

Pour la protection de nos jeunes – Permettre l'accès aux meilleurs soins en matière de dysphorie du genre

Novembre 2020

MÉMOIRE **Collectif de parents**

Nous sommes un collectif de parents d'enfants inscrits actuellement dans le système scolaire québécois, qui intervenons occasionnellement, notamment pour défendre notre droit d'assurer l'éducation morale de nos enfants, en vertu de l'article 41 de la Charte des droits et liberté de la personne.

Nous sommes, en particulier, intervenus pour une école publique laïque, et nous avons soumis un mémoire dans le cadre de la refonte du cours d'Éthique et culture religieuse.

Nous demandons ici au législateur de prendre en compte nos demandes en matière d'approches thérapeutiques pour nos enfants.

Parents signataires :

- Nadia El-Mabrouk¹, Commission scolaire de Montréal (CSDM)²
- Mélanie Audet, Centre de services scolaire des Samares (CSS)
- Stéphanie Baron, CSDM
- Marie-Élaine Boucher, Centre des services scolaires des Affluents (CSA)
- Caroline Boucher, CSA
- Pierre Brossard, CSDM
- Cochise Brunet-Trait, Commission scolaire des trois lacs (CSTL)
- Marzena Bryjka, Centre de services Marguerite-Bourgeois (CSMB)
- Dominique Caron, Commission scolaire de l'Énergie (CSE)
- Sébastien Chabot, Commission scolaire des Phares (CSDP)
- Christine Delisle, Commission scolaire des Patriotes (CSSP)
- Philippe Dujardin, CSDM
- François Dugré, CSSP
- Milène Girard, Commission scolaire Lac-Saint-Jean Est (CSLSJ)
- Frédéric Lacroix, Commission scolaire de la Capitale (CSC)
- Christine Lauzon, Commission scolaire de la Vallée des Tisserands (CSVT)
- Yann Ménard, CSDM
- Caroline Morgan, Commission scolaire Marie Victorin (CSMV)
- Guillaume Paradis, CSSP
- Olivia Pelka, CSS
- Ginette Pelletier, Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île (CSPI)
- Bertrand Plante, Comm. scolaire des Premières Seigneuries (CSDPS)

¹ Pour information : Nadia El-Mabrouk, Professeure, département d'informatique (DIRO), Université de Montréal, pavillon André-Aisenstadt, case postale 6128, succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, H3C 3J7 ; courriel : mabrouk@iro.umontreal.ca

² Il nous a paru approprié de nous identifier par les commissions scolaires de nos enfants, aujourd'hui des centres de service, afin de donner une idée de la localisation des parents, sans stigmatiser l'école.

- Sylvain Plourde, CSPI
- Christian Sabourin, CSDM
- Benoît Séguin, CSS
- Clémence Trilling, CSDM

Note : Certains parents ayant des enfants s'identifiant comme transgenre et ayant contribué à la rédaction de ce mémoire ont préféré ne pas signer, craignant d'être victimes d'intimidation et de menaces. Nous tenons à attirer l'attention des parlementaires sur cette situation, qui mine le débat public, et qui empêche de prendre les meilleures décisions pour l'intérêt de nos enfants.

Table des matières

Résumé	5
Introduction	7
1. Portée du projet de loi	8
1.1 Définitions	8
1.2 Interprétations de la loi et conséquences sur le traitement de la dysphorie du genre 11	
1.3 Ingérence dans le domaine des pratiques cliniques	13
1.4 Orientation sexuelle et identité de genre – de malheureux amalgames	14
2. Le contexte médical	17
2.1 Explosion du nombre de cas de dysphorie du genre	17
2.2 Effet des thérapies dites « affirmatives »	18
2.3 Questionner le « consentement éclairé » de l'enfant	20
2.4 Intimidation et pressions idéologiques	22
2.5 Les plaintes	25
Conclusion	26
Liste des recommandations	29

Résumé

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

Notre collectif est en accord avec l'esprit du PL-70 qui vise à interdire les « thérapies de conversion », dont l'objectif serait de vouloir changer l'orientation sexuelle des personnes. Cependant, en raison de l'inclusion des concepts d'identité de genre et d'expression de genre dans le texte du projet de loi, nous voulons nous assurer qu'il n'entraînera pas la perte de services essentiels pour traiter les jeunes souffrant de dysphorie du genre.

