal régional de district de Vilnius a saisi la Cour constitutionnelle lituanienne, constatant que la situation place les personnes trans dans un vide juridique complet¹⁰⁰. Ce vide juridique n’a pour l’instant pas été comblé.

Accès aux traitements médicaux de transition

Depuis août 2022, la Lituanie dispose d’un protocole national définissant les étapes de prise en charge médicale des personnes trans, axée sur un accompagnement pluridisciplinaire (psychiatre, endocrinologue et chirurgien selon les cas). C’est ce groupe d’experts qui pose le diagnostic et autorise ou non, l’administration d’un traitement hormonal. Le psychiatre est tenu d’établir un diagnostic qui permette de s’assurer que la demande de la personne ne résulte pas d’un autre trouble mental. En cela, la prise en charge lituanienne ressemble à certaines conditions émises par le *Dutch Protocol* établi dans les années 90. Les hormones sont accessibles mais ne sont remboursées que partiellement par le système public. Les interventions chirurgicales ne sont pas couvertes par ce protocole, faute de loi d’application. Aucun texte n’encadre la prise en charge des mineurs.

Le protocole de 2022 ne forme pas un référentiel clinique complet. La prise en charge chirurgicale reste sans base légale, et donc probablement peu pratiquées, y compris dans le secteur privé. Aucune donnée n’est disponible concernant les transitions médicales dans le secteur privé.

3.1.7 L’Estonie

Changement d’état civil

Le changement de sexe à l’état civil est possible en Estonie depuis 1992, sur la base d’un diagnostic médical. Aucune intervention chirurgicale dite de réassignation sexuelle n’est requise. La procédure implique deux passages devant un comité médical d’experts : le premier pour autoriser le traitement hormonal, et le second pour valider le changement d’état civil.

Accès aux traitements médicaux de transition

Les traitements dits d’affirmation de genre sont légaux. L’accès aux hormones n’est pas intégralement couvert par le système de

santé public. Il n’existe pas d’établissements publics spécialisés dans la prise en charge de la dysphorie de genre. Aucun protocole national n’encadre spécifiquement la délivrance de traitements aux mineurs.

Il n’existe pas en Estonie de protocole médical national complet encadrant la prise en charge des personnes trans. Aucune donnée n’est disponible concernant les transitions médicales dans le secteur privé.

3.1.8 La Pologne

Changement d’état civil

Le changement de sexe à l’état civil est possible en Pologne ; il est conditionné à un diagnostic médical de dysphorie de genre. Les personnes mariées restent cependant dans l’impossibilité de modifier leur état civil sans divorcer préalablement. Contrairement aux pays précités, en Pologne, la chirurgie n’est pas requise pour changer d’état civil ; c’est même l’inverse : le changement d’état civil est un préalable *sine qua non* avant d’être autorisé à subir toute chirurgie.

Accès aux traitements médicaux de transition

Les traitements dits d’affirmation de genre sont légaux en Pologne. L’accès aux hormones est partiellement couvert par le système public. Il n’existe pas d’établissement public spécialisé dans la prise en charge de la dysphorie de genre.

Des recommandations cliniques encadrant la prise en charge des adolescents ont été publiées en 2025 par un groupe d’experts pluridisciplinaires, mais ce document ne constitue néanmoins pas un cadre reconnu officiellement¹⁰¹. Aucun protocole n’encadre spécifiquement la prise en charge des enfants prépubères.

3.1.9 La Tchéquie

Changement d’état civil

Jusqu’au 1er juillet 2025, le changement de sexe à l’état civil était conditionné en Tchéquie au fait de subir une opération dite de réassignation sexuelle. En mai 2024, la Cour constitutionnelle tchèque a déclaré cette obligation inconstitutionnelle, au motif qu’elle constituait une atteinte disproportionnée à la dignité humaine et à l’intégrité corporelle. Depuis le 1er juillet 2025, le changement d’état civil repose sur un diagnostic établi par un sexologue et un consentement éclairé de la personne, sans qu’aucune intervention chirurgicale ni traitement hormonal ne soit requis. Les personnes mariées doivent divorcer préalablement à tout changement d’état civil¹⁰².

⁹⁸ <https://spectator.sme.sk/politics-and-society/c/slovak-health-ministry-scraps-gender-transition-guidelines>

⁹⁹ https://www.slovensko.sk/en/life-situation/life-situation/_sex-reassignment-recognition-r

¹⁰⁰ <https://www.lgl.lt/en/?p=32282>

¹⁰¹ <https://archive.org/details/104289-466294-1-pb/104289-466294-1-PB>

¹⁰² <https://www.expats.cz/czech-news/article/czechia-eases-sex-change-rules-drops-surgery-requirement>

Accès aux traitements médicaux de transition

Les traitements dits d’affirmation de genre sont légaux en Tchéquie. L’accès aux hormones est partiellement couvert par le système public de santé. Il n’existe pas d’établissements publics spécialisés, mais quelques professionnels spécialisés exercent dans le secteur public. Aucun protocole national n’encadre spécifiquement la délivrance de traitements aux mineurs.

Données relatives au traitement des adultes

Le ministère de la Santé tchèque publie des statistiques annuelles. Les demandes d’opérations dites de réassignation sexuelle étaient de 47 en 2013, 270 en 2023, et 296 en 2024. Depuis 2012, plus de 1900 personnes au total ont fait une demande. Plus de 60% des demandes concernent des transitions de femmes transmasculines. En 2024, 9 demandes ont été refusées par la commission ministérielle¹⁰³. Les frais de ces chirurgies sont couverts par l’assurance publique, mais uniquement après approbation d’une commission du ministère de la Santé.

Il n’existe pas en Tchéquie de protocole médical national complet encadrant la prise en charge des personnes trans. La réforme de juillet 2025 a modifié les conditions du changement d’état civil, mais n’a pas créé de référentiel clinique. Aucune donnée n’est disponible concernant les transitions médicales dans le secteur privé.

Données relatives au traitement des mineurs

Concernant les mineurs, des bloqueurs de puberté peuvent leur être prescrits, ainsi que des hormones croisées à partir de l’âge de 16 ans, mais cela est soumis à la validation d’un sexologue, d’un psychologue, d’un endocrinologue pédiatrique, et des parents. Pour la suite, la Tchéquie autorise l’administration d’hormones croisées à partir de 16 ans, puis les interventions chirurgicales à partir de 18 ans.

La seule donnée chiffrée provient du service de sexologie de l’Hôpital universitaire de Brno : en 2019, ce service suivait 20 patients trans de moins de 18 ans (30 en 2020). Aucune autre donnée de services publics ou privés ne sont disponibles¹⁰⁴.

3.1.10 La Croatie

Changement d’état civil

Le changement de sexe à l’état civil est possible en Croatie depuis 2014, sur la base d’un diagnostic psychiatrique. Aucune

intervention chirurgicale dite de réassignation sexuelle n’est requise par la loi, mais la procédure impose un diagnostic de dysphorie de genre établi par un psychiatre, ainsi qu’une période d’observation vécue dans le genre souhaité (cela se rapproche du *Real Life Test* (RLT) initialement prôné par les SOC 1 de HBIGDA. Les personnes mariées sont contraintes de divorcer préalablement¹⁰⁵.

Accès aux traitements médicaux de transition

Les traitements dits d’affirmation de genre sont légaux. Un réseau de professionnels de santé spécialisés dans la prise en charge des personnes trans a été progressivement constitué en Croatie à partir de 2011, mais il n’existe pas d’établissement public dédié à la prise en charge de la dysphorie de genre. Les chirurgies de transition de genre ne peuvent pas toutes être réalisées en Croatie ; seules les chirurgies génitales les plus courantes (vaginoplastie et métoïdioplastie) y sont pratiquées, dans des hôpitaux de Zagreb. En revanche, aucun chirurgien ne pratique la phalloplastie ; pour avoir accès à cette opération, les personnes doivent se tourner vers l’étranger¹⁰⁶.

Selon l’EPATH, entre mai 2014 et juin 2021, 173 patients ont sollicité un traitement hormonal de transition de genre ; 28 patients ont subi une chirurgie génitale dite d’affirmation de genre, et 23 patients (âgés de 18 à 41 ans, âge moyen 28 ans) ont subi une chirurgie thoracique (ablation des seins, ou augmentation mammaire)¹⁰⁷.

Les traitements hormonaux sont partiellement couverts par l’assurance maladie croate, mais pas les chirurgies dites d’affirmation de genre.

Aucun protocole national n’encadre la délivrance de traitements aux mineurs, bien que la reconnaissance juridique du genre soit possible pour eux à la marge, car il n’existe pas de restriction d’âge explicite dans la loi croate pour le changement d’état civil. Il n’existe pas non plus de protocole encadrant la prise en charge des personnes transgenres majeures.

3.1.11 La Grèce

Changement d’état civil

La Grèce dispose depuis 2017 d’une loi de reconnaissance juridique du genre (loi 4491/2017), permettant le changement de sexe à l’état civil sans aucune exigence médicale (ni chirurgie, ni traitement hormonal, ni évaluation psychiatrique). La procédure est accessible aux personnes de 17 ans et plus ; elle est également possible entre 15 et 17 ans, mais sous conditions,

avec avis d’un conseil médical. L’obligation de divorce préalable pour les personnes mariées a été supprimée en février 2024, dans le cadre de la loi légalisant le mariage homosexuel.

Accès aux traitements médicaux de transition

Les traitements dits d’affirmation de genre sont légaux en Grèce. L’accès aux traitements hormonaux est conditionné à un diagnostic psychiatrique de “dysphorie de genre”, mais ils sont remboursés par l’assurance maladie publique, ce qui n’est pas le cas des chirurgies dites d’affirmation de genre.

Il n’existe pas d’établissements publics spécialisés dans la prise en charge de la dysphorie de genre. L’accès aux soins est difficile en pratique, en raison du manque de professionnels formés et il n’existe aucune formation consacrée à la santé des personnes trans dans les cursus médicaux. Il n’existe pas de données relatives au nombre de personnes suivant un parcours de transition médicale en Grèce.

3.1.12 Chypre

Changement d’état civil

Chypre a adopté en novembre 2022 une loi permettant le changement de sexe à l’état civil sans aucune exigence médicale (ni chirurgie, ni traitement hormonal, ni évaluation psychiatrique), par simple déclaration sous serment devant un tribunal. La procédure est accessible aux personnes majeures ; pour les mineurs de 16 à 18 ans, elle nécessite l’intervention d’un comité d’experts pluridisciplinaire et une ordonnance du tribunal de la famille. Les interventions médicales sur les mineurs sont interdites. La loi impose un état civil de célibataire¹⁰⁸.

Accès aux traitements médicaux de transition

Les traitements dits d’affirmation de genre sont légaux à Chypre pour les adultes. L’accès aux hormones est possible, bien que limité en pratique par le manque de professionnels de santé spécialisés. Concernant les mineurs, la loi de novembre 2022 interdit les interventions médicales de transition de genre, à l’exception des traitements que le médecin traitant juge médicalement nécessaires pour le développement de l’enfant ; ce qui produit une forme de flou juridique¹⁰⁹. Il n’existe pas d’établissement public spécialisé dans la prise en charge de la dysphorie de genre.

Il n’existe à Chypre, aucune directive clinique, ni protocole médical national encadrant la prise en charge des personnes

transgenres adultes. Aucune donnée n’est disponible concernant les transitions médicales dans le secteur public, comme privé.

3.1.13 La Slovénie

Changement d’état civil

Le changement de sexe à l’état civil est possible en Slovénie depuis 2005, mais il est conditionné au fait de fournir un certificat médical d’un psychiatre attestant que la personne a “changé de genre”. Néanmoins, il n’existe en Slovénie que deux psychiatres habilités à poser le diagnostic de dysphorie de genre. Les personnes mariées doivent divorcer préalablement¹¹⁰.

Accès aux traitements médicaux de transition

Les traitements dits d’affirmation de genre sont légaux en Slovénie. L’accès aux hormones est partiellement couvert par le système public. Il n’existe pas d’établissement public spécialisé dans la prise en charge de la dysphorie de genre, et la Slovénie ne disposerait que d’une seule équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge de la dysphorie de genre, créée en 2020¹¹¹. La Slovénie autorise l’accès aux bloqueurs de puberté pour les mineurs, mais pas les hormones croisées¹¹².

Il n’existe en Slovénie aucune directive clinique ni protocole médical national formel, encadrant la prise en charge des personnes trans. Aucune donnée n’est disponible concernant les transitions médicales dans le secteur public, comme privé.

3.1.14 L’Italie

Changement d’état civil

Le changement de sexe à l’état civil est possible en Italie, sans nécessairement avoir subi une opération dite de réassignation sexuelle. Les personnes mariées voient leur mariage automatiquement dissous par le changement d’état civil ; elles peuvent toutefois demander au juge de le convertir en union civile¹¹³.

Accès aux traitements médicaux de transition

Les traitements médicaux dits d’affirmation de genre sont légaux en Italie. Depuis 2020, les hormones croisées sont intégralement remboursées par le système de santé public. L’accès aux soins est très inégal selon les régions, certaines étant dotées de structures spécialisées tandis que d’autres n’en disposent pas.

103 <https://www.expatz.cz/czech-news/article/applications-for-gender-reassignment-surgery-triples-in-czechia>

104 <https://www.expatz.cz/czech-news/article/number-of-trans-adolescents-rising-in-the-czech-republic-but-the-process-isn-t-easy>

105 <https://outrightinternational.org/our-work/europe-and-central-asia/croatia>

106 <https://epath.eu/past-conferences/conference-2021/programme/transgender-health-care-in-europe/>

107 <https://epath.eu/past-conferences/conference-2021/programme/transgender-health-care-in-europe/>

108 <https://cyprus-mail.com/2022/11/24/groundbreaking-gender-identity-bill-brought-to-the-house>

109 <https://cyprus-mail.com/2022/11/24/groundbreaking-gender-identity-bill-brought-to-the-house/>

110 <https://www.equaldex.com/log/5794>

111 <https://lgbti-era.org/countries/slovenia/>

112 <https://tgeu.org/trans-health-map/>

113 https://www.infotrans.it/en-schede-75-egal_gender_recognition_italy_transgender

Traitements des mineurs

En novembre 2024, le Comité national de bioéthique italien a recommandé que les bloqueurs de puberté ne soient prescrits aux mineurs qu’après l’échec d’une approche psychosociale, et uniquement dans le cadre d’essais cliniques très réglementés. En août 2025, le gouvernement Meloni a voté un projet de loi dit “décret Schillaci-Roccella”, conditionnant la prescription de bloqueurs de puberté et d’hormones croisées aux moins de 18 ans, à l’approbation préalable d’un comité d’éthique. Pour entrer en vigueur, le projet doit encore être voté au parlement.

À la suite de cela, l’hôpital Careggi de Florence (le seul à prescrire des bloqueurs de puberté dans tout le pays) a suspendu toutes les nouvelles prescriptions. Les mineurs qui avaient déjà un plan thérapeutique en cours continuent à recevoir leur traitement, mais plus aucune nouvelle prescription n’est délivrée¹¹⁴. Des données indiquent que l’hôpital Careggi faisaient entrer chaque année entre 20 à 30 mineurs, dans un parcours de transition médicale¹¹⁵. En janvier 2024, une inspection ministérielle a porté sur 85 dossiers de patients mineurs. Cet audit a révélé plusieurs manquements graves :

- les bloqueurs de puberté (triptoréline) avait été prescrits sans que les patients aient reçu au préalable l’accompagnement psychiatrique et psychothérapeutique exigé par l’AIFA ;
- un manque de personnel (et notamment d’un neuropsychiatre pour enfant à temps plein) ;
- la clinique n’avait pas transmis à l’AIFA les rapports de suivi obligatoires sur les traitements en cours.

Une enquête pénale a été ouverte, et Alessandra Daphne Fisher, un homme transféminin directeur du service et président de la Société italienne d’identité de genre et de santé (SIGIS), a défendu les pratiques de Careggi, qualifiant les bloqueurs de puberté de “complètement réversibles” dans la presse italienne, ce qui est absolument contraire au consensus médical actuel.

Les cinq autres hôpitaux italiens qui prenaient théoriquement en charge les mineurs trans ne prescrivaient déjà pas de bloqueurs de puberté et se limitaient à un suivi psychologique en attendant que les patients aient 18 ans pour accéder aux hormones croisées. Des données de l’AIFA (Agence italienne du médicament) indiquent qu’en 2023, environ 25 mineurs étaient sous bloqueurs de puberté dans tout le pays¹¹⁶.

Traitement des adultes

Il n’existe pas de données recensant le nombre de personnes engagées dans des parcours de transitions médicale, mais notons qu’une étude menée en partenariat l’hôpital Careggi a montré une prévalence de la population féminine, comme partout ailleurs. Parmi les répondants, 65% étaient des femmes transmasculines, et 35% des hommes transféminins¹¹⁷.