Notre crainte est que, en raison de sa formulation, le projet de loi favorise indûment les « thérapies affirmatives » actuellement en vogue, fréquemment accompagnées d'une médicalisation invasive et précoce des enfants, au détriment des approches de psychothérapie exploratoire, basées sur le principe de précaution.

La littérature scientifique est très claire à l'effet qu'une proportion significative (entre 60 % et 90 %, selon les études) des enfants qui refusent de s'identifier à leur sexe biologique se réconcilient avec celui-ci à l'adolescence. De plus, un grand nombre d'entre eux se révèlent être homosexuels ou lesbiennes. Il est essentiel, dans ce contexte, que l'approche prudente préconisant une période d'attente vigilante, à tout le moins jusqu'à l'âge adulte, soit protégée.

Notre craignons, en raison du climat social actuel, que cette loi décourage des psychologues compétents, qui privilégient l'acceptation de soi via une approche exploratoire neutre, de traiter des jeunes s'identifiant comme trans, de peur d'être accusés de pratiquer de la thérapie de conversion. De plus, notamment en raison du haut taux de comorbidité observé chez les adolescents s'identifiant comme trans (anxiété, dépression ou autisme), nous contestons la conception selon laquelle ces jeunes seraient en mesure d'émettre un consentement éclairé à un traitement invasif qui aura des répercussions médicales sérieuses tout au long de leur vie.

Finalement, nous déplorons les attaques *ad hominem* dissociées de la réalité, la plus fréquente étant l'accusation de « transphobie », dont sont victimes les

parents, les professionnels de la santé et les « détransitionneurs »³ qui questionnent le concept d'identité de genre et les thérapies affirmatives, ce qui contribue à museler le débat, au détriment du bien-être de nos enfants.

³ Terme utilisé pour désigner les personnes ayant suivi une transition et qui ensuite le regrettent.

***Attention à nos enfants,
C'est peut-être le vôtre.***

Introduction

L'orientation sexuelle ne relève ni du trouble de la personnalité ni d'une maladie mentale, et toute démarche thérapeutique visant à y remédier relève de la pseudoscience, porte atteinte à la dignité de la personne, en plus d'être inefficace. Bien qu'à notre connaissance aucun thérapeute agréé au Canada n'intègre dans sa pratique une telle approche de conversion, certains groupes religieux rigoristes continuent à le faire. Nous comprenons que le projet de loi vise à interdire de telles pratiques, et nous approuvons cette partie du projet de loi.

Cependant, nous nous inquiétons des mauvaises interprétations qui peuvent découler de l'introduction de l'identité de genre et de l'expression de genre dans la définition de « thérapies de conversion ». Nous craignons que, de par sa formulation, le projet de loi n'intervienne dans un débat médical qui divise à l'heure actuelle les professionnels de la santé sur la meilleure façon de traiter la dysphorie du genre (souffrance entraînée par un sentiment d'inadéquation avec le sexe biologique), et que la conséquence soit de pénaliser, contre toute logique, l'approche thérapeutique la moins invasive, celle basée sur le principe de précaution.

Nous craignons que le PL-70 ait pour conséquence de favoriser l'approche affirmative débouchant fréquemment sur la médicalisation des enfants dès qu'ils expriment une discordance avec leur sexe biologique, en leur administrant des bloqueurs de croissance, hormones de l'autre sexe, pour aboutir bien souvent à des interventions chirurgicales particulièrement invasives (ablation des seins, des testicules, du vagin, implantations mammaires, etc.). De plus, une fois le traitement hormonal commencé, il se poursuit généralement toute la vie parce que l'enfant est trop engagé dans le processus pour reculer. L'enfant initialement en bonne santé physique devient un patient à vie.

Ces thérapies nécessitent d'adhérer à la perspective selon laquelle les enfants auraient la compétence de s'autodiagnostiquer dès le plus jeune âge. Notre collectif de parents questionne le fait qu'un enfant puisse consentir, de façon éclairée, à un traitement hormonal intensif, dont les effets secondaires sont loin d'être anodins (risques sur le développement du cerveau, ostéoporose, cancer, stérilité, pertes des fonctions sexuelles, etc.). Le consentement éclairé des enfants

est encore plus douteux quand les statistiques démontrent un taux élevé de facteurs de comorbidité (autisme, santé mentale, dépression, etc.) chez les enfants qui consultent les cliniques du genre.

Dans ce mémoire, nous exposons les raisons de nos craintes face à la formulation du projet de loi, et nous proposons des façons de clarifier les concepts. Nos propositions d'amendement vont dans le sens de l'esprit du projet de loi qui est de protéger les personnes contre des pressions indues de la part du milieu médical, mais également scolaire, communautaire, et plus largement des pressions sociales. En l'occurrence, elles visent à s'assurer que nos enfants seront protégés contre des pressions les menant vers une médicalisation rapide et invasive ayant une incidence majeure sur toute leur vie.

1. Portée du projet de loi

Le PL-70 stipule que (article 2) : « *Toute thérapie de conversion est présumée porter atteinte au droit à l'intégrité et à la dignité de la personne qui la suit.* »

Par conséquent, l'objectif de la loi énoncée à son article 1 est de « *protéger les personnes contre les préjudices occasionnés par les thérapies de conversion* ».

Pour ce faire, l'article 4 modifie le Code des professions par l'insertion de l'article 59.1.2. stipulant que le fait pour un professionnel de dispenser une thérapie de conversion constitue un acte dérogatoire à la dignité de sa profession.

Toute l'interprétation de la loi repose donc sur la définition considérée de « thérapie de conversion ».

1.1 Définitions

La définition donnée à l'article 1 du PL-70, ainsi qu'à l'article 59.1.2. inséré dans le Code des professions est la suivante⁴ :

*« On entend par « thérapie de conversion » toute pratique ayant pour but d'amener une personne à changer **son orientation sexuelle, son identité de genre ou son expression de genre.***

⁴ Souligné par nous.

Est cependant exclu tout traitement médical ou intervention chirurgicale destiné à changer le sexe d'une personne ainsi que l'accompagnement requis à cette fin. Est également exclu l'accompagnement d'une personne dans le cadre de sa démarche d'acceptation de son orientation sexuelle, de son identité de genre ou de son expression de genre. »

La confusion provient de l'amalgame qui est fait entre orientation sexuelle et identité et expression de genre.

L'orientation sexuelle désigne l'attraction durable qu'a une personne pour une personne du même sexe, de l'autre sexe ou des deux sexes. Par exemple l'homosexualité est définie dans le dictionnaire de l'Office québécois de la langue française (OQFL) comme se disant d'une personne « attirée sexuellement ou émotionnellement par les personnes de même sexe qu'elle. » Vouloir convertir une personne homosexuelle en une personne hétérosexuelle consiste donc à vouloir « soigner » cette attirance sexuelle pour l'autre sexe. Or, l'orientation sexuelle n'est ni une maladie ni un trouble mental. Dans la mesure où une thérapie de conversion vise à s'immiscer dans la vie intime de la personne, il s'agit bien là d'un acte « *qui porte atteinte* au droit à l'intégrité et à la dignité de la personne », comme stipulé dans le projet de loi.

Cependant, la notion de « conversion de l'identité de genre et de l'expression de genre » est loin d'être aussi claire. Les concepts d'identité de genre et d'expression de genre ne sont pas définis dans ce projet de loi. À quelle définition devrions-nous nous référer ? Ces concepts ne sont d'ailleurs définis dans aucune autre loi québécoise ou fédérale, ni même dans la loi fédérale (connue sous le nom de loi C-16) ayant permis d'inclure l'identité de genre et l'expression de genre comme motif illicite de discrimination. Les définitions que l'on retrouve sur le site du ministère de la Justice canadienne⁵ sont les suivantes :

- La notion d'identité de genre fait référence à **l'expérience intérieure** et personnelle que chaque personne a de son genre. Il s'agit du **sentiment d'être une femme, un homme, les deux, ni l'un ni l'autre, ou d'être à un autre point dans le continuum des genres.**
- L'expression de genre est la manière dont une personne exprime ouvertement son **genre**. Cela peut inclure **ses comportements et son apparence**, comme ses choix vestimentaires, sa coiffure, le port de maquillage, son langage corporel et sa voix.

⁵ <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/pl/identite-identity/apropos-about.html> Ces définitions semblent être données à titre indicatif seulement, n'ayant pas encore été confirmées par la jurisprudence.