Actuellement, six services hospitaliers publics italiens existent. Ces centres prescrivent des hormones croisées (remboursées intégralement depuis 2020), assurent le suivi endocrinologique, et certains pratiquent des chirurgies dites de réassignation sexuelle, également couvertes par le système national de santé. Le parcours type dans le public inclut environ 8 séances avant de pouvoir accéder à une prescription hormonale, puis éventuellement chirurgie. Des services privés dédiés aux transitions de genre existent, mais ils sont difficilement répertoriables. Il n’existe pas en Italie de protocole médical national uniforme encadrant la prise en charge des personnes trans. La forte décentralisation du système de santé produit des disparités importantes entre les régions.

3.1.15 L’Autriche

Changement d’état civil

Le changement de sexe à l’état civil est possible en Autriche sans exigence de chirurgie dite de réassignation sexuelle ; il faut simplement fournir un certificat psychiatrique. En décembre 2025, la Cour constitutionnelle autrichienne a accordé aux personnes se déclarant non-binaires, le droit de faire supprimer la mention de leur genre à l’état civil¹¹⁸.

Accès aux traitements médicaux de transition

Les traitements dits d’affirmation de genre sont légaux en Autriche, et partiellement couverts par le système de santé public, sous réserve de la production de plusieurs avis psychiatriques.

Il n’existe pas en Autriche de protocole médical national complet encadrant la prise en charge des personnes trans. L’accès aux soins varie selon les régions et les prestataires.

Données concernant les mineurs

L’accès aux bloqueurs de puberté pour les mineurs est possible et encadré par les réglementations du ministère

de la Santé¹¹⁹. Une seule étude concernant les mineurs se déclarant transgenres en Autriche existe. Elle porte sur 310 petits patients de la clinique pédiatrique de l’Université médicale de Vienne entre 2008 et 2022. Elle révèle que 74,2% étaient des filles ; l’âge médian à la première consultation était de 15,6 ans ; les référencement sont très faibles (environ 50 par an).

Sur ces 310 patients mineurs, 186 ont reçu un traitement hormonal (79 ont été placés sous bloqueurs de puberté seuls ; 22 adolescentes âgées d’entre 16 et 18 ans, ont subi une ablation des seins. 205 patients ont obtenu un changement de sexe à l’état civil¹²⁰.

Données concernant les adultes

Une étude exploratoire publiée dans *l’International Journal of Environmental Research and Public Health* (2021), portant sur des adultes trans en Autriche, indique que l’âge moyen au début de la transition médicale était de 26 ans et que le délai moyen d’attente pour obtenir un avis positif était d’environ 10 mois¹²¹.

Il n’existe pas de données recensant le nombre exact de personnes majeures placées sous hormones croisées, ou ayant subi des opérations dites de réassignation sexuelle. Néanmoins, une étude publiée en 2020 permet de documenter le fait que des opérations sont bien pratiquées en Autriche : elle a été réalisée sur 75 adultes en transition médicale, dont 82,4% étaient sous hormones, et 47,3% avaient subi au moins une chirurgie dite de réassignation sexuelle dont 92,5% l’avaient été en Autriche¹²².

3.1.16 L’Irlande

Changement d’état civil

L’Irlande dispose depuis 2015 d’un cadre juridique fondé sur l’autodétermination : le *Gender Recognition Act* permet à toute personne majeure, de changer de sexe à l’état civil par simple déclaration, sans aucune exigence médicale. Les personnes âgées de 16 à 18 ans peuvent y accéder via une procédure plus contraignante nécessitant une ordonnance du tribunal. En revanche, les moins de 16 ans ne peuvent pas modifier leur état civil. Il n’existe pas d’obligation de divorce préalable¹²³.

Accès aux traitements médicaux de transition

Les traitements hormonaux dits d’affirmation de genre sont légaux en Irlande. Ils sont pris en charge par le système public de santé via le *National Gender Service* (NGS), qui ne prend toutefois pas en charge les patients de moins de 18 ans. Avant janvier 2021, les mineurs irlandais étaient adressés à la clinique Tavistock au Royaume-Uni ; mais depuis l’interruption de ce dispositif, il n’existe plus aucun accès public aux soins de transition pour les mineurs en Irlande. Aucune loi n’interdit formellement ces traitements, mais aucun service ne les propose.

En décembre 2025, environ 2470 personnes étaient sur liste d’attente, avec un délai moyen de quatre ans et demi pour une première consultation (contre 14 mois en décembre 2019). Le 1er mars 2026, le NGS a fermé sa liste d’attente à tout nouveau patient, faute de ressources¹²⁴. D’après une étude, seulement 14% des jeunes personnes trans ont pu accéder aux soins de transition en Irlande, et un tiers des adultes trans avaient attendu au moins trois ans pour un premier rendez-vous¹²⁵.

Une étude publiée dans *l’Irish Journal of Medical Science* (2022) portant sur 167 dossiers de jeunes adultes (18-30 ans) au NGS entre 2014 et 2020, montre que 62,3% des patients étaient des femmes se déclarant trans, contre 35,3% d’hommes (ce qui reflète les proportions sexuées, à l’échelle mondiale). Plus des deux tiers étaient placés sous hormones croisées, et 16,1% avaient subi des interventions chirurgicales. Le délai médian entre le référencement et la première consultation était de 450 jours. Les comorbidités psychiatriques étaient élevées : 49,1% souffraient de dépression, 26,3% d’anxiété¹²⁶.

Contournement de la loi et automédication

Face à l’effondrement du système public, un prestataire privé basé au Royaume-Uni, *GenderGP* (fondé par la Dr Helen Webberley), s’est imposé comme une alternative pour une part importante des patients irlandais. *GenderGP* prescrit des hormones après des consultations en ligne, et délivre des ordonnances ayant une validité dans les pharmacies irlandaises. En avril 2024, un consultant du NGS, le Dr Paul Moran, a publiquement dénoncé cette situation dans un article, accusant GenderGP de contourner les protocoles cliniques et appelant les pharmaciens irlandais à cesser d’exécuter les prescriptions étrangères d’hormones de transition¹²⁷.

114 <https://www.nbcnews.com/nbc-out/out-news/italy-moves-tighten-controls-gender-affirming-medical-care-minors-rcna223097>

115 <https://www.genderclinicnews.com/p/crime-scene>

116 <https://en.iisole24ore.com/art/gender-dysphoria-changes-under-drug-lens-that-blocks-puberty-AF0oPd1D>

117 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11143024/>

118 <https://tgeu.org/major-win-for-non-binary-people-in-austria/>

119 https://www.ilga-europe.org/files/uploads/2024/02/2024_austria.pdf

120 <https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2024.1258495/full>

121 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8297154/>

122 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8297154/>

123 <https://www.citizensinformation.ie/en/birth-family-relationships/legal-recognition-of-preferred-gender/>

124 <https://www.rte.ie/news/primetime/2025/12/11/1548485-transgender-care-waiting-list-to-close-due-to-resourcing-concerns/>

125 <https://www.belongto.org/support-our-work/advocacy/lgbtq-research/trans-healthcare-in-ireland-research-report-2024/>

126 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36121602/>

127 <https://www.thejournal.ie/gps-hormones-ireland-paul-moran-gender-6359169-Apr2024/>

Sur des forums, ou dans des articles de presse, on peut constater que certaines personnes transgenres pratiquent l'automédication, faute de supporter les délais d'attente. Cela est décrit tant par les associations trans que par les cliniciens¹²⁸. Par ailleurs, une étude clinique publiée dans *l'Irish Journal of*

3.2 Les pays aux politiques trans-affirmatives

Le groupe des pays dits permissifs réunit des États qui ont adopté un modèle d'autodétermination du genre, c'est-à-dire la possibilité pour une personne de modifier son genre à l'état civil sur simple déclaration administrative, sans diagnostic médical ni évaluation psychiatrique préalable. Ces pays ont également, à des degrés divers, ouvert l'accès aux traitements hormonaux et aux chirurgies de transition, pour les adultes et pour les mineurs. Ils sont ici présentés dans un ordre graduel, allant du plus raisonnable au plus libéral (ce classement est néanmoins imparfait, du fait du manque de données concernant le nombre de transitions médicales dans chaque pays).

3.2.1 Le Portugal

Changement d'état civil

La loi n° 38/2018, entrée en vigueur en août 2018, permet à toute personne majeure de modifier la mention de son sexe et de son prénom à l'état civil sans aucune condition médicale : ni diagnostic psychiatrique, ni traitement hormonal, ni chirurgie.

Pour les mineurs de 16 et 17 ans, la démarche est possible avec le consentement des parents et la production d'un certificat psychologique attestant du fait que la personne est suffisamment mature (ce qui est différent d'un certificat psychiatrique attestant du fait que la personne souffre de dysphorie de genre). En dessous de 16 ans, le changement d'état civil est impossible, mais les établissements scolaires ont pour obligation de respecter le prénom d'usage choisi par l'élève, et ce, sans l'accord préalable des parents, ni même sans qu'ils ne soient informés.

Entre 2018 et 2025, 3300 personnes ont fait modifier leur sexe à l'état civil (dont 323 étaient âgées de 16 ou 17 ans).

Néanmoins, en mars 2026, l'Assemblée de la République a adopté en première lecture trois projets de loi portés par le PSD le CDS-PP, et le parti Chega, par 151 voix contre 79, visant à abroger la loi n° 38/2018, à réintroduire un avis médical ou

Medical Science (PMC, 2014) indique que sur 218 patients vus en consultation au NGS, 44 étaient déjà sous hormones avant leur première consultation, et avaient déclaré avoir obtenu ces hormones croisées soit par des commandes en ligne, soit via des praticiens en Irlande ou au Royaume-Uni¹²⁹.

psychiatrique pour tout changement d'état civil, et à interdire celui-ci pour les moins de 18 ans. Ces projets doivent encore passer en commission parlementaire avant un vote final.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les adultes

Le système national de santé (SNS) couvre les soins dits d'affirmation de genre. Un diagnostic de dysphorie de genre établi par un psychiatre ou un sexologue est requis pour accéder aux traitements médicaux ; l'accès à une prescription hormonale nécessite l'avis d'un professionnel de santé mentale spécialisé, et les chirurgies, deux avis.

Il n'existe pas de données précises relatives au nombre de personnes engagées dans un parcours de transition médicale.

Peu d'études cliniques ont été réalisées sur la population transgenre médicalisées portugaise. Deux études, néanmoins, confirment la prévalence de la population féminine dans les services médicaux dédiés aux transitions de genre, ainsi que l'importante présence de comorbidités psychiatriques.

La première¹³⁰, réalisée au *Centro Hospitalar Universitário* de São João, à Porto montre une prévalence de 68,4% de femmes transmasculines,contre31,6 % d'hommes transféminins (92,3% des femmes transmasculines, 88,9% des hommes transféminins étaient sous hormonothérapie, et environ un tiers avait subi au moins une chirurgie) ; la deuxième étude¹³¹, réalisée au sein de l'unité de sexe et de genre (USEG) de l'hôpital Santo António à Porto, confirme également la prévalence féminine (49,65% de femmes transmasculines, 38,46% d'hommes transféminins, et 11,89% se déclarant non binares).

Le nombre de services publics disposant d'unités dédiées à la prise en charge des personnes qui se disent transgenres, n'est pas connu. Les délais d'attente dans le secteur public sont longs, ce qui pousse une partie des patients vers le secteur privé. A minima deux études¹³²¹³³ révèle ntque des personnes reçues

dans les consultations publiques ont déclaré avoir pratiqué l'automédication.

Les traitements hormonaux et certaines chirurgies sont couverts par le SNS (système public), mais aucune source ne précise à quel pourcentage. Le guide *Rainbow Connection* (site communautaire trans au Portugal) indique que “certaines procédures comme la féminisation faciale ou la chirurgie du torse, ne sont pas totalement couvertes”. Le rapport *TGEU Trans Health Map* (2022) classe le Portugal dans la catégorie des pays où les soins sont couverts par le système public, sans indiquer de taux.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les mineurs

Il n'existe pas de données publiques relatives au nombre de mineurs placés sous bloqueurs de puberté ou sous hormones croisées au Portugal. Les directives officielles présentent les bloqueurs de puberté comme une option thérapeutique “réversible”, et s'appuient explicitement sur les SOC de la WPATH. Des parents de l'association *Juventude em Transição* (un collectif opposé à la médicalisation des mineurs), ont témoigné du fait que des enfants à partir de 11 ans se sont vu prescrire des bloqueurs de puberté dès le premier rendez-vous¹³⁴.

Le 20 mars 2026, parallèlement aux projets de loi modifiant le régime de l'état civil, le CDS-PP et Chega ont fait voter en première lecture un texte visant à interdire la prescription de bloqueurs de puberté et d'hormones croisées aux mineurs¹³⁵.

Aucune loi portugaise n'interdit explicitement la pratique des chirurgies dites de réassignation sexuelle sur des mineurs dans le cadre d'une transition de genre, mais ne les autorise pas non plus de façon explicite. La stratégie de santé publiée par la DGS en 2019 ne fixe pas d'âge minimal pour ces interventions. Elle renvoie aux SOC de la WPATH comme “référence principale”. Or les SOC 8, publiés en 2022, ont supprimé tout âge minimal explicite pour la quasi-totalité des chirurgies, à l'exception de la phalloplastie, et confient la décision à l'appréciation de chaque médecin¹³⁶.

En pratique, et en l'absence de preuves, les chirurgies transgenres semblent tout de même réservées aux adultes, mais le cadre juridique est inexistant, et il n'existe aucune donnée publique permettant d'affirmer de telles interventions chirurgicales ne sont pas pratiquées sur des mineurs au Portugal.

3.2.2 Le Luxembourg

Changement d'état civil

La loi du 10 août 2018 permet à toute personne de modifier la mention de son sexe et de son prénom à l'état civil par simple demande administrative auprès du ministère de la Justice, sans aucune condition médicale, psychiatrique ni chirurgicale. La loi ne fixe aucun âge minimal. Les mineurs peuvent faire modifier leur état civil avec le consentement de leurs représentants légaux. En cas de désaccord entre les parents, il est possible de saisir le tribunal pour trancher sur le désaccord. Les enfants de moins de cinq ans peuvent changer de sexe à l'état civil, à l'initiative de leurs parents¹³⁷.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les adultes

Les traitements dits d'affirmation de genre sont légaux et couverts par la Caisse nationale de santé (CNS), à condition que les personnes aient obtenu un diagnostic psychiatrique allant dans ce sens.

Le Luxembourg ne dispose d'aucun service public ou privé, spécialisé dans la prise en charge des personnes se déclarant transgenres. Les patients sont orientés vers l'étranger, principalement la Belgique, la France et l'Allemagne. Le Luxembourg est le seul État membre de l'UE dans lequel l'intégralité des interventions obtenues à l'étranger est prise en charge par l'État, à condition qu'elles aient fait l'objet d'une autorisation préalable de la CNS¹³⁸.

Il n'existe aucune étude clinique publiée portant sur la population transgenre médicalisée au Luxembourg. Aucune donnée n'est disponible sur le nombre de personnes sous hormonothérapie croisée, ni sur le nombre d'interventions chirurgicales financées par la CNS à l'étranger.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les mineurs

La médicalisation des mineurs dits transgenres est légale au Luxembourg, mais comme pour les adultes, il n'existe pas de directives sanitaires nationales pour les encadrer. Aucune donnée n'est disponible sur le nombre de mineurs placés sous bloqueurs de puberté ou sous hormones croisées. Aucune loi luxembourgeoise n'interdit les chirurgies dites de réassignation sexuelle sur les mineurs. Il est possible que certaines de ces interventions (l'ablation des seins pour les filles est la plus fréquente) soient pratiquées à l'étranger via le système de

128 <https://gcn.ie/trans-people-self-medicate-long-waitlists/>

129 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4056308/>

130 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34871600/>

131 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12437623/>

132 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34871600/>

133 <https://karger.com/eni/article/20/4/183/933678/>

134 <https://europeanconservative.com/articles/commentary/portugals-transgender-agenda-leaves-parents-fighting-an-uphill-battle/>

135 <https://www.genderclinicnews.com/p/portugal-on-track-to-ban-blockers>

136 <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-de-saude-para-as-pessoas-lesbicas-gays-bissexuais-trans-e-intersexo-lgbti-pdf.aspx>

137 <https://tgeu.org/luxembourg-adopts-self-determination-law/>

138 <https://www.tgeu.org/files/uploads/2023/11/TGEU-Trans-Health-Map-Report.pdf>

remboursement conditionné à l’obtention d’une autorisation de la CNS (et dans ce cas, les conditions d’accès dépendent du cadre réglementaire du pays dans lequel l’intervention est réalisée)¹³⁹.