Le dictionnaire de l'OQLF définit, quant à lui, comme ceci le concept de **genre** :

Ensemble de représentations partagées par la majorité des membres d'une société de ce que sont l'identité et le rôle des personnes selon leur sexe, dans un continuum, et qui sont influencées par des stéréotypes liés à la perception des différences physiques, psychologiques, culturelles et comportementales entre les hommes, les femmes et les personnes non-binaires.

Ainsi, ce sont des concepts liés à des normes sociales, qui varient avec l'évolution de ces normes, notamment avec les avancées des luttes féministes contre les stéréotypes sexuels.

Comment, dès lors, interpréter le concept de « thérapie de conversion » de l'identité de genre ou de l'expression de genre qui serait pénalisé par la loi?

En fait, les thérapies liées au genre renvoient au concept de dysphorie du genre (DG), un diagnostic de santé mentale défini dans le DSM-5⁶ de la façon suivante :

***dysphorie de genre** implique une divergence importante entre le sexe anatomique d'une personne et son sentiment profond et persistant d'appartenir à un genre masculin, féminin, mixte, neutre ou autre (identité sexuelle). Ce sentiment de divergence est responsable d'une souffrance importante pour la personne ou nuit considérablement à sa capacité à fonctionner. Le transsexualisme représente la forme la plus extrême de dysphorie de genre.*

À l'heure actuelle, deux approches sont pratiquées et reconnues par les professionnels de la santé pour traiter les enfants qui souffrent de la DG:

(1) **Les psychothérapies exploratoires**, aussi désignées par l'appellation « thérapies d'attente vigilante », qui consistent à offrir à l'enfant un encadrement psychothérapeutique, parfois soutenu sur plusieurs années, qui l'aideront à découvrir les causes de son mal-être, sans jamais toutefois exclure la possibilité de recourir ensuite à une intervention médicale. Cette approche, basée sur le

⁶ <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-mentaux/sexualit%C3%A9-et-troubles-sexuels/dysphorie-de-genre-et-transsexualisme>

principe de précaution, tient compte du fait que 60 à 90 % des enfants souffrant de DG se réconcilient avec leur sexe biologique après l'adolescence^{7,8,9}.

(2) **Les thérapies dites « affirmatives »** qui consistent à accepter l'identification ou l'autodiagnostic des enfants dès qu'ils expriment une discordance avec leur sexe biologique. Outre la transition sociale, cela peut rapidement déboucher sur l'administration de bloqueurs de croissance, d'hormones de l'autre sexe, pour aboutir bien souvent à des interventions chirurgicales particulièrement invasives (ablation des seins, des testicules, du vagin, implantations mammaires, etc.).

Nous craignons que, par sa formulation, le projet de loi ne mène à pénaliser l'approche basée sur le principe de précaution.

En effet, le projet de loi mentionne qu'est exclu de la définition de thérapies de conversion « tout traitement médical ou intervention chirurgicale destiné à changer le sexe d'une personne ainsi que l'accompagnement requis à cette fin ». Nous comprenons donc que le projet de loi ne vise pas l'approche affirmative.

Les thérapies d'attente vigilante pourraient-elles être pénalisées? En l'absence d'une formulation claire rejetant explicitement cette interprétation, nous craignons grandement que ce projet de loi n'intervienne dans un débat médical qui divise à l'heure actuelle les professionnels de la santé, et que la conséquence soit, contre toute logique, de pénaliser l'approche basée sur le principe de précaution, et à l'inverse, d'encourager une médicalisation invasive, dès le plus jeune âge.

Nous recommandons au gouvernement de s'abstenir d'intervenir dans un débat médical sur la meilleure approche pour traiter la dysphorie du genre.

1.2 Interprétations de la loi et conséquences sur le traitement de la dysphorie du genre

⁷ Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry* 2016; 28: 13–20.

⁸ Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. A critical commentary on "A critical commentary on follow-up studies and 'desistence' theories about transgender and gender non-conforming children". *Int J Transgenderism* 2018; 19: 225–30.

⁹ Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of genderdysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 1413–23.

Le projet de loi mentionne :

« Est également exclu [de la définition de thérapie de conversion] l'accompagnement d'une personne dans le cadre de sa démarche d'acceptation de son orientation sexuelle, de son identité de genre ou de son expression de genre. »

Cet article peut être compris de différentes façons. Prenons quelques situations concrètes (certaines inspirées de¹⁰) :

- Au cours d'une séance de psychanalyse, un patient dit : « Je ne veux pas être une fille, je veux être un garçon ». Le psychiatre pourra-t-il explorer cette question dans le cadre de la psychanalyse ou devra-t-il éviter de poursuivre la discussion sur le sujet ? L'exploration des causes qui mènent le patient à se dire de l'autre sexe est-il considéré comme un accompagnement dans le cadre de l'acceptation de son identité de genre ?
- Une patiente anorexique est confiée à un psychiatre car elle est en détresse en raison de la grosseur de ses seins et demande une mastectomie bilatérale. Elle veut une « poitrine de garçon ». Le psychiatre devrait-il explorer la dysphorie de genre dans le contexte du faible poids corporel du patient, ou est-ce que, à partir du moment où le patient affirme vouloir être un garçon, il doit nécessairement être orienté vers une chirurgie ?
- Un psychologue est chargé d'évaluer une fillette de neuf ans pour un TDAH. Au cours de l'évaluation, l'enfant dit : « Je pense que je suis un garçon. » Le psychiatre doit-il demander « Pourquoi penses-tu être un garçon ? » Une telle question est-elle considérée, ou non, comme un accompagnement dans le cadre de l'acceptation de l'identité de genre ?
- Un patient change d'avis à propos de sa transition médicale et demande à son médecin de l'aider à « détransitionner ». Est-ce que le médecin pourrait être accusé de pratiquer une « thérapie de conversion » ?

Bien entendu, des thérapies utilisant des tactiques coercitives pour forcer une personne à changer son identité ou son expression de genre n'ont pas leur place dans le système de santé. Cependant, tel que formulé, le projet de loi risque d'interférer dans les pratiques thérapeutiques et limiter l'accès aux familles à des pratiques cliniques agréées et reconnues par le corps médical.

Nous voulons attirer l'attention du législateur sur le fait qu'il s'agit là de protéger tous nos enfants, et non pas quelques enfants que l'on étiquette « enfants trans ».

¹⁰ Griffin, L., Clyde, K., Byng, R., & Bewley, S. (2020). Sex, gender and gender identity: A re-evaluation of the evidence. *BJPsych Bulletin*, 1-9. doi:10.1192/bjb.2020.73

Il n'existe d'ailleurs aucun test objectif permettant de diagnostiquer un « vrai transgenrisme » chez un enfant¹¹. Dans les faits, les enfants présentant une dysphorie du genre ne présentent plus cette condition dans 61 % à 98 % des cas à l'âge adulte¹².

Tous les enfants, adolescents et jeunes adultes sont susceptibles de passer, au cours de leur développement psychique, par des phases d'instabilité et de questionnement par rapport à leur identité, notamment leur identité de genre. Émilie Dubreuil¹³ rapporte qu'à l'unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital de Montréal pour enfants, de 20 % à 30 % des adolescents qui y sont admis pour un problème de santé mentale (dépression, pensées suicidaires, etc.) se questionnent par rapport à leur genre. À l'automne 2018, c'était un patient sur deux. C'est donc dire que tous les parents sont concernés.

1.3 Ingérence dans le domaine des pratiques cliniques

Le paragraphe du PL-70 mentionné à la section précédente s'apparente à celui qui apparaît dans la loi similaire adoptée en 2015 en Ontario visant à interdire les « thérapies réparatrices » de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre¹⁴. Cette loi mentionne que sont exclus des traitements interdits :

*services that provide acceptance, support or under-standing of a person or the facilitation of a person's coping, social support or identity exploration or development.*¹⁵

Cela semble protéger les approches développementales et de psychothérapies exploratoires. Pourtant, comme le mentionne le professeur Kenneth J. Zucker, spécialiste international de la dysphorie du genre chez l'enfant dans une entrevue radio récente, cette interdiction n'a pas empêché d'exercer de la pression sur les thérapeutes :

¹¹ Michael K Laidlaw, Quentin L Van Meter, Paul W Hruz, Andre Van Mol, William J Malone, Letter to the Editor: "Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline", *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 104, Issue 3, March 2019, Pages 686–687, <https://doi.org/10.1210/ic.2018-01925>

¹² Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):13–20.