3.2.3 La France

Changement d’état civil

En France, toute personne majeure peut demander la modification de la mention de son sexe à l’état civil, sans nécessairement poursuivre un parcours de transition médicale. Il faut pour cela, produire des éléments de preuve attestant que la mention à l’état civil ne correspond pas à son “identité de genre”. Selon une étude publiée dans la Revue des droits et des libertés fondamentaux (Moron-Puech & Borrel, 2023), 99 % des demandes aboutissent¹⁴⁰.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les adultes

L’hormonothérapie et les chirurgies de transition sont prises en charge intégralement par la sécurité sociale lorsque les personnes souffrant de pathologies qui nécessitent des soins prolongés et particulièrement coûteux bénéficient de l’ALD 31. L’ALD (Affection de Longue Durée) donne droit au remboursement à 100 % des dépenses liées aux traitements qui lui sont relatifs.

Le nombre de bénéficiaires de l’ALD 31 au titre d’un diagnostic de dysphorie de genre était de 9000 en 2020 et de 22 550 en 2023 (dont 70% âgés entre 18 et 35 an)¹⁴¹.

En 2018, neuf unités hospitalières spécialisées dans la prise en charge de la transidentité étaient recensées sur le territoire, dont trois en région parisienne. Les listes d’attente sont souvent très longues (plusieurs mois), et certains établissements ont même fermé l’accès à leurs listes d’attente¹⁴².

Accès aux traitements médicaux de transition pour les mineurs

Selon le rapport de l’IGAS remis en 2022, sur les 9000 personnes bénéficiant alors de l’ALD au titre d’une transition de genre, moins de 300 étaient mineures. Néanmoins, on constate une forte augmentation des demandes de prise en charge de la part des plus jeunes.

Il existe *a minima* dix unités spécialisées dans l’accueil des moins de vingt ans se déclarant trans. Les seules données relatives aux mineurs médicalisés dans le cadre d’une dysphorie de genre proviennent du service spécialisé de l’hôpital de la Pitié-Salpêtrière, qui accueille des jeunes de moins de 20 ans en parcours de transition en France. Sur 239 jeunes reçus entre juin 2012 et mars 2022, 68% sont des filles, et 11% ont été placés sous bloqueurs de puberté. Les comorbidités psychiatriques sont particulièrement élevées : 28% d’hospitalisations psychiatriques antérieures, 60% de symptômes dépressifs, 41% de troubles anxieux, 9% de troubles du spectre autistique, 10% de stress post-traumatique, 7% d’anorexie, 5% de psychose¹⁴³. 5 jeunes majeures ont subi une ablation de l’utérus et des ovaires ; 1 jeune femme a subi une métoïdioplastie à l’âge de 20 ans ; 1 jeune homme a subi une vaginoplastie après sa majorité¹⁴⁴.

Les traitements hormonaux sont accessibles pour les mineurs, mais les chirurgies dites de réassignation sexuelle sont interdites, à l’exception de la mammectomie, qui est accessible pour les adolescentes dès l’âge de 16 ans.

Normes de santé nationales relatives à la prise en charge des personnes trans

Le18juillet2025,laHASapubliéespremièresrecommandations nationales sur la prise en charge des adultes en transition de genre. Parmi les dispositions les plus significatives : la HAS estime désormais qu’un avis psychiatrique systématique n’est pas recommandé pour accéder aux traitements ; que le médecin généraliste peut assurer la primo-prescription des hormones ; et qu’il est “recommandé de répondre aux demandes de chirurgie des personnes trans, selon les mêmes modalités et dans les mêmes délais que pour les autres demandeurs”¹⁴⁵.

Cette évolution est parfaitement calquée sur celle des recommandations de la WPATH. En 2010, la création de la SOFECT (Société française d’études et de prise en charge de la transidentité) recommandait une évaluation psychiatrique approfondie, un suivi pluridisciplinaire, et sur le long court, avant tout accès à des traitements. Ce cadre correspondait à la doctrine de prudence thérapeutique portée par la HBIGDA dans ses premières versions des SOC. En quelques années, la France a fini par s’aligner sur les nouvelles recommandations de la WPATH. La SOFECT est devenue Trans Santé France, un organisme explicitement affilié à l’EPATH (la branche européenne de la WPATH). La WPATH est d’ailleurs désormais citée comme institution de référence dans le “Rapport relatif

à la santé et aux parcours de soins des personnes trans”¹⁴⁶, commandé en 2022 par le ministre de la Santé Olivier Véran à l’association Acceptess-T. Les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) publiées en juillet 2025 s’inscrivent dans la continuité directe des SOC 8. Le cadre normatif français a donc suivi progressivement les standards élaborés par la WPATH.

En mai 2024, le Sénat a adopté une proposition de loi déposée par Jacqueline Eustache-Brinio (LR), visant à interdire les mammectomies et l’administration d’hormones croisées aux mineurs, ainsi qu’à conditionner l’administration de bloqueurs de puberté à un délai de réflexion de deux ans. Ce texte n’a pas encore été examiné par l’Assemblée nationale à la date de rédaction du présent rapport¹⁴⁷.

3.2.4 L’Allemagne

Changement d’état civil

Depuis le 1er novembre 2024, la loi sur l’autodétermination en matière de genre (Selbstbestimmungsgesetz, SBGG), permet à toute personne de modifier la mention de son sexe et de son prénom à l’état civil par simple déclaration auprès du bureau d’état civil, sans aucune condition médicale ni évaluation psychiatrique. Les options possibles sont : masculin, féminin, “divers”, ou suppression de la mention. Un changement inverse ne peut intervenir qu’après un délai d’un an.

Les mineurs de 14 ans et plus peuvent soumettre la déclaration eux-mêmes, mais cela nécessite le consentement de leur représentant légal. Pour les enfants de moins de 14 ans, la déclaration doit être faite par le représentant légal, avec l’accord de l’enfant si celui-ci a au moins 5 ans. Concernant les enfants âgés de moins de 5 ans, les parents peuvent changer la mention de leur sexe à l’état civil.

Au cours des deux premiers mois d’application de la loi, 10 589 changements de genre ont été enregistrés¹⁴⁸

Accès aux traitements médicaux de transition pour les adultes

Les traitements de transition sont couverts par l’assurance maladie.

L’Allemagne est l’un des rares pays à disposer de données nationales sur les chirurgies génitales dites d’affirmation de genre, grâce aux codes de classification des actes chirurgicaux

(cela est par exemple impossible en France, car ces chirurgies ne disposent pas de leurs propres codes, et sont déclarées sous des codes correspondant à d’autres opérations).

De 2006 à 2022, 19 632 chirurgies génitales ont été pratiquées dans le système hospitalier allemand. Les chirurgies masculinisantes (phalloplasties, métoïdioplasties, hystérectomies) sont passées de 246 en 2006 à 1 291 en 2022. Les chirurgies féminisantes (vaginoplasties, orchidectomies) sont passées de 180 en 2006 à 799 en 2022. En 2022, 29 hôpitaux pratiquaient ces interventions (contre 24 en 2006)¹⁴⁹.

Il n’existe pas de données concernant le nombre total de personnes sous hormonothérapie croisée.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les mineurs

En Allemagne, il n’existe aucune loi encadrant spécifiquement la prescription de bloqueurs de puberté ou d’hormones croisées aux mineurs. La seule interdiction légale concerne les chirurgies génitales, prohibées avant 18 ans en vertu du fait qu’une loi interdit la stérilisation des mineurs. La mammectomie est autorisée pour les adolescentes.

En l’absence de cadre légal, ce sont les recommandations cliniques qui guident la pratique des médecins. Celles-ci sont élaborées par des sociétés savantes.

En mars 2025, des recommandations pilotées par la Société allemande de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent (DGKJP) et adoptées par 27 sociétés savantes d’Allemagne, de Suisse et d’Autriche, ont recommandé l’accès des mineurs aux bloqueurs de puberté et aux hormones croisées, sans fixer d’âge minimal. Elles qualifient par ailleurs l’exigence d’une psychothérapie préalable de “non éthique”¹⁵⁰.

Or, en mai 2024, près d’un an avant l’adoption de ces recommandations, l’Assemblée des médecins allemands qui est la plus haute instance de représentation de la profession médicale en Allemagne, avait adopté une résolution allant dans le sens exactement inverse : elle demandait au gouvernement d’appliquer des restrictions drastiques concernant l’administration de traitements de transition aux mineurs¹⁵¹. Cette résolution ne fait néanmoins pas loi ; c’est un avis adressé au gouvernement, que celui-ci n’a pour l’instant pas traduit en mesure législative.

En résulte une certaine tension : les deux instances les plus importantes du champ médical allemand ont émis des positions

¹³⁹ <https://www.equaldex.com/region/luxembourg>

¹⁴⁰ <https://revuedf.com/personnes-famille/le-changement-de-la-mention-du-sexe-et-du-prenom-a-letat-civil-rapport-devaluation-de-larticle-56-de-la-loi-n2016-1547-du-18-novem-bre-2016/>

¹⁴¹ <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald>

¹⁴² https://www.senat.fr/rap/l23-622/l23-622_mono.html

¹⁴³ <https://www.em-consulte.com/article/1605892/profils-cliniques-et-prise-en-charge-des-enfants-e>

¹⁴⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3636821/fr/transidentite-prise-en-charge-de-l-adulte-recommandations

¹⁴⁶ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_personnes_trans_2022.pdf

¹⁴⁷ <https://www.publicsenat.fr/actualites/societe/transidentite-des-mineurs-le-senat-adopte-la-proposition-de-loi-lr-dans-une-ambiance-houleuse>

¹⁴⁸ <https://www.loc.gov/item/global-legal-monitor/2024-07-09/germany-new-self-id-act-for-transgender-intersex-and-nonbinary-individuals-enacted/>

¹⁴⁹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39287506/>

¹⁵⁰ <https://segm.org/German-guidelines-gender-dysphoria-youth-2025>

¹⁵¹ <https://segm.org/German-resolution-restricts-youth-gender-transitions-2024>

totalement contradictoires. Ces traitements continuent donc d’être administrés aux mineurs dans le cadre d’un système de santé public décentralisé où les décisions sont prises au niveau de chaque praticien ou de chaque hôpital, sans contrôle fédéral¹⁵².

3.2.5 La Belgique

Changement d’état civil

Toute personne majeure peut modifier la mention de son sexe à l’état civil par simple déclaration auprès de l’officier d’état civil, sans condition médicale, chirurgicale ni psychiatrique. La procédure comporte un délai d’attente de trois mois, au terme duquel le demandeur doit confirmer sa décision. Les mineurs de 16 et 17 ans peuvent demander la modification de leur sexe à l’état civil avec le consentement de leurs parents, et la production d’un certificat d’un pédopsychiatre attestant que la décision a été prise librement. Les mineurs de 12 à 15 ans peuvent faire modifier leur prénom, mais pas la mention de leur sexe. En dessous de 12 ans, aucune modification n’est possible.

En 2018, première année d’application de la loi, 727 personnes ont fait modifier leur mention de sexe à l’état civil¹⁵³.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les adultes

La Belgique compte quatre cliniques du genre. La clinique d’UZ Gent est la plus importante et jouit d’une réputation internationale ; la liste d’attente dépasse les 1000 patients¹⁵⁴.

Les traitements de transition (hormonothérapie et chirurgies) sont remboursés par l’assurance maladie obligatoire. Le remboursement est conditionné à un diagnostic de dysphorie de genre posé par un psychiatre. Il est néanmoins possible d’avoir accès aux hormones croisées sans diagnostic, mais cela exclut la possibilité d’un remboursement par l’assurance maladie.

Il n’existe pas de données comptabilisant le nombre total de personnes sous hormonothérapie croisée ou ayant eu recours à des chirurgies de transition.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les mineurs

Il n’existe aucune loi belge interdisant l’administration de bloqueurs de puberté ou d’hormones croisées aux mineurs, ni

aucune loi les autorisant de façon explicite. Dans les faits, ils sont prescrits.

La Belgique est l’un des rares pays européens à disposer de données chiffrées sur les mineurs placés sous bloqueurs de puberté. Selon une enquête du quotidien flamand *De Morgen* (janvier 2024), 684 jeunes âgés de 9 à 17 ans étaient sous bloqueurs de puberté en 2022, contre 432 en 2019, soit une augmentation de 60% en trois ans. La moitié de ces mineurs étaient suivis à la clinique du genre d’UZ Gent¹⁵⁵.

La mammectomie est proposée à partir de 17 ans, et les chirurgies génitales ne sont pratiquées qu’après 18 ans.

3.2.6 Les Pays-Bas

Rappelons que les Pays-Bas sont le pays où a été élaboré, à partir de la fin des années 1990 à la clinique de la *Vrije Universiteit* d’Amsterdam, le protocole connu sous le nom de *Dutch Protocol*.

Changement d’état civil

Aux Pays-Bas, toute personne âgée de 16 ans et plus, peut modifier la mention de son sexe à l’état civil par déclaration auprès de l’officier d’état civil de sa commune. Il n’existe aucune exigence médicale, chirurgicale, ou psychiatrique préalable. La procédure demande seulement la production d’une déclaration d’expert datant de moins de six mois, attestant que le demandeur est correctement informé et que sa décision est mûrement réfléchie¹⁵⁶. Depuis juillet 2021, les personnes non binaires peuvent obtenir un marqueur “X” sur leurs documents d’identité, à la suite d’une décision du tribunal d’Amsterdam¹⁵⁷.

Pour les mineurs de moins de 16 ans, le changement à l’état civil ne se fait pas automatiquement ; il doit être validé par un tribunal.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les adultes

L’hormonothérapie et les chirurgies de transition sont remboursées par l’assurance maladie obligatoire, à condition qu’un diagnostic de dysphorie de genre soit posé par un psychiatre, un psychologue clinicien ou un sexologue agréé, généralement après un minimum de cinq séances¹⁵⁸.

Le Centre d’expertise sur la dysphorie de genre de l’*Amsterdam UMC* a assuré, jusqu’au début des années 2010, plus de 95% de

toutes les prises en charge nationales¹⁵⁹. Cette concentration a progressivement diminué avec l’ouverture d’autres centres : le Radboudumc à Nimègue, l’UMC Groningen, ainsi que plusieurs cliniques privées. Le centre d’Amsterdam déclare néanmoins admettre environ 400 adultes et 200 adolescents en traitement chaque année, et avoir traité plus de 5000 patients depuis sa création¹⁶⁰. Les listes d’attente sont considérables. À la fin de l’année 2024, environ 4500 adultes et 1000 enfants ou adolescents figuraient sur la liste d’attente du seul Amsterdam UMC, qui ne convoque pour un entretien d’admission qu’environ 450 adultes et 250 mineurs par an¹⁶¹. Le centre d’Amsterdam a, depuis 2024, suspendu l’acceptation de nouveaux patients adultes, faute de capacité.

Les Pays-Bas disposent de l’une des cohortes longitudinales les plus anciennes et les plus complètes au monde : l’étude de Wiepjes et al., publiée en 2018 dans le *Journal of Sexual Medicine*¹⁶², recense 6793 personnes ayant été prises en charge à la clinique d’Amsterdam entre 1972 et 2015, dont 4432 de sexe masculin et 2361 de sexe féminin.

Le nombre de personnes évaluées par an est passé de 34 en 1980 à 686 en 2015, soit une multiplication par vingt. Cette étude documente le fait que l’âge médian des adultes à la première consultation a diminué au fil des décennies. Le ratio des consultations est resté stable chez les adultes (deux tiers de sujets de sexe masculin), mais s’est inversé chez les adolescents : en 2015, davantage de jeunes filles que de jeunes garçons se présentaient à la clinique. Le pourcentage de personnes ayant commencé un traitement hormonal dans les cinq ans suivant la première visite est passé de 90% en 1980 à 65% en 2010 ; et le pourcentage de personnes ayant subi une chirurgie dite de réassignation sexuelle, est resté stable dans le temps (74,7% de sujets de sexe masculin, et 83,8 % de sujets de sexe féminin). Le taux de regret rapporté après les chirurgies dites de réassignation sexuelle est de 0,5 % (14 cas sur 2 627), un chiffre dont les auteurs reconnaissent eux-mêmes qu’il sous-estime probablement la réalité, certaines personnes pouvant exprimer leur regret sans solliciter de chirurgie de réversion. Sur les 548 enfants ayant consulté avant l’âge de 12 ans entre 1972 et 2015, environ 40 % ont fini par commencer des bloqueurs de puberté lorsqu’ils ont atteint l’âge d’éligibilité (stade II de l’échelle de Tanner).

Accès aux traitements médicaux de transition pour les mineurs

Il n’existe aucune loi néerlandaise encadrant spécifiquement l’administration de bloqueurs de puberté ou d’hormones croisées aux mineurs. Dans la pratique, les bloqueurs sont prescrits dès le stade Tanner 2 (vers l’âge de 11 ou 12 ans), les hormones croisées à partir de 15 ou 16 ans, et la mammectomie à partir de 16 ans. Les chirurgies génitales ne sont pas autorisées en dessous de l’âge de 18 ans.

Le nombre de mineurs adressés à la clinique d’Amsterdam est passé d’environ 10 par an dans les années 2000, à 50 par an en 2012 ; en 2023, ils étaient environ 2050 sur les listes d’attente nationales¹⁶³. Aucune donnée nationale n’est publiée sur le nombre exact de mineurs placés sous bloqueurs ou sous hormones croisées chaque année.

Une étude¹⁶⁴ portant sur 1766 patients néerlandais de moins de 18 ans pris en charge entre 1997 et 2018 confirme, comme toutes les études menées sur le sujet, l’inversion du ratio garçons-filles : les jeunes femmes dysphoriques sont devenues très majoritaires depuis le milieu des années 2010. Parmi ces jeunes filles, 61,9% obtiennent un score modéré à élevé sur l’échelle de traits autistiques¹⁶⁵.

Normes de santé nationales relatives à la prise en charge des personnes trans

Le cadre clinique repose actuellement sur le *Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch*, publié en 2018 par la Fédération des médecins spécialistes¹⁶⁶. Il établit que :

- Pour accéder aux traitements somatiques, le patient doit disposer d’un diagnostic établi par un psychologue ou psychiatre, après quoi le patient peut accéder aux traitements somatiques ;

- Les bloqueurs de puberté sont accessibles dès le stade Tanner 2 pour les adolescents et que l’hormonothérapie croisée peut débiter dès l’âge de 15-16 ans ;

152 <https://genspect.org/dispatches-from-deutschland-a-conference-signals-change/>

153 https://justice.belgium.be/en/themes_and_files/people_and_families/new_legislation_for_transgender_persons

154 <https://ieb-eib.org/en/gender-and-sexuality?page=1>

155 <https://ieb-eib.org/en/gender-and-sexuality/gender-reassignment-more-and-more-belgian-teenagers-are-being-prescribed-puberty-blockers>

156 [GMW Lawyers, Change of gender and first name, 2024](#)

157 [Human Rights Watch, Netherlands Sees No Role for Gender Marker on ID Documents, 2020](#)

158 [DutchReview, Trans healthcare in the Netherlands, 2026](#)

159 [SEGM, New “20-year” Study from Amsterdam’s VUmc Youth Gender Clinic, 2023](#)

160 [Amsterdam UMC, Center of Expertise on Gender Dysphoria](#)

161 [Folia, Long waiting list at gender clinic Amsterdam UMC leads to patient freeze, 2024](#)

162 [Wiepjes C.M. et al., The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study \(1972-2015\): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets, J Sex Med, 2018](#)

163 [Smids J. et al., Transgenderzorg aan kinderen, NJB, 2023](#)

164 [Van der Loos M.A.T.C. et al., Children and adolescents in the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria, J Sex Med, 2023](#)

165 [de Rooy F.B.B. et al., Mental Health Evaluation of Younger and Older Adolescents, Archives of Sexual Behavior, 2024](#)

166 https://richtlijnendatabase.nl/uploaded/docs/Kwaliteitsstandaard_Transgenderzorg_Somatisch.pdf

- Après au moins 12 mois d'administration d'hormones, les chirurgies deviennent possibles : mammectomie dès 16 ans, chirurgies génitales à partir de 18 ans ;

- La transition sociale n'est pas un prérequis pour accéder aux hormones.

Ces standards conditionnent le remboursement par les assureurs.

Une révision est en cours depuis 2024 ; elle s'appuie en partie sur les SOC 8 de la WPATH, ce qui fait l'objet de critiques. En janvier et février 2024, le Parlement néerlandais a adopté deux motions : la première demande au Conseil de la santé d'évaluer si la prise en charge actuelle des mineurs respecte les exigences du droit de la santé en matière de diagnostic, de preuve d'efficacité et d'information des patients ; la seconde demande une étude comparative entre les résultats du protocole néerlandais et ceux des pays européens ayant adopté des politiques plus restrictives¹⁶⁷. Aucun revirement formel n'est néanmoins intervenu à ce jour.

3.2.7 L'Espagne

Changement d'état civil

La loi 4/2023 du 28 février 2023, dite *Ley Trans*, originellement portée par la coalition PSOE-Podemos, permet à toute personne âgée de 16 ans et plus de modifier la mention de son sexe à l'état civil par simple déclaration administrative, sans condition médicale, psychiatrique, ni chirurgicale. La procédure inclut un délai de réflexion de trois mois. Le changement est réversible après un délai de six mois ; une troisième modification nécessite une autorisation judiciaire. Les mineurs de 14 à 15 ans peuvent faire la demande avec le consentement de leurs parents. Les mineurs de 12 à 13 ans doivent obtenir une autorisation judiciaire. En dessous de 12 ans, le changement de sexe à l'état civil est impossible, mais l'enfant peut obtenir un changement de prénom pour motif d'identité de genre.

Le Conseil d'État et le Conseil général du pouvoir judiciaire se sont tous deux opposés à plusieurs de ses dispositions, en particulier celles relatives aux mineurs ; et la loi fait donc actuellement l'objet d'un recours devant le Tribunal constitutionnel¹⁶⁸.

Il faut noter que 15 des 17 régions espagnoles disposaient déjà de lois régionales sur l'autodétermination de genre avant l'adoption de la loi nationale, dont certaines permettent

la reconnaissance de l'identité de genre dans les registres administratifs régionaux (dossiers scolaires par exemple).

Accès aux traitements médicaux de transition pour les adultes

En Espagne, la santé relève de la compétence des régions. Il existe des unités publiques destinées à la prise en charge de la transidentité, mais elles sont réparties de façon inégale sur le territoire. Les listes d'attente pour les interventions chirurgicales sont longues. Certains patients sont redirigés vers d'autres régions que celles où ils habitent, ou vers le secteur privé.

Ces dernières années, on observe une très forte hausse des demandes de prise en charge. Il n'existe pas de données nationales exhaustives sur le nombre total de personnes ayant accédé à la “médecine du genre”, mais on sait qu'entre 2017 et 2021, au moins 20 755 personnes ont été prises en charge par des “unités d'identité de genre”¹⁶⁹.

Il existe également quelques données émises par des établissements eux-mêmes :

- Entre 2012 et 2021, à l'unité d'identité de genre de l'hôpital universitaire Dr. Peset à Valence, les consultations ont été multipliées par dix en dix ans (les données montrent que la proportion de sujets de sexe féminin a fortement augmenté, et l'âge moyen, diminué)¹⁷⁰ ;

- Dans la communauté Valencienne, le nombre de personnes prises en charge a été multiplié par cent entre 2016 et 2021 ;

- En Catalogne, le nombre de personnes prises en charge a été multiplié par soixante-dix entre 2012 et 2021 ;

- À Madrid, les premières consultations à l'hôpital *Ramón y Cajal* ont doublé entre 2021 et 2022 ;

- Dans l'unité de Cadix, sur 771 patients suivis entre 2015 et 2023, 80 % étaient placés sous hormonothérapie, 194 chirurgies mammaires et 130 chirurgies génitales ont été pratiquées¹⁷¹.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les mineurs

L'accès aux traitements médicaux pour les mineurs dépend des protocoles propres à chaque région. Certaines disposent de

protocoles, d'autres non. Il n'existe pas de recommandations cliniques nationales.

Il n'existe aucune donnée nationale publiée sur le nombre de mineurs placés sous bloqueurs de puberté ou sous hormones croisées en Espagne. À titre indicatif, une étude menée durant 18 années à “l'unité d'identité de genre de Catalogne”, documente une croissance exponentielle des consultations de mineurs, une inversion du ratio garçons/filles au profit des filles, et une augmentation de la présence d'enfants prépubères, qui représentent 23,5% des consultations sur les six dernières années de l'étude¹⁷².

3.2.8 Malte

Changement d'état civil

À Malte, toute personne peut modifier la mention de son sexe à l'état civil par simple déclaration devant un notaire, sans aucune condition médicale, psychiatrique, ni chirurgicale. Depuis 2016, les mineurs de 16 ans et plus peuvent effectuer cette démarche sans autorisation parentale, ni passage devant un tribunal. Pour les mineurs de moins de 16 ans, les parents doivent saisir un tribunal qui peut demander une évaluation confirmant que le mineur est en mesure de donner un consentement éclairé. La loi ne fixe aucun âge minimal pour changer de sexe à l'état civil.

Depuis 2017, un marqueur “X” est disponible pour les personnes non-binaires qui souhaitent que cette mention figure sur leurs papiers d'identité. Depuis 2024, il est même possible de modifier son acte de naissance en ce sens¹⁷³.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les adultes

À Malte, il est extrêmement facile de transitionner médicalement, mais étant donné le fait que c'est un tout petit pays, il ne dispose que d'un unique service public dédié à la prise

3.3 Les pays pionniers ayant fait machine arrière

Le Danemark, la Finlande et la Suède ont été parmi les premiers pays européens à adopter le *Dutch protocol*, et à pratiquer les transitions médicales sur les mineurs. Ils ont aussi été les premiers à y renoncer, pour des raisons convergentes : la base scientifique justifiant ces traitements était insuffisante, la

en charge des personnes se déclarant transgenres : la *Gender Wellbeing Clinic*, ouverte en 2018 et située à Mtarfa.

Cette clinique dispose d'une équipe pluridisciplinaire (endocrinologue, urologue, gynécologue, chirurgien plasticien, psychiatre, pédiatre, travailleurs sociaux, psychologues et orthophoniste), et est rattachée au système national de santé et fonctionne sur un modèle d'autodétermination totale ; on peut y effectuer sa transition médicale sans aucun diagnostic psychiatrique. Lorsqu'elle a ouvert, elle a déclaré s'aligner sur les SOC 7 de la WPATH¹⁷⁴.

Les soins actuellement couverts par le système national de santé incluent : l'évaluation initiale, le soutien psychosocial, la prescription et le suivi hormonaux, l'orthophonie, le suivi gynécologique, l'orchidectomie, l'hystérectomie et la préservation des gamètes. Les vaginoplasties, les phalloplasties, l'épilation et les chirurgies de féminisation faciale ne sont pas prises en charge. En septembre 2022, le Premier ministre Robert Abela a annoncé que toutes les chirurgies de réaffectation sexuelle seraient rendues gratuites, mais cela n'est pas encore effectif¹⁷⁵.

Entre 2018 et fin 2021, 258 personnes ont été reçues à la *Gender Wellbeing Clinic*. Sur la période 2020-2025, l'hôpital *Mater Dei* a pratiqué 17 chirurgies : 13 mammectomies, 3 orchidectomies et 1 hystérectomie¹⁷⁶.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les mineurs

Il n'existe aucune loi maltaise interdisant l'administration de bloqueurs de puberté ou d'hormones croisées aux mineurs. Il n'existe aucune donnée publique sur le nombre de mineurs placés sous bloqueurs de puberté ou sous hormones croisées à Malte, ni aucun protocole clinique national spécifique aux mineurs¹⁷⁷. Le site gouvernemental mentionne la présence d'un pédiatre dans l'équipe pluridisciplinaire de la *Gender Wellbeing Clinic*.

population consultante avait radicalement changé de profil, et que les patients médicalisés ne présentaient pas l'amélioration attendue. Dans les trois cas, le revirement a été initié par les cliniciens ou les autorités sanitaires, et non par le pouvoir politique.

167 [Bernard Lane, Gender Clinic News, 2024](#)

168 <https://euwonder.jus.unipi.it/2023/07/03/gender-recognition-in-spain-ley-4-2023-on-the-lgbtq-peoples-rights-a-comparative-overview/>

169 <https://theobjective.com/espana/politica/2023-02-05/informe-trans-multiplicado-espana/>

170 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36763946/>

171 <https://elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-congresos-65-congreso-nacional-sociedad-espanola-167-sesion-gonadas-identidad-y-diferenciacion-sexual-8262-comunicacion-experiencia-de-una-unidad-de-101199-pdf>

172 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40603254/>

173 <https://humanrights.gov.mt/legal-gender-recognition-and-bodily-integrity/>

174 <https://transgenderhealth.gov.mt/en/the-clinic/the-gender-wellbeing-clinic/>

175 https://www.maltatoday.com.mt/news/national/135022/17_genderaffirming_surgeries_at_mater_dei_hospital_in_five_years

176 <https://lovinmalta.com/news/258-transgender-people-have-used-maltas-gender-wellbeing-clinic-in-just-over-three-years>

177 <https://transgenderhealth.gov.mt/en/transgender-care/overview-of-gender-affirming-care/>

Les trois pays présentent par ailleurs le même paradoxe : ils ont libéralisé le changement de sexe à l'état civil pour les adultes, tout en restreignant l'accès aux traitements médicaux pour les mineurs. Les données concernant les adultes restent relativement manquantes.

3.3.1 Le Danemark

En 2023, le Danemark a drastiquement restreint les transitions médicales des mineurs, dans un mouvement de retour vers une approche prudente, fondé sur les constats suivants : absence de preuves solides en faveur des traitements hormonaux, transformation rapide et inexplicuée de la population consultante (inversion du ratio garçons-filles, prédominance de dysphories d'apparition tardive), et revues systématiques européennes concluant à l'insuffisance de la base scientifique¹⁷⁸.

Changement d'état civil

En 2014, le Danemark est devenu le premier pays d'Europe à permettre le changement de mention de sexe à l'état civil par simple autodéclaration, sans condition médicale, chirurgicale, ni psychiatrique. La procédure est ouverte aux personnes majeures et comporte un délai de réflexion de six mois¹⁷⁹. Entre 2014 et août 2023, 2301 personnes ont fait modifier leur mention de sexe à l'état civil, et le nombre augmente chaque année¹⁸⁰.

Il faut noter que le Danemark constitue un cas singulier, en ce qu'il a mené simultanément deux politiques de sens contraire : il a libéralisé le changement de sexe à l'état civil, tout en restreignant l'accès aux transitions médicales pour les mineurs à partir de 2022.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les adultes

Les traitements de transition (hormonothérapie et chirurgies) sont intégralement pris en charge par le système de santé public danois. La prise en charge est centralisée dans trois centres (à Copenhague, Odense et Aalborg). Les chirurgies génitales ne sont pratiquées qu'au Rigshospitalet de Copenhague. Environ 1000 personnes par an s'adressent à l'un de ces trois centres¹⁸¹.

Une étude nationale a recensé 3812 personnes ayant reçu un diagnostic d'incongruence de genre au Danemark entre 2000 et 2021, dont 1993 de sexe féminin et 1819 de sexe masculin. L'âge médian à l'entrée dans le parcours était de 19 ans pour les personnes de sexe féminin et de 23 ans pour les personnes

de sexe masculin. Les chirurgies dites d'affirmation de genre pratiquées, l'ont été sur environ 74% de personnes de sexe féminin et 26% de personnes de sexe masculin¹⁸².

Accès aux traitements médicaux de transition pour les mineurs

La prise en charge des mineurs est centralisée dans un seul établissement : la *Sexologisk Klinik* du Centre psychiatrique de Copenhague, en collaboration avec le service de croissance et reproduction du *Rigshospitalet*. Ce service pédiatrique dédié à la prise en charge de la dysphorie de genre a été ouvert en 2016.

Les bloqueurs de puberté sont accessibles aux stades Tanner II ou III. Les hormones croisées peuvent être prescrites à partir de l'âge de 15 ans (âge auquel le droit danois reconnaît la capacité du mineur à consentir seul à un traitement médical). Les chirurgies ne sont pas autorisées avant 18 ans.

Le nombre de mineurs adressés à la clinique a connu une croissance considérable : de 4 cas documentés en 2014, la clinique est passée à 352 en 2022. Comme dans tous les autres pays européens ayant documenté cette évolution, les filles représentent désormais environ 70% des mineurs adressés à la clinique, et la plupart présentent une dysphorie apparue à l'adolescence, sans antécédents dans l'enfance — forme de dysphorie de genre que la Docteur Lisa Littmann nomme la dysphorie de genre d'apparition rapide.

Entre 2016 et 2022, 341 enfants et adolescents ont été pris en charge par la clinique. Au plus fort de la période permissive, en 2018, 65% des mineurs adressés étaient placés sous hormonothérapie. À titre de comparaison, en 2022, ils n'étaient plus que 6% (soit 22 mineurs). Un élément aggravant mérite d'être relevé : la*Sexologisk Klinik* n'a initié un suivi systématique des résultats cliniques des mineurs traités qu'à partir de 2023. Autrement dit, pendant sept ans, des enfants ont été placés sous hormones de transition sans qu'aucune donnée de suivi ne soit collectée, ni sur les comorbidités psychiatriques, ni sur les éventuels effets indésirables¹⁸³.