¹³ <https://ici.radio-canada.ca/info/2019/05/transgenre-sexe-detransitionneurs-transition-identite-genre-orientation/>

¹⁴ <https://www.ola.org/en/legislative-business/bills/parliament-41/session-1/bill-77>

¹⁵ La traduction française du projet de loi étant mauvaise, nous avons préféré citer la version anglaise.

This legislation has been successful in frightening clinicians away from wanting to work with families and young children who may be struggling with their gender identity.¹⁶

Dr Zucker n'est pas le seul à se dire inquiet des conséquences de telles lois sur les pratiques cliniques. Dans un article récent¹⁷, les auteurs se disent inquiets de la fausse dichotomie établie entre « thérapies affirmatives » et « thérapies de conversions », qui aurait un effet dissuasif sur les psychothérapeutes de traiter la DG. La conséquence est de rendre plus difficile l'accès à des soins de santé mentale de qualité pour les patients à la recherche de solutions non médicalisées à leur détresse.

We call on the scientific community to resist the stigmatization of psychotherapy for GD [Gender Dysphoria] and to support rigorous outcome research investigating the effectiveness of various psychological treatments aimed at ameliorating or resolving GD.¹⁸

Ainsi, afin de ne pas risquer d'interférer dans les pratiques cliniques, le projet de loi doit spécifier clairement que les psychothérapies exploratoires de traitement de la DG sont également exclues du projet de loi.

Nous recommandons de rajouter l'exclusion suivante à la définition de thérapie de conversion : « Est également exclues les pratiques cliniques agréées se basant sur une approche développementale ou une approche de psychothérapie exploratoire de la dysphorie du genre ».

1.4 Orientation sexuelle et identité de genre – de malheureux amalgames

Bien qu'il soit légitime de considérer l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression de genre, comme des concepts reliés lorsqu'il s'agit de lois visant à lutter contre la discrimination et les discours haineux, ces notions ne peuvent être

¹⁶ <https://omny.fm/shows/danielle-smith/gender-dysphoria>

¹⁷ D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S. *et al.* One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav* (2020). <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>

¹⁸ Ibid

considérées ensemble dans le cadre d'une loi comme celle-ci, visant des approches thérapeutiques. En effet, contrairement à l'orientation sexuelle, la DG est un diagnostic de santé mentale qui peut nécessiter une thérapie. Dans ce contexte, il est intéressant de souligner que le Collège royal des psychiatres du Royaume-Uni a signé, en 2015, la première version du *Mémorandum d'accord sur la conversion (Memorandum of Understanding on Conversion)* interdisant les thérapies de conversion car il faisait référence à l'homosexualité, mais a refusé de signer la deuxième version, celle de 2017, car la définition avait été élargie pour inclure les personnes transgenres¹⁹.

De plus, il faut noter que les études scientifiques rapportant les méfaits et les taux d'échec des thérapies de conversion, ou « thérapies réparatrices », ne concernent que les tentatives de conversion de l'orientation sexuelle – spécifiquement, l'orientation sexuelle des adultes. Aucune étude scientifique ne concerne la conversion de l'identité ou de l'expression de genre²⁰.

S'il y a cependant un lien à faire entre les thérapies de conversion de l'orientation sexuelle et l'identité de genre, c'est bien que, de nos jours, certains jeunes semblent avoir plus de facilité à s'identifier comme transgenre qu'à accepter leur homosexualité. Les chercheurs se demandent si le fait de s'identifier comme trans soit devenu un statut social plus valorisé que celui de s'identifier comme gai ou lesbienne dans certains milieux de jeunes, ce qui expliquerait l'augmentation particulièrement spectaculaire observée chez les adolescentes dans la cohorte de 2008-2011²¹.

*Another parameter that has struck us as clinically important is that a number of youth comment that in some ways, it is easier to be trans than to be gay or lesbian.*²²

Par exemple, à la clinique *Tavistock and Portman NHS Foundation Trust*, qui héberge la "Gender Identity Clinic" (GID) du ministère de la Santé de Grande-Bretagne, seulement 8,5 % des femmes référées à la clinique se décrivent comme

¹⁹ Evans, M. (2020). Freedom to think: The need for thorough assessment and treatment of gender dysphoric children. *BJPsych Bulletin*, 1-5. doi:10.1192/bjb.2020.72

²⁰ <http://gdworkinggroup.org/2018/10/18/american-academy-of-pediatrics-policy