Ce revirement a été documenté en 2023 dans un article publié dans l’*Ugeskrift for Læger* (le journal de l'Association médicale danoise), par les cliniciens de la *Sexologisk Klinik* eux-mêmes. Les auteurs y reconnaissent que les études néerlandaises ayant servi de fondement à l'ouverture du service en 2016 portaient sur une population très différente de celle reçue aujourd’hui, et qu'étant donné l'insuffisance de preuves en faveur d'un bénéfice des traitements hormonaux, et des conséquences pouvant être

irréversibles sur la santé, des mesures de prudence doivent être observées¹⁸⁴.

Le débat danois a également été porté par la société civile. Le *Dansk Regnbueråd*, une association fondée en 2022 et dirigée par Marcus Dib Jensen, une personne transsexuelle, a réclamé publiquement l'arrêt de la médicalisation des mineurs et la reconnaissance de la dysphorie de genre comme trouble psychiatrique. Son action a contribué à l'interpellation de la ministre de la Santé Sophie Løhde au Parlement en mai 2023, par des députés du Parti populaire danois¹⁸⁵.

Normes de santé nationales relatives à la prise en charge des personnes trans

En 2017, le Danemark a retiré l'incongruence de genre de la liste des maladies mentales de l'autorité sanitaire nationale (*Sundhedsstyrelsen*), devenant le premier pays au monde à le faire.

Les recommandations danoises publiées en 2023 par la *Sundhedsstyrelsen* restreignent désormais les interventions médicales aux mineurs dont la dysphorie présente les caractéristiques du protocole néerlandais originel : apparition précoce, absence de comorbidités psychiatriques significatives ou de “conditions psychosociales instables” et persistance du trouble à la puberté.

Lamajoritédesmineursadressésàlacliniquenationalereçoivent désormais non pas des bloqueurs de puberté ou des hormones, mais un accompagnement thérapeutique¹⁸⁶. Concrètement, celui-ci prend la forme d'entretiens exploratoires conduits par des psychologues et des psychiatres, dans un cadre qui ne présuppose pas que la transition médicale doit être l'issue du parcours. Il s'agit d'abord d'évaluer le trouble dans sa globalité, y compris les éventuelles comorbidités (dépression, anxiété, troubles du spectre autistique), l'environnement familial et scolaire, et la stabilité dans le temps de l'incongruence de genre.

3.3.2 La Finlande

En 2020, la Finlande est devenue le premier pays occidental à rompre avec les SOC de la WPATH pour la prise en charge des mineurs, à l'issue d'une revue systématique de la littérature commandée par l'autorité sanitaire nationale. Ce revirement a précédé de quatre ans la publication du rapport Cass britannique.

Comme au Danemark, il existe en Finlande, un décalage entre la libéralisation du changement d'état civil basé sur le principe

d'autodétermination pour les adultes, et la restriction de l'accès aux transitions médicales pour les mineurs.

Changement d'état civil

Depuis février 2023, toute personne majeure peut désormais modifier la mention de son sexe à l'état civil, par simple autodéclaration auprès de l'Agence des services numériques et de la population, sans condition médicale, chirurgicale, ni psychiatrique¹⁸⁷. La procédure comporte un délai de réflexion de 30 jours et un changement inverse ne peut intervenir qu'après un an. L'ancienne loi, en vigueur depuis 2002, exigeait la stérilisation et un diagnostic psychiatrique ; cette exigence avait été condamnée à plusieurs reprises par les organisations internationales de défense des droits humains¹⁸⁸.

Les mineurs n'ont pas la possibilité de changer de sexe à l'état civil.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les adultes

Les traitements de transition sont pris en charge par le système de santé public finlandais. La prise en charge est centralisée dans deux cliniques universitaires : le *Helsinki University Hospital*, et le *Tampere University Hospital*.

Une étude de registre nationale publiée en 2023¹⁸⁹ recense 3665 personnes ayant contacté les services spécialisés dans la prise en charge des troubles relatifs à l'identité de genre entre 1996 et 2019. Le nombre total de consultations a été multiplié par vingt durant cette période, avec une prédominance croissante de jeunes femmes. L'étude conclut que les besoins psychiatriques de ces personnes ne diminuent pas significativement après la transition médicale.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les mineurs

La prise en charge des mineurs est centralisée dans les mêmes deux cliniques que pour les personnes majeures, au sein d'unités dédiées. Aucune chirurgie n'est autorisée avant l'âge de 18 ans. L'hormonothérapie peut être initiée à partir d'environ 16 ans, après une évaluation psychiatrique approfondie. Les bloqueurs de puberté restent accessibles, mais uniquement pour les mineurs présentant une dysphorie d'apparition précoce, sans comorbidités psychiatriques significatives, et dont le trouble persiste à la puberté.

^[1] SEGM, Denmark Joins the List of Countries That Have Sharply Restricted Youth Gender Transitions, 2023

^[2] Library of Congress, Denmark: Changing Legal Sexual Identity Simplified, 2014

^[3] Genspect, Something is Rotten in Denmark, 2024

^[4] Danish Institute for Human Rights, Gender-affirming care

^[5] Glintborg D. et al., Gender-Affirmation Surgery in Denmark: A Nationwide Register-Based Cohort Study, Transgender Health, 2025

^[6] SEGM, Denmark Joins the List of Countries That Have Sharply Restricted Youth Gender Transitions, 2023

^[184] Hansen M.V. et al., Danish healthcare offer for children and adolescents with gender dysphoria, Ugeskrift for Læger, 2023

^[185] Bernard Lane, Doubt in Denmark over transgender medicine, Gender Clinic News, août 2023

^[186] Ugeskrift for Læger, 2023

^[187] Finnish Government, Act on Legal Recognition of Gender enters into force on 3 April 2023

^[188] Amnesty International, février 2023

^[189] Ruuska S.-M. et al., Have the psychiatric needs of people seeking gender reassignment changed as their numbers increase?, European Psychiatry, 2023

Il n'existe pas de données publiques sur le nombre exact de mineurs finlandais placés sous bloqueurs de puberté ou sous hormones croisées chaque année.

Le revirement finlandais a été déclenché par les cliniciens eux-mêmes. Les psychiatres des cliniques de Helsinki et de Tampere ont constaté que les patients reçus à partir du milieu des années 2010 ne correspondaient plus au profil décrit dans la littérature. Face à ce décalage, le Conseil national des choix en matière de soins de santé (PALKO/COHERE) a commandé une revue systématique des preuves à un panel d'experts indépendant¹⁹⁰.

Deux études finlandaises ont en particulier amené à changer les normes de soin pour les mineurs. La première, portant sur 70 adolescents placés sous bloqueurs de puberté, n'a mis en évidence aucune diminution de la dysphorie de genre. La seconde, portant sur 201 adolescents, a montré que ceux qui avaient reçu uniquement un accompagnement psychologique, présentaient une amélioration de leur fonctionnement global au bout de six mois¹⁹¹.

Normes de santé nationales relatives à la prise en charge des personnes trans

En juin 2020, le PALKO/COHERE a publié de nouvelles recommandations nationales¹⁹². Leurs conclusions sont les suivantes : aucun traitement médical de la dysphorie de genre chez les mineurs n'est fondé sur des preuves solides ; les traitements dits de réassignation de genre chez les mineurs relèvent de la médecine expérimentale ; l'hormonothérapie peut interférer avec le processus naturel du développement identitaire durant la puberté ; les jeunes autistes sont surreprésentés parmi les mineurs dysphoriques.

Le traitement de première intention est désormais l'accompagnement psychosocial et, si nécessaire, la psychothérapie, ainsi que le traitement des comorbidités psychiatriques. L'accès aux traitements hormonaux est réservé aux cas conformes au protocole néerlandais originel (dysphorie d'apparition précoce, persistance durant la puberté, absence de comorbidités psychiatriques majeures).

Il n'existe pas de données publiques permettant de connaître le nombre exact de mineurs finlandais ayant subi une transition médicale avant le changement des normes de santé en 2020. Les publications scientifiques finlandaises mêlent systématiquement les données des mineurs avec celles des jeunes adultes. Le chiffre le plus approchant provient d'une

étude¹⁹³ portant sur 2083 personnes de moins de 23 ans, ayant contacté les services d'identité de genre entre 1996 et 2019, dont 38,2% ont reçu un traitement hormonal ou chirurgical.

3.3.3 La Suède

La Suède a été le premier pays au monde à autoriser le changement légal de sexe, en 1972. C'est aussi l'un des pays européens où le revirement sur la médicalisation des mineurs a été le plus important. À partir de 2021, l'hôpital *Karolinska*, qui était le plus important prescripteur d'hormones de transition du pays, a cessé de prescrire des bloqueurs de puberté et des hormones croisées aux mineurs en dehors d'essais cliniques extrêmement encadrés, et les autorités sanitaires nationales ont suivi en estimant que les risques de ces traitements "l'emportent vraisemblablement sur les bénéfices attendus".

Changement d'état civil

Depuis le 1er juillet 2025, une loi permet le changement de mention de sexe à l'état civil à partir de 16 ans, avec le consentement parental pour les mineurs de 16 à 18 ans et l'approbation du *Socialstyrelsen* (Conseil national de la santé et du bien-être). Un diagnostic de dysphorie de genre n'est plus requis, seul un certificat médical attestant que l'identité de genre ne correspond pas à la mention inscrite au registre est requis. La procédure n'est donc pas fondée sur la pure autodéclaration, contrairement au Danemark ou à la Finlande¹⁹⁴.

La Suède se distingue sur ce point des autres pays nordiques : elle a assoupli l'accès au changement d'état civil en 2025, soit quatre ans après avoir restreint les transitions médicales des mineurs. Le même décalage temporel que celui observé au Danemark et en Finlande s'applique donc, bien que la procédure suédoise reste un peu plus encadrée que celle de ses voisins.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les adultes

Les traitements de transition sont pris en charge par le système de santé public suédois. Entre 1998 et 2021, environ 8900 personnes ont reçu un diagnostic de dysphorie de genre en Suède¹⁹⁵. Les restrictions introduites pour les mineurs n'ont pas affecté la prise en charge des adultes.

Les chirurgies dites de réassignation sexuelle sont soumises à l'approbation du *Socialstyrelsen* et ne sont pas autorisées avant 18 ans. L'ablation des ovaires ou des testicules n'est possible qu'à partir de 23 ans.

Accès aux traitements médicaux de transition pour les mineurs

Le principal centre de prise en charge pédiatrique était le service d'endocrinologie pédiatrique de l'hôpital *Karolinska* à Stockholm, rattaché à l'hôpital pour enfants *Astrid Lindgren*. Ce service a constitué pendant des années le plus gros pourvoyeur de traitements hormonaux pour mineurs dysphoriques en Suède, sur le modèle du *Dutch protocol*.

En mai 2021, le *Karolinska* a mis fin à toute prescription de bloqueurs de puberté et d'hormones croisées aux mineurs en dehors d'essais cliniques approuvés par le comité d'éthique suédois, et ce, uniquement pour les patients âgés de 16 à 18 ans (les patients de moins de 16 ans sont exclus de ces essais cliniques)¹⁹⁶.

Cette décision a été précédée par la diffusion du documentaire "The trans train" en 2019, qui a mis en lumière des cas de mineurs ayant subi des effets indésirables graves après avoir été placés sous bloqueurs de puberté, et a contribué à alerter l'opinion publique suédoise. Le psychiatre Christopher Gillberg, spécialiste de l'autisme de renommée internationale, y a qualifié la transition médicale des enfants d'"un des plus grands scandales de l'histoire de la médecine" et a demandé la suspension immédiate de l'utilisation des bloqueurs de puberté en raison de leurs effets inconnus à long terme.

Il n'existe pas de données publiques consolidées permettant de connaître le nombre exact de mineurs suédois placés sous bloqueurs de puberté ou sous hormones croisées avant 2021.

Normes de santé nationales relatives à la prise en charge des personnes trans

En février 2022, le *Socialstyrelsen* a emboîté le pas à l'hôpital *Karolinska*, en publiant de nouvelles recommandations

nationales. Il a estimé que les risques dûs à l'administration des bloqueurs de puberté et des traitements hormonaux "l'emportent vraisemblablement sur les bénéfices attendus"¹⁹⁷.

En 2023, les professeurs Jonas F Ludvigsson et Mikael Landén, membres du *Karolinska Institutet* (qui est l'institut de recherche universitaire relié à l'hôpital *Karolinska*) publient une étude choquante¹⁹⁸. Financée par des fonds publics, cette étude est probablement la plus sérieuse de toutes celles qui concernent les effets des traitements hormonaux sur les enfants qui se déclarent trans. Avec l'aide d'une équipe de quatre autres chercheurs, Jonas F Ludvigsson et Mikael Landén ont analysé 9900 publications portant sur l'efficacité de la transition médicale sur la santé et le bien-être des enfants. Ils affirment n'avoir relevé que 24 études remplissant les conditions nécessaires pour être considérées comme recevables.

Ce que nous disent ces professeurs, c'est que l'on a aucune idée de ce que produit l'administration d'hormones trans sur les enfants. Ils affirment que les bloqueurs de puberté auraient "certainement un impact au niveau du développement osseux" et doivent être considérés "comme un traitement expérimental plutôt qu'une procédure standard. C'est-à-dire que le traitement ne doit être administré que dans le cadre d'un essai clinique sous consentement éclairé". Selon ces médecins, la dysphorie de genre est un trouble encore très mal connu, et la priorité absolue est d'élucider la question de la contagion sociale, et de mener des essais cliniques afin de connaître les effets des traitements hormonaux à long terme.

L'hôpital Karolinska a publié le résumé de cette étude sur son site internet¹⁹⁹. Cet hôpital, qui était jusqu'alors le plus gros pourvoyeur d'hormones de transitions pour enfants en Suède, reconnaît donc publiquement s'être trompé concernant sa façon de traiter la dysphorie de genre chez les mineurs.

190 Kaltiala R., et al., Medical gender reassignment in minors – why are we cautious in Finland?, *European Journal of Developmental Psychology*, 2025

191 PALKO/COHERE, *Recommendation*, 2020

192 PALKO/COHERE, *Recommendation*, 2020, traduction anglaise certifiée

193 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.70533>

194 Library of Congress, Sweden: Parliament Approves New Acts Addressing Legal Gender, avril 2024

195 France 24, Sweden puts brakes on treatments for trans minors, février 2023

196 SEGM, Sweden's Karolinska Ends All Use of Puberty Blockers and Cross-Sex Hormones for Minors Outside of Clinical Studies, 2021

197 SEGM, Summary of Key Recommendations from the Swedish NBHW, février 2022

198 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.16791>

199 <https://news.ki.se/systematic-review-on-outcomes-of-hormonal-treatment-in-youths-with-gender-dysphoria>



LES SCANDALES SANITAIRES

Cette quatrième partie examine successivement plusieurs affaires européennes dans lesquelles les pratiques médicales inspirées des recommandations de la WPATH ont causé de

graves préjudices aux patients. Nous verrons que parmi les victimes, figurent principalement des personnes vulnérables (enfants et personnes en situation de fragilité psychique).

4.1 Les WPATH Files

Le 4 mars 2024, le think tank américain *Environmental Progress* publie un rapport de 216 pages intitulé “*The WPATH Files: Pseudoscientific Surgical and Hormonal Experiments on Children, Adolescents, and Vulnerable Adults*”²⁰⁰. Ce rapport est rédigé par la journaliste britannique Mia Hughes, s'appuyant sur des documents fournis par le fondateur du think tank, Michael Shellenberger. Aucun dirigeant ni membre de la WPATH n'a démenti l'authenticité des documents sur lesquels se base ce rapport²⁰¹.

Les fichiers comprennent des captures d'écran de messages issus du forum interne de la WPATH, datant de 2021 à 2024, ainsi qu'un enregistrement d'une visioconférence interne. Les noms de la plupart des membres impliqués ont été caviardés par le think tank.

Environmental Progress a déclaré avoir contacté chaque membre de la WPATH cité pour lui offrir un droit de réponse. Deux personnes auraient répondu : l'une pour confirmer l'exactitude des propos qui lui étaient attribués, et l'autre n'a pas démenti ses déclarations mais a contesté l'interprétation qui en avait été faite par *Environmental Progress*.

4.1.1 Le “consentement” des mineurs en question

Une vidéo d'un *workshop* interne de la WPATH intitulé “Identity Evolution Workshop”, tenu le 6 mai 2022, montre des membres discutant du fait qu'il est impossible d'obtenir un consentement éclairé véritable de la part des patients mineurs, relativement aux traitements qui leurs sont administrés.

Le Dr Daniel Metzger reconnaît explicitement que les médecins se retrouvent parfois à expliquer des notions de biologies trop compliquées à des enfants trop jeunes pour comprendre²⁰².

Il décrit également la réaction type des adolescents face à la question de la préservation de la fertilité : “C'est toujours une bonne théorie de parler de préservation de la fertilité avec un adolescent de 14 ans, mais je sais que je parle à un mur. Ils réagissent avec un ‘beurk, des gosses, des bébés’”. Le Dr Metzger affirme également qu'il lui arrive de suivre des patients jusque dans leur mi-vingtaine, et qu'un nombre significatif d'entre-eux réalisent alors qu'ils aimeraient devenir parents²⁰³.

Les WPATH Files révèlent que d'autres membres de la WPATH déclarent que “la plupart de ces enfants ne sont mentalement pas en état d'aborder sérieusement ces questions”²⁰⁴. Le Dr Metzger cite par ailleurs des données issues de chercheurs néerlandais montrant que des jeunes adultes ayant transitionné précocement éprouvent des regrets significatifs quant à leur infertilité, avec un âge moyen de 32 ans au moment de l'étude.

Parmi les victimes mentionnées, figurent par exemple une fillette de 10 ans, un adolescent de 13 ans présentant des retards de développement, et plusieurs mineurs atteints de schizophrénie²⁰⁵.

Un chirurgien mentionne avoir réalisé 20 vaginoplasties sur des mineurs.

200 [The WPATH Files : Pseudoscientific Surgical and Hormonal Experiments on Children, Adolescents, and Vulnerable Adults](#)
201 [“The WPATH Files”, Public news](#)
202 [Leaked Files Reveal Major Risks with Transgender Experiments, Critics Contend ‘It Is Not Medicine’](#)
203 [Leaked Docs Show Top Transgender Association Violating Medical Ethics, Hiding Harms of “Gender-Affirming Care” – WPATH](#)
204 [“The WPATH Files”, Public news](#)
205 [“The WPATH Files”, Public news](#)

Une discussion datant de décembre 2021 porte sur une jeune fille de 16 ans ayant développé deux tumeurs hépatiques après plusieurs années sous bloqueurs de puberté suivies d’une année sous testostérone ; les médecins envisagent néanmoins de poursuivre ses traitements²⁰⁶.

4.1.2 Quand le président de la WPATH reconnaît que les bloqueurs de puberté entraînent une perte irréversible de la fonction sexuelle

Dans les fichiers, le Dr Marci Bowers, président de la WPATH au moment des faits (2021-2024), a ouvertement admis, que des enfants de sexe masculin à la naissance se retrouvent anorgasmiques à vie lorsqu’ils reçoivent des bloqueurs de puberté à partir du stade 2 de l’échelle de Tanner (conformément aux préconisations de la WPATH). La citation précise est la suivante : “À ce jour, je n’ai connaissance d’aucun individu capable d’orgasme lorsqu’il a été bloqué au stade Tanner II”²⁰⁷.

La question de la fertilité est traitée avec le même détachement : le Dr Bowers écrit que “la question de la fertilité n’a pas fait l’objet de recherches permettant d’affirmer que le début de la puberté offre des options de fertilité, tandis que les bloqueurs les excluent”²⁰⁸. Il affirme dans ces mêmes échanges que “les patients doivent s’approprier et assumer la responsabilité de leurs décisions médicales, en particulier celles aux effets potentiellement permanents”²⁰⁹.

4.2 Le cas du Gender Identity Development Service (GIDS) du Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, et le rapport Cass

Le Royaume-Uni a quitté l’Union Européenne en janvier 2020, mais il est important d’inclure dans ce rapport, le scandale sanitaire du *Gender Identity Development Service* (GIDS) de l’hôpital de *Tavistock*, qui a été pendant trois décennies, une importante référence à l’échelle européenne, concernant la prise en charge des mineurs se déclarant transgenres. En fin de chapitre, nous ferons un focus particulier sur le rapport Cass (paru en 2024), qui a contribué à faire fermer définitivement le GIDS.

4.1.3 La non prise en compte des comorbidités psychiques graves pouvant altérer les capacités de discernement des patients

Le Dr Dan Karasic, psychiatre californien et principal auteur du chapitre santé mentale des SOC 8, répond à une infirmière qui exprime ses doutes concernant un patient présentant un état de stress post-traumatique, un trouble dépressif, et des traits psychotiques: “Jene comprendspas pourquoi vous êtes perplexe...La simple présence d’une maladie psychiatrique ne devrait pas bloquer la capacité d’une personne à commencer une hormonothérapie si elle présente une dysphorie de genre persistante”²¹⁰.

Les documents montrent que des patients souffrant de troubles mentaux graves (dont la schizophrénie et le trouble dissociatif de l’identité) ainsi que des adultes vulnérables, notamment des personnes sans-abri, sont considérés comme aptes à consentir à des interventions hormonales et chirurgicales²¹¹.

Pour les patients atteints de trouble dissociatif de l’identité, un médecin dont le nom a été caviardé, décrit une pratique consistant à obtenir le consentement de chacun des “alters” du patient (c’est-à-dire de chacune des personnalités de son “système”)²¹².

Les fichiers révèlent que des cliniciens de la WPATH travaillent avec des patients souhaitant des procédures chirurgicales “atypiques” telles que la “nullification” (ablation de l’ensemble des organes génitaux, pour obtenir une identité de genre “eunuque”), la chirurgie mammaire sans reconstruction des mamelons, ou la vaginoplastie avec conservation du phallus.

4.2.1 Bref historique

En 1989, au Royaume-Uni, la clinique Tavistock a ouvert un service dédié aux transitions de genre : le *Gender Identity Development Service* (GIDS), financé par des fonds publics, a fermé ses portes en mars 2024 à la suite de faits très graves. Au début de ses activités, il proposait principalement un accompagnement basé sur la parole, puis progressivement, il a commencé à prescrire des traitements hormonaux.

De 50 enfants référés en 2007, le GIDS est passé à environ 5000 référencement en 2020²¹³. Le personnel médical était débordé.

Entre 2014 et 2017, il a administré des bloqueurs de puberté à au moins 800 mineurs, dont 230 étaient âgés de moins de 14 ans²¹⁴. En 2018, les prescriptions sont montées à environ 300 par an (la clinique Tavistock a reconnu être incapable de fournir des chiffres exacts...) ²¹⁵. Ce manque de traçabilité constitue en lui-même une défaillance institutionnelle grave : aucun suivi des patients sur le long terme n’a été mis en place, rendant impossible toute évaluation sérieuse des effets des traitements administrés.

4.2.2 Les premières alertes d’un scandale sanitaire en cours

C’est Michael Biggs, professeur en sociologie et membre de la *Society for Evidence-based Gender Medicine* (SEGM) qui s’est exprimé en premier en 2018, au sujet des dérives graves ayant lieu dans cette clinique²¹⁶. En 2019, le docteur en psychiatrie exerçant au sein de Tavistock, David Bell, lui emboîte le pas²¹⁷.

La même année, l’émission d’investigation BBC Newsnight révèle que des soignants de Tavistock avaient déjà tiré la sonnette d’alarme en interne, concernant notamment l’administration de bloqueurs de puberté au bout d’une ou deux consultations. Il a été révélé que le GIDS affirmait à ses patients que les effets des bloqueurs de puberté administrés sur le long terme (comme l’impact sur la densité osseuse et le développement cognitif) étaient soit disant “réversibles”.

Les soignants lanceurs d’alerte n’ont pas été entendus par leur hiérarchie ; certains ont même déclaré avoir subi menaces et intimidations, ce qui a conduit quarante d’entre eux à démissionner sur une période de trois ans. Entre 2016 et 2019, 35 psychologues de la branche londonienne du GIDS avaient démissionné, six d’entre eux exprimant des préoccupations quant à un surdiagnostic massif de la dysphorie de genre et à une orientation trop rapide vers l’intervention médicale. “*Nous sommes peut-être en train d’administrer des traitements à des enfants gays, des enfants autistes, des enfants en état de stress post-traumatique. Et si c’est le cas, alors nous sommes en train d’abîmer des enfants vulnérables.*” a déclaré l’un d’entre eux²¹⁸.

4.2.3 La publication du rapport Cass et son influence sur la politique publique du NHS

En 2020, le NHS (le National Health Service est le système de santé publique du Royaume-Uni), finit par commander un rapport à la docteure Hilary Cass, ancienne présidente du Royal College of Paediatrics and Child Health²¹⁹. Un rapport intermédiaire est publié en février 2022 ; le rapport final paraît en avril 2024.

Ce rapport conclut à d’importantes défaillances concernant :

- le manque de prise en compte des comorbidités psychiatriques des enfants ;
- le manque de suivi sur le long terme ;
- le manque de connaissances scientifiques concernant les traitements administrés aux enfants.

Les conclusions scientifiques révélées par la Dr Cass sont accablantes. Comme nous l’avons vu dans le [chapitre 2.3](#), il est documenté que les bloqueurs de puberté abîment la densité osseuse, le développement cognitif, et la fertilité ; qu’il n’améliorent pas la dysphorie de genre ni la satisfaction corporelle, et que “les preuves concernant leurs effets sur le bien-être psychologique ou psychosocial, sont insuffisantes ou incohérentes”²²⁰.

Le rapport pointe également que près de 100% des jeunes ayant reçu des bloqueurs de puberté ont ensuite continué leur parcours de transition en prenant des hormones contraires. Cela n’est pas anodin : c’est la preuve que les bloqueurs placent les enfants sur un chemin de transition médicale de fait irréversible, contredisant directement le discours officiel du GIDS et de tous les organismes trans affirmatifs comme la WPATH, qui les présentaient comme une simple “pause” pour laisser aux enfants le temps de réfléchir.

La Dr Cass démantèle enfin l’argument selon lequel les enfants à qui l’on n’accorderait pas le “droit” de transitionner, seraient plus susceptibles de commettre un suicide ou une tentative de suicide. Son rapport affirme que les données disponibles ne montrent pas que la transition médicale des enfants réduit le risque de passage à l’acte suicidaire, et que

206 [LEAKED Bombshell Report Reveals How Harmful Transgender ‘Care’ Really Is](#)

207 [Unmasking Gender Ideology: How Activism Is Rewriting Medicine, Science, and Childhood](#)

208 [Ibid](#)

209 [Ibid](#)

210 [Leaked Docs Show Top Transgender Association Violating Medical Ethics, Hiding Harms of “Gender-Affirming Care” – WPATH](#)

211 [The WPATH Files : Pseudoscientific Surgical and Hormonal Experiments on Children, Adolescents, and Vulnerable Adults](#)

212 [Ibid](#)

213 <https://tradfem.wordpress.com/2023/02/14/recension-de-louvrage-dhannah-barnes-time-to-think-lexpose-des-dessous-du-scandale-qui-a-discredite-la-clinique-britannique-du-genre-tavistock/>

214 https://personandidentity.com/wp-content/uploads/2022/11/BIGGS_THE-TAVISTOCKS-EXPERIMENTATION.pdf

215 <https://thetvdb.com/series/victoria-derbyshire/episodes/6876747>

216 <https://www.transgendertrend.com/tavistock-experiment-puberty-blockers/>

217 <https://www.theguardian.com/society/2021/may/02/tavistock-trust-whistleblower-david-bell-transgender-children-gids>

218 <https://www.bbc.co.uk/programmes/p08hf8c1>

219 [Organisme professionnel des pédiatres au Royaume-Uni](#)

220 [The Cass Review Final Report \(UK\), 2024](#)

les décès par suicide semblent davantage liés à un ensemble de facteurs psychosociaux et à des comorbidités psychiatriques préexistantes, qu'à l'absence de transition²²¹.

Un an avant la publication de la version définitive du rapport Cass, en 2023, la journaliste Hannah Barnes publie le livre *“Time to Think: The Inside Story of the Collapse of the Tavistock’s Gender Service for Children”* (2023, Swift Press). Ce livre est l'aboutissement d'une grande enquête basée sur plus de 100 heures d'entretiens avec une soixantaine d'anciens cliniciens du GIDS. Elle révèle, comme le rapport Cass, que les médecins mentaient sur l'action soi-disant réversible des bloqueurs de puberté, et qu'un tiers des patients présentaient des traits autistiques (contre moins de 2 % dans la population générale), sans que cela ne soit pris en compte. Certains enfants s'identifiaient comme coréens ou japonais ; au moins l'un d'entre eux était atteint d'un trouble de la personnalité multiple, il avait *“trois alter ego différents, dont deux parlaient avec un accent australien”*. Cela pose encore une fois des

questions sur la capacité des petits patients à donner leur consentement éclairé sur l'administration de traitements aux conséquences irréversibles.

Aujourd'hui, la clinique Tavistock est poursuivie par plus de 1000 familles²²² qui estiment qu'on leur a menti concernant les dommages irréversibles des transitions médicales sur la santé de leurs enfants. En décembre 2024, le gouvernement britannique a interdit l'administration de bloqueurs de puberté comme traitement dans la dysphorie de genre des mineurs. En avril 2025, le NHS confirmait n'avoir émis aucune nouvelle prescription d'hormones dites “d'affirmation de genre” pour des mineurs dans l'année suivant la publication du rapport Cass, les nouveaux services ne recevant plus que 30 demandes par mois, contre 5000 par an au temps du GIDS. Il insiste désormais sur la nécessité de réintroduire les notions biologiques, et menace les familles qui ne suivront pas ses recommandations de les soumettre à des enquêtes des services de la protection de l'enfance²²³.

4.3 Le cas de l'hôpital Karolinska en Suède

La Suède a été le premier pays au monde à autoriser le changement de sexe à l'état civil, en 1972 ; et l'hôpital Karolinska de Stockholm a été pendant des décennies le principal pourvoyeur de transitions médicales pour mineurs dans le pays.

En 2019, le programme d'investigation suédois *Uppdrag Granskning* diffuse un documentaire intitulé *Trans Train*, qui met en cause l'hôpital Karolinska, en l'accusant de précipiter les traitements, notamment en pratiquant des mastectomies (ablation des seins) sur des adolescentes, dès l'âge de 14 ans. Entre 2008 et 2018, le taux de jeunes filles âgées de 13 à 17 ans diagnostiquées avec une dysphorie de genre avait augmenté d'environ 1500% en Suède²²⁴.

Dans ce documentaire, on apprend qu'au moins 13 mineurs traités pour dysphorie de genre à l'hôpital Karolinska ont subi des effets indésirables graves à la suite de leur traitement aux bloqueurs de puberté. Parmi eux, une jeune fille qui avait commencé les bloqueurs de puberté dès l'âge de 11 ans, a développé une ostéoporose et des lésions vertébrales, et ne pouvait plus rester debout plus de quinze minutes ; à 15 ans, elle vivait dans la douleur permanente. On apprend que d'autres enfants présentent des dommages hépatiques, une prise de poids sévère et de graves troubles

psychiatriques ayant parfois mené à des tentatives de suicide.

La diffusion de ce documentaire déclenche une enquête interne. Le Karolinska reconnaît lui-même dans son rapport, ne pas avoir effectué de contrôle systématique de la densité osseuse de ses patients mineurs placés sous bloqueurs de puberté, et que les familles n'avaient pas reçu d'informations suffisantes sur les effets secondaires connus des traitements.

En mai 2021, l'hôpital Karolinska met fin à toute prescription de bloqueurs de puberté et d'hormones contraires aux mineurs, en dehors de quelques rares essais cliniques très encadrés. Dans sa déclaration officielle, l'hôpital justifie cette décision en affirmant que ces traitements sont potentiellement porteurs de conséquences irréversibles graves (maladies cardiovasculaires, ostéoporose, infertilité, risque accru de cancer et thromboses)²²⁵.

Le médecin pédiatre endocrinologue du Karolinska, le Dr Ricard Nergårdh, a déclaré à la télévision publique suédoise : “Le traitement GnRH, c'est une castration chimique. Cela peut affecter la santé mentale de manière non souhaitée. Il est donc très important que le patient et sa famille soient informés de cela.”²²⁶

La Suède devient ainsi le premier pays à abandonner officiellement les recommandations de la WPATH pour les mineurs. En février 2022, l'Agence nationale suédoise de santé emboîte le pas au Karolinska et publie une directive nationale reprenant la même politique de prudence. En décembre 2022, elle publie des recommandations actualisées indiquant que les bloqueurs de puberté, les hormones et les mastectomies ne doivent être proposés aux mineurs que dans le cadre de la recherche médicale, ou dans des cas exceptionnels répondant à des critères extrêmement stricts. Ces recommandations précisent explicitement que pour les adolescents souffrant de dysphorie de genre, les risques des traitements médicaux et chirurgicaux l'emportent vraisemblablement sur les potentiels bénéfiques. La Suède est ainsi passée, en moins de deux ans, d'une politique d'affirmation systématique à une quasi-interdiction.

C'est dans ce contexte qu'en 2023, le professeur Jonas F. Ludvigsson, de l'Institut Karolinska, et le professeur Mikael Landén, professeur à l'Université de Göteborg et chercheur affilié au *Karolinska Institutet*, publient avec quatre autres chercheurs une étude²²⁷ financée par des fonds publics dans la revue *Acta Paediatrica*. L'équipe a analysé 9900 publications portant sur l'efficacité de la transition médicale sur la santé et

4.4 Les lanceurs d’alerte

4.4.1 Les soignants lanceurs d’alerte

En juillet 2023, alors que l'Endocrine Society²²⁸ déclarait que “les soins d'affirmation de genre améliorent le bien-être des personnes transgenres et de diverses identités de genre, et réduisent le risque de suicide”, une vingtaine de médecins et de chercheurs engagés dans le domaine des soins aux personnes transgenres, ont réagi via une tribune publiée dans le *Wall Street Journal*²²⁹. Ils ont affirmé avoir été “surpris par les affirmations de l'Endocrine Society” et rappellent que “de plus en plus de pays européens et d'organisations professionnelles internationales recommandent maintenant la psychothérapie plutôt que les hormones et les chirurgies comme traitement de première ligne pour les jeunes dysphoriques de genre.”

4.4.1.1 Pays-Bas

Annelou de Vries

Annelou de Vries, l'une des conceptrices du *Dutch Protocol* (sur lequel s'appuyait la HBIGDA, ancêtre de la WPATH), a publié en

le bien-être des enfants, et sur ce corpus, seules 24 études ont été jugées méthodologiquement recevables.

Les conclusions des chercheurs sont les suivantes :

- Les bloqueurs de puberté ont certainement un impact sur le développement osseux ; ils doivent être considérés comme un traitement expérimental, et n'être administrés que dans le cadre d'essais cliniques sous consentement éclairé ;
- La dysphorie de genre est un trouble encore très mal connu, et la priorité absolue est d'élucider la question de la contagion sociale ;
- Des essais cliniques doivent être menés afin de connaître les effets des traitements hormonaux sur le long terme.

Le fait que l'Institut Karolinska ait publié le résumé de cette étude sur son site officiel revêt une signification particulière : il reconnaît qu'il a appliqué pendant des années des protocoles expérimentaux sans se soumettre aux exigences habituelles de la médecine fondée sur les preuves, au détriment de patients mineurs dont certains en gardent des séquelles permanentes.

2020, un article dans lequel elle constate que la condition de la présence d'une dysphorie de genre dès la petite enfance comme condition *sine qua non* pour faire transitionner la personne, a été abandonnée par la WPATH. Elle appelle à cesser d’“adopter aveuglément” les résultats de ses propres recherches dans des contextes cliniques différents de celui dans lequel elles ont été menées²³⁰.

4.4.1.2 Royaume-Uni

Sue Evans

En 2005, Sue Evans, infirmière au GIDS du Tavistock, a été la première soignante à alerter en interne, avertissant que des jeunes étaient évalués trop rapidement et que leur traitement était influencé par des groupes de défense des droits des personnes transgenres. En octobre 2019, elle a initié la première procédure judiciaire contre le GIDS, que Keira Bell reprendra en tant que plaignante principale en janvier 2020.

²²¹ Clinical Advisory Network on Sex and Gender

²²² https://www.thetimes.com/uk/healthcare/article/tavistock-gender-clinic-to-be-sued-by-1-000-families-lbsw6k8zd?eafs_enabled=false

²²³ <https://genethique.org/nhs-fin-de-l-affirmation-de-genre/>

²²⁴ Utvecklingen av diagnosen könsdysfori – Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid

²²⁵ Policy Change Regarding Hormonal Treatment of Minors with Gender Dysphoria at Tema Barn - Astrid Lindgren Children's Hospital.

²²⁶ <https://www.foxnews.com/media/top-swedish-doctors-blow-whistle-on-trans-puberty-suppressing-drugs-affecting-childrens-bones-experimental>

²²⁷ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.16791>

²²⁸ L'Endocrine Society est une société savante et médicale internationale d'origine américaine destinée à la recherche fondamentale et clinique dans le domaine de l'endocrinologie. Elle rassemble treize mille membres.

²²⁹ https://www.wsj.com/opinion/trans-gender-affirming-care-transition-hormone-surgery-evidence-c1961e27?eafs_enabled=false

²³⁰ Dutch puberty-blocker pioneer: Stop “blindly adopting our research”, 4thwavenow

Dr David Bell

Le Dr David Bell, psychiatre et psychanalyste, a travaillé au Tavistock de 1995 à janvier 2021. En 2018, dix membres du personnel du GIDS (soit environ un tiers des cliniciens y travaillant à cette époque) l'ont approché avec de graves préoccupations éthiques. Ces soignants étaient notamment préoccupés par le fait qu'il arrivait que des enfants soient parfois placés sous traitement hormonal après seulement deux consultations.

David Bell a rédigé un rapport interne alertant sur la prise en charge précipitée de patients vulnérables. Lorsqu'il a tenté, pour la rédaction de ce rapport, d'obtenir des données de base auprès du GIDS, le directeur général a refusé de les lui transmettre. La direction a tenté d'étouffer ce rapport et a engagé des procédures disciplinaires à son encontre. David Bell a publiquement témoigné de tentatives d'intimidations de la part de sa direction²³¹.

Marcus Evans

Marcus Evans, psychanalyste et gouverneur du Tavistock pendant vingt ans (et mari de Sue Evans, la première lanceuse d'alerte), a démissionné en 2019, en protestation contre la gestion du GIDS, après avoir passé six mois à tenter vainement d'obtenir communication du rapport Bell auprès de la direction²³².

Sonia Appleby

Sonia Appleby, responsable de la protection de l'enfance au sein du Tavistock, a effectué six signalements entre 2017 et 2019, alertant sur le nombre croissant d'enfants orientés vers le GIDS, et sur le fait que certains jeunes patients “étaient activement encouragés à être transgenres sans examen efficace de leurs circonstances”. Sa hiérarchie a tenté de l'empêcher de mener ses missions relatives à la protection de l'enfance. Le tribunal du travail a jugé qu'elle avait subi des préjudices en raison de ses signalements, et lui a accordé 20 000 livres sterling en compensation²³³.

4.4.1.3 Suède

Christopher Gillberg

Dans le documentaire suédois *Trans Train*, le professeur Christopher Gillberg, psychiatre de l'enfant à l'Université de

Göteborg et spécialiste mondialement de l'autisme, qualifie la transition médicale des enfants d’“un des plus grands scandales de l'histoire de la médecine” et demande “une suspension immédiate de l'utilisation des bloqueurs de puberté en raison de leurs effets inconnus à long terme”²³⁴

Mikael Landén

Mikael Landén, professeur de psychiatrie à l'Université de Göteborg et chercheur affilié au *Karolinska Institutet*, est l'un des co-auteurs de la revue systématique financée par des fonds publics et publiée dans *Acta Paediatrica* en 2023, démontrant la gravité des transitions médicales des mineurs. Après avoir fait transitionner des enfants pendant des années, il a publiquement reconnu, dans une interview accordée à l'AFP, au sujet du protocole appliqué aux mineurs suédois : “Nous disposions d'un protocole conçu pour des cas très rares et extrêmes. La demande a soudain explosé, et nous avons continué à l'utiliser. Nous n'aurions peut-être pas dû.”²³⁵

Sven Román

Sven Román, pédopsychiatre formé au Karolinska Institutet, est l'un des cliniciens suédois les plus actifs dans la dénonciation des transitions médicales pour mineurs. Il affirme que la hausse soudaine des cas de dysphorie de genre chez les adolescents relève en grande partie d'un phénomène de contagion sociale, comparable à ceux qui ont été documentés pour les troubles du comportement alimentaire ou les conduites d'automutilation²³⁶. Étant donné que le cortex préfrontal ne termine sa maturation que vers 25 à 30 ans, il affirme qu'aucun traitement aux effets irréversibles sur la santé, ne devrait être pratiqué avant cet âge — c'est une position qu'il a développé dans un avis d'expert rédigé pour le procès *US v. Skrmetti* devant la Cour suprême des États-Unis²³⁷, et est cosignataire de la tribune publiée en 2023 dans le *Wall Street Journal*²³⁸ par une vingtaine de médecins et de chercheurs européens engagés dans le domaine.

4.4.1.4 France

Caroline Eliacheff et Céline Masson

Caroline Eliacheff, psychiatre et psychanalyste, et Céline Masson, professeure des universités et psychanalyste, sont cofondatrices de l'Observatoire de la petite sirène. Elles ont co-signé deux ouvrages (“La fabrique de l'enfant transgenre”,

2023, et “Le sermont d'Hippocrate”, 2025, aux éditions de L'observatoire), et alertent depuis 2021 sur les dérives de la médicalisation des mineurs en questionnement de genre. Elles ont également été auditionnées au Sénat dans le cadre d'un rapport sur la transidentification des mineurs rédigé par la sénatrice Jacqueline Eustache-Brinio.

Consécutivement à leurs prises de positions, elles ont subi des intimidations et des agressions à plusieurs reprises. En décembre 2022, lors d'une conférence au café laïque de Bruxelles, elles ont été la cible de jets d'excréments de la part d'une vingtaine d'individus cagoulés. Un collage “café transphobe raciste” a été placardé sur la façade du lieu. “*Après les jets de matière fécale, ils ont renversé les chaises, bousculé tout le monde et tenté de s'approcher du fond de la salle, avant que des personnes ne s'interposent pour les empêcher de s'en prendre aux conférencières*”, a relaté Florence Bergeaud-Blackler, organisatrice de l'événement, au journal *Le Figaro*²³⁹.

Le 20 novembre 2022, la docteure Éliacheff devait intervenir dans un colloque organisé par la mairie de Paris, mais l'événement avait été déprogrammé : “*La mairie est engagée contre toutes les discriminations et contre la transphobie*” a déclaré la municipalité de Paris-Centre²⁴⁰.

4.4.2 Les personnes qui détransitionnent

L'essentiel des prises de parole publiques et des actions en justice émanant de personnes dites détrans viennent d'Amérique du Nord, dont celles, particulièrement médiatisées, de Chloe Cole, Prisha Mosley, Fox Varian, Sidney Wright, ou Scott Newgent. Dans ce rapport, nous allons donner quelques exemples de figures européennes émergentes.

4.4.2.1 Pourquoi ces personnes détransitionnent-elles ?

Une étude²⁴¹ menée sur 952 personnes trans sous hormones a estimé qu'après quatre ans, 19% des hommes et 36% des femmes arrêtaient le traitement. Il est difficile d'avoir une idée précise de leur nombre, car elles ne sont pas comptabilisées dans les statistiques des “cliniques du genre”.

La docteure Lisa Littman, spécialiste de cette question, estime que sur 100 personnes detrans (dont 69 femmes et 31 hommes), seules 24% ont informé les médecins qui les avaient

fait transitionner²⁴². Il est donc extrêmement difficile de comptabiliser le nombre de personnes qui se retrouvent dans cette situation aujourd'hui.

Elle estime également que 38% des personnes ayant détransitionné, l'ont fait en partie parce qu'elles se sont rendu compte que la dysphorie de genre n'était qu'un symptôme qui provenait de problèmes psychiatriques non traités²⁴³, ce qui pose des questions bioéthiques importantes concernant les capacités de discernement des patients. Ses observations sont corroborées par plusieurs autres études, ou statistiques issues de “cliniques du genre” :

- Une étude²⁴⁴ menée par une clinique du genre écossaise estime que 72,4% de leurs patients avaient déjà été diagnostiqués pour un problème psychiatrique. Une autre étude, réalisée dans des hôpitaux finlandais entre 2011 et 2021, a montré que 75% des enfants accueillis dans le cadre d'un parcours de transition avaient déjà été suivis pour des troubles psychiques autres. 64% d'entre eux souffraient de dépression, 55% d'anxiété, 53% de pensées suicidaires et de conduites autodestructrices, 26% de troubles du spectre autistique, 13% étaient psychotiques, 11% présentaient des troubles de l'attention et 4% étaient toxicomanes²⁴⁵.

- Angela Samfjord, psychiatre à l'hôpital de Gothenbourg en Suède, rapporte que “*80% des femmes qu'elle a suivies ont plus d'un ou deux diagnostics psychiatriques, que 46% s'automutilent, et que 20% sont autistes*”²⁴⁶.

- En France, à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, dans l'unité qui accueille les personnes de moins de vingt ans qui souhaitent transitionner, les jeunes présentent de nombreuses comorbidités psychiatriques : 28% ont déjà été hospitalisés en psychiatrie ; 60 % présentent des signes de dépression ; 41% des troubles anxieux généralisés et phobies sociales ; 9% des troubles du spectre autistique ; 10% un état de stress post-traumatique ; 7% sont anorexiques ; 5% souffrent de psychoses²⁴⁷.

4.4.2.2 Keira Bell (Royaume-Uni)

Adressée au GIDS à 15 ans après avoir commencé à questionner son identité de genre à 14 ans, Keira Bell a été placée sous bloqueurs de puberté à 16 ans, puis on lui a administré de

²³¹ [Tavistock trust whistleblower David Bell: 'I believed I was doing the right thing'](#)

²³² [“The Biggest Scandal Since Lobotomies” - Tavistock Whistleblower Marcus Evans](#)

²³³ [Gender clinic whistleblower awarded £20,000](#)

²³⁴ [Transidentité chez les mineurs autistes : pas si vite !](#)

²³⁵ <https://www.euronews.com/health/2023/02/16/as-spain-advances-trans-rights-sweden-backtracks-on-gender-affirming-treatments-for-teens>

²³⁶ <https://genderreport.ca/the-swedish-u-turn-on-gender-transitioning/>

²³⁷ <https://www.genderclinicnews.com/p/off-the-trans-train-b1f>

²³⁸ [Wall Street Journal, Youth Gender Transition Is Pushed Without Evidence, juillet 2023](#) ; [Observatoire de la petite sirène, traduction française](#)

²³⁹ <https://www.lefigaro.fr/international/bruxelles-une-conference-sur-le-transgenrisme-perturbee-par-des-jets-d-excrements-20221216>

²⁴⁰ <https://www.marianne.net/societe/sciences-et-bioethique/transidentite-la-pedopsychiatre-caroline-eliacheff-accueillie-dans-un-festival-sous-surveillance-policiere>

²⁴¹ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9516050/>

²⁴² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34665380/>

²⁴³ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34665380/>

²⁴⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34593070/>

²⁴⁵ <https://quadrant.org.au/magazine/uncategorized/experimenting-children-gender-dysphoria/>

²⁴⁶ Documentaire “The Trans Train”

²⁴⁷ *Ibid.*

la testostérone à 17 ans ; à 20 ans, elle a ensuite subi une mastectomie.

À 22 ans, en 2019, elle arrête son traitement médicamenteux ; en 2020, elle commence à prendre la parole publiquement au sujet de sa volonté de détransitionner, dénonçant un parcours d'évaluation qu'elle estime expéditif au regard de l'irréversibilité des interventions sur son corps qu'elle a publiquement dénoncés : voix masculinisée, pilosité faciale, atrophie génitale, ablation des seins et possible infertilité. Keira Bell a estimé que la clinique aurait dû prendre en compte l'ensemble de ses comorbidités pour établir un diagnostic solide et lui proposer une prise en charge adaptée, plutôt que de valider l'hypothèse selon laquelle elle était “un homme dans un corps de femme”²⁴⁸.

Avec le recul, elle affirme qu'elle a souhaité transitionner pour solutionner un mal être dû à une enfance marquée par le divorce de ses parents, l'alcoolisme et les troubles psychiques de sa mère, l'éloignement émotionnel de son père, ainsi qu'une homophobie intériorisée qui l'aurait poussé à penser qu'il serait préférable d'être un homme trans hétérosexuel, plutôt qu'une femme lesbienne.

Ce dernier élément n'est pas anodin. La question de l'homosexualité refoulée revient incessamment dans les cas de détransition. Dans une étude²⁴⁹ au sujet des personnes detrans, la docteure Lisa Littman a constaté que 23% des femmes qu'elle a interrogé se sont rendues compte que la raison de leur transition était un rejet de leur homosexualité. La journaliste Hannah Barnes (précitée dans le [chapitre 4.2.3](#)) affirme qu'entre 60% et 70% des personnes qui étaient suivies chez Tavistock se sont finalement révélées être homosexuelles²⁵⁰. L'un des anciens membres du personnel soignant de la clinique lui a rapporté les propos glaçants d'un parent d'enfant : “Je suis tellement heureux qu'au moins mon enfant ne soit pas gay”²⁵¹...

Keira Bell dépose un recours contre le Tavistock en octobre 2019, et une première audience se tient en octobre 2020. Le jugement est rendu le 1er décembre 2020 : le tribunal estime qu'il est en pratique très difficile de démontrer qu'un mineur de moins de 16 ans est en capacité de réellement comprendre tous les enjeux autour de l'administration de bloqueurs de puberté, pour réellement consentir de façon éclairée, et qualifie ce traitement d'“expérimental” au regard de l'absence de données solides sur ses effets à long terme.

En septembre 2021, la Cour d'appel infirme cette décision, considérant qu'“il appartient aux cliniciens, et non au tribunal,

de se prononcer sur la compétence à consentir”. En 2022, la Cour suprême refuse d'autoriser un nouveau pourvoi.

Bien que juridiquement défaite en appel, le recours de Keira Bell a directement contribué à l'enclenchement du rapport Cass et à la fermeture du GIDS annoncée en juillet 2022, et effective en 2024.

4.4.2.3 Susana Domínguez (Espagne)

Âgée de 24 ans en 2023, Susana Domínguez a porté plainte avec sa famille contre le service de santé de Galice, dénonçant un “diagnostic erroné de dysphorie de genre” et “l'absence de soutien psychologique”. Elle est la première personne en Espagne, à intenter une action en justice contre les services médicaux ayant facilité sa transition.

À 15 ans, en 2014, elle avait affirmé s'être identifiée comme garçon “parce qu'elle avait vu sur YouTube des vidéos de personnes ayant changé de sexe, qui disaient que leur santé mentale s'était améliorée”. Un psychologue de l'hôpital Marítimo de Oza avait validé sa transition. À l'âge de 16 ans, on lui a administré de la testostérone ; à l'âge de 18 ans, elle subit une mastectomie (ablation des seins), suivie d'une hystérectomie (ablation de l'utérus) et d'une ovariectomie (ablation des ovaires) à 19 ans. N'ayant plus d'organes sexuels internes, elle dépend désormais d'un traitement œstrogénique de substitution à vie.

Comme dans le cas de Keira Bell, le reproche central de Susana Domínguez à l'encontre du corps médical est l'absence d'investigation des comorbidités ; ni le psychiatre ni le psychologue n'ont identifié à l'époque son trouble du spectre autistique, sa dépression, son trouble schizoïde, ni ses antécédents familiaux psychiatriques (au moins six membres de sa famille directe concernés). Ce constat fait écho, comme pour de nombreuses autres personnes detrans, aux comorbidités psychiatriques particulièrement élevées au sein de cette population.

L'aveu a posteriori du psychologue ayant donné l'accord pour qu'elle transitionne est particulièrement glaçant : “Tu pleurais et tu m'as manipulé. Tu m'as manipulé en pleurant, mais je savais déjà que le changement de sexe n'allait pas te faire te sentir mieux”²⁵².

Son recours intervient dans un contexte juridique particulier : la “loi trans” (*Ley trans*) de 2023 qui autorise les mineurs à changer de sexe à l'état civil sans l'accord de leurs parents, et interdit toute approche psychologique ou médicale

questionnant la volonté de transition de la personne, sous peine d'une amende pouvant atteindre 150 000 euros²⁵³. La procédure engagée en justice par Susana Domínguez n'a pas encore abouti.

4.4.2.4 Elie Vandenbussche (Belgique)

Elie Vandenbussche est l'une des rares lanceuses d'alerte detrans citées dans la littérature médicale internationale du fait de sa production scientifique sur le sujet.

Elle a commencé à transitionner en 2015, et a souhaité revenir à une identité féminine en 2019, après quatre années de traitements médicaux comprenant l'administration de testostérone et une mastectomie. Elle commence alors une grande enquête sur les détransitions, et s'installe en Allemagne, où elle poursuit ses études en sciences sociales à la *Rhine-Waal University of Applied Sciences* à Kleve.

En avril 2021, Elie Vandenbussche publie dans le *Journal of Homosexuality*, une étude sur les besoins et le soutien des personnes ayant détransitionné²⁵⁴. L'enquête en ligne porte sur un échantillon de 237 hommes et femmes detrans, dont l'âge moyen de détransition était de 22,2 ans pour les femmes et 30 ans pour les hommes ; la majorité avaient interrompu leur transition après en moyenne quatre années de traitement.

L'étude documente quatre catégories de besoins non couverts (médicaux, psychologiques, sociaux et juridiques), et établit notamment que 45% des participants déclarent ne pas avoir été correctement informés des implications sanitaires des traitements qui leur étaient administrés, que 70% attribuaient leur détransition à la prise de conscience due au fait que leur dysphorie était liée à d'autres problèmes que la transidentité, et que seuls 29% avaient reçu un soutien des médecins qui les avaient fait transitionner²⁵⁵.

Parallèlement à son travail académique, Vandenbussche cofonde avec une détransitionneuse allemande, Nele Peer, la plateforme Post-Trans²⁵⁶. Le projet collecte les récits personnels de détransitionneuses femmes et publie un livret intitulé *Gender Detransition: a path towards self-acceptance*. Le site et ses publications sont traduits en plusieurs langues européennes, ce qui en fait l'un des rares dispositifs européens d'aide aux personnes detrans.

4.4.2.5 Karlee (France)

Karlee (pseudonyme) est une personne née de sexe masculin, ayant commencé sa transition à l'âge de 17 ans, sans l'accord de ses parents — Karlee affirme que cet accord qui n'a jamais été exigé par les professionnels de santé qui l'ont suivi.

Pendant deux ans, un endocrinologue lui a prescrit un bloqueur de testostérone (Androcur), puis Karlee a ensuite subi successivement une augmentation mammaire à l'hôpital de Lille, et une vaginoplastie dans l'unité du GRETTIS (Lyon). Karlee se genre encore au féminin, et estime aujourd'hui que cette dernière opération rend toute détransition physique impossible : “Si je n'avais pas subi cette vaginoplastie, j'aurais détransitionné, je serais redevenue un homme, mais c'est rédhibitoire, je ne pourrai jamais redevenir un homme”.

Karlee décrit aujourd'hui un quotidien marqué par des douleurs permanentes, et a fait trois tentatives de suicide, dont l'une a entraîné un coma de quinze jours. Selon son analyse, son parcours serait dû à une enfance marquée par une homosexualité difficile à accepter, et à l'influence des réseaux sociaux : “Je me sentais femme, je pensais qu'en devenant une femme trans, je rentrerais plus dans la norme. Mais c'est tout le contraire.” Karlee dénonce un suivi médical bâclé, et l'absence d'exploration psychologique des causes de son mal-être²⁵⁷²⁵⁸.

248 Keira Bell: My Story

249 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34665380/>

250 “Time to Think: The Inside Story of the Collapse of the Tavistock's Gender Service for Children”, Hannah Barnes

251 <https://www.bbc.co.uk/programmes/p08hf8c1>

252 Pensó que era trans y ahora se arrepiente de su cambio de sexo: Culpa a los médicos de “arruinarme la vida”

253 « Transition de genre » : une jeune Espagnole porte plainte contre Santé publique

254 Detransition-Related Needs and Support: A Cross-Sectional Online Survey

255 Gendercrossroads

256 <https://post-trans.com/about-us>

257 <https://www.bvoltaire.fr/exclusif-temoignage-karlee-regrette-sa-transition-et-se-confie-a-bv/>

258 <https://www.youtube.com/watch?v=z7xv6UuzvfU>



Photo by Wiki Sinaloa on Unsplash

RECOMMANDATIONS

À l’issue de ce rapport, plusieurs recommandations peuvent être formulées à l’attention des parlementaires européens et des autorités sanitaires des États membres.

5.1 Les données des transitions médicales doivent être rendues publiques

Le premier élément qui ressort de l’étude comparative des 27 pays de l’Union européenne en termes de prise en charge médicale des personnes qui se déclarent transgenres, est l’absence de données complètes. Cette absence rend impossible toute évaluation rigoureuse des politiques publiques en la matière, et entretient un flou propice aux dérives.

Les États membres devraient être tenus de publier annuellement des données anonymisées sur les parcours de transition médicale

dans leur système de santé, en indiquant le nombre de personnes engagées dans un parcours, l’âge, le sexe biologique, types de traitements administrés (bloqueurs de puberté, hormones croisées, et différentes chirurgies), durée du suivi.

Tous les patients engagés dans un parcours de transition médicale devraient faire l’objet d’un suivi longitudinal systématique, portant sur la santé physique (densité osseuse, santé cardiovasculaire, fertilité, fonction sexuelle) et psychique.

5.2 Les transitions médicales des mineurs doivent être interdites

Les médecins suédois disposent d’un recul dont les autres ne disposent pas. Ils ont fait transitionner des personnes en masse depuis le début des années 70, pour ensuite revenir sur leurs pas et admettre leurs erreurs — le professeur Landén a explicitement reconnu s’être gravement trompé en faisant transitionner des mineurs.

Le modèle adopté par la Suède constitue donc à ce jour la référence européenne la plus solide, et les autres États

membres gagneraient certainement à s’aligner sur la politique de santé publique de ce pays qui interdit désormais aux mineurs :

- l’administration de bloqueurs de puberté et d’hormones croisées aux mineurs (sauf dans le cadre d’essais cliniques extrêmement encadrés) ;
- les chirurgies de transition.

5.3 Les changements de sexe à l’état civil des mineurs doivent être interdits

Une réserve est à émettre au sujet du modèle suédois (qui autorise le changement de sexe à l’état civil à partir de l’âge de 16 ans). Les revues systématiques disponibles, notamment celles de Steensma²⁵⁹ et de Ristori²⁶⁰, ainsi que le rapport Cass²⁶¹, établissent que lorsqu’un mineur effectue sa transition sociale, il est plus probable qu’il transitionne médicalement à l’âge adulte.

La transition sociale ne se limite pas au changement d’état civil ; elle comprend l’ensemble des éléments par lesquels une personne se présente publiquement (prénom, pronoms, vêtements, modifications administratives). Un État n’a évidemment pas vocation à intervenir dans la façon dont une personne se présente au monde, et cela ne serait d’ailleurs

259 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23702447/>
260 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26754056/>
261 <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20250310143933/https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>

même pas souhaitable. En revanche, lorsqu’il normalise institutionnellement la transition sociale, il encourage de fait la

transition médicale. Les transitions sociales (changement de sexe à l’état civil) des mineurs, devraient donc être strictement interdites.

5.4 Une meilleure prise en compte des comorbidités psychiatriques chez les moins de 25 ans

Comme nous l’avons vu, la population en demande de transition évolue, elle se rajeunit, et le ratio sexué s’est inversé. Le phénomène de contagion sociale touche particulièrement les plus jeunes, et les adolescentes. Des comorbidités psychiatriques sont très fréquemment associées à la dysphorie de genre : troubles dépressifs et anxieux, troubles du spectre autistique, troubles du

comportement alimentaire, état de stress post-traumatique, troubles psychotiques.

Il conviendrait de mieux prendre en charge ces problèmes de santé psychique associés, et d’apporter une attention particulière à la santé psychique des jeunes, car les ignorer revient à traiter un symptôme en ignorant ses causes.

5.5 Les transitions médicales des adultes doivent être limitées à quelques cas exceptionnels

Comme en Suède, le traitement de première intention doit être l’accompagnement psychosocial, complété si nécessaire par une psychothérapie.

En seconde intention, si les symptômes persistent, aucun traitement hormonal ne devrait être administré, ni aucune chirurgie pratiquée, avant l’avis favorable d’un comité pluridisciplinaire. Ce comité devrait associer au minimum un psychiatre, un endocrinologue et un psychologue clinicien. Aucun praticien isolé ne devrait pouvoir initier seul un traitement hormonal ou poser une indication chirurgicale. L’évaluation doit être conduite sur une durée suffisante pour identifier les comorbidités psychiatriques fréquemment associées à la dysphorie de genre (troubles dépressifs et anxieux, troubles du spectre autistique, troubles du comportement alimentaire, stress post-traumatique, troubles psychotiques). Ignorer ces troubles

reviendrait à traiter un symptôme sans investiguer les causes, et donc potentiellement se tromper sur la solution à apporter au problème.

Le présent rapport documente largement les effets indésirables et irréversibles pour certains, des traitements médicaux de transition ; le rapport bénéfices / risques relatif à de telles pratiques doit donc être soigneusement étudié avant toute intervention.

Avant tout traitement hormonal ou chirurgical, le patient majeur doit recevoir une information écrite, détaillée et compréhensible, sur les effets indésirables connus, et le caractère irréversible de certaines modifications, notamment sur la fertilité, la fonction sexuelle, et la santé métabolique en général. Un délai de réflexion devrait être respecté entre la délivrance de l’information et le début du traitement.

5.6 Des études sur les causes de la dysphorie de genre doivent être menées

Les cas de dysphorie de genre les plus fréquemment rapportés avant la flambée des années 1970 touchaient quasiment exclusivement des hommes, dont les symptômes étaient persistants depuis la petite enfance.

La dysphorie de genre figure dans le DSM-5, ainsi que dans la CIM-11 sous l’intitulé d’“incongruence de genre” ; elle constitue à ce titre une condition clinique caractérisée, pour laquelle il serait logique de conduire des études dans le but de trouver les causes de cette pathologie, dans une démarche médicale ordinaire, au même titre que pour toute autre pathologie psychiatrique, et ce, dans le but de mieux pouvoir soulager les personnes qui en souffrent.

On sait aujourd’hui qu’il est possible de trouver des marqueurs biologiques relatifs à certaines pathologies psychiques ; cela

aide à leur compréhension, et donc à mieux les soigner. Des études scientifiques devraient être menées relativement à ce sujet : existe-t-il des marqueurs biologiques (hormonaux, génétiques, neuronaux) relatifs à l’apparition de la dysphorie de genre ? Existe-t-il différentes formes cliniques justifiant des prises en charge différenciées ? Et si oui, est-il possible de mener des essais cliniques dans le but d’établir des protocoles de traitement qui permettraient de proposer aux patients des prises en charge qui n’impliqueraient pas de castration ?

Compte tenu du débat relativement tendu autour de cette question, il est important de préciser que cette orientation de recherche n’a rien à voir avec les thérapies de conversion visant l’orientation sexuelle, et l’amalgame entre les deux, relève d’une confusion catégorielle. L’homosexualité n’est

pas pathologique, et n’appelle aucun traitement, tandis que la dysphorie de genre est répertoriée comme condition clinique — les personnes transgenres sont elles-mêmes en demande de soins —, s’accompagne d’une souffrance psychique majeure

et d’un rejet du sexe biologique. Rechercher ses déterminants biologiques relève de la même logique scientifique que la recherche sur les déterminants biologiques d’autres conditions psychiatriques associées à une perception altérée du réel.

5.7 Des prises en charge spécifiques pour les personnes ayant détransitionné, ou regrettant leur transition médicale, doivent être mises en place

Les personnes ayant détransitionné devraient être reconnues comme une catégorie de patients à part entière. Lorsqu’une ablation des gonades a été pratiquée, ou lorsque des hormones ont été administrées sur un laps de temps important, ces

personnes resteront des patients à vie, et auront *a minima* besoin d’un suivi endocrinologique, et certainement aussi psychologique, adapté.

5.8 Des sanctions doivent être appliquées aux médecins qui administrent des traitements aux effets potentiellement handicapants à des personnes en situation de grande vulnérabilité.

Plutôt que d’exiger des patients la preuve, *a posteriori* et souvent impossible à apporter, d’un consentement altéré au moment du traitement, les législations nationales devraient renverser la charge de la preuve, et pour chaque cas, il devrait appartenir au praticien d’établir la preuve de la capacité de la personne à consentir pleinement lors de l’administration de traitements aux effets irréversibles.

Le présent rapport documente plusieurs situations dans lesquelles des traitements hormonaux ou des interventions chirurgicales irréversibles ont été administrés sans évaluation diagnostique sérieuse et sans information complète sur les conséquences à long terme.

5.9 Chaque pays devrait s’outiller d’une politique de santé nationale claire, dans l’intérêt des patients comme des médecins

Afin d’éviter les dérives, et que les pratiques des médecins soient conditionnées à leur “libre appréciation”, les transitions médicales doivent être encadrées par des protocoles de santé nationaux clairs et toujours basés sur des approches

pluridisciplinaires, d’autant plus que sur ce sujet de santé, des revendications militantes, ainsi qu’une certaine forme de pression sociale, peut être exercée à l’encontre du corps médical.

5.10 Les institutions publiques européennes et nationales doivent garantir la transparence de leurs interactions avec les organisations militantes du champ trans

Le présent rapport documente le rôle joué par certaines organisations, et particulièrement la WPATH et l’EPATH, dans la production de standards de soins qui font autorité dans les pays de l’Union Européenne.

Le présent rapport démontre clairement que ces organisations, au fil des années, sont devenues de plus en plus militantes, mêlant recommandations sanitaires et revendications communautaires. Elles produisent un travail militant, dont le but est de normaliser les transitions de genre. Elles ne doivent pas être considérées comme neutres.

Lorsque des personnes en lien avec ces associations, siégeant au sein de ces associations, ou bien ayant des conflits d’intérêts, par exemple avec des laboratoires commercialisant des médicaments utilisés dans le cadre des transitions, sont intégrées à des comités de réflexion ou de rédaction dans des structures dont le but est d’élaborer des recommandations sanitaires nationales (par exemple la HAS en France), cela devrait être rendu public.





newdirection.online @ndconservatism

New Direction is registered in Belgium as a not-for-profit organisation and is partly funded by the European Parliament.
The European Parliament and New Direction assume no responsibility for the opinions expressed in this publication. Sole liability rests with the author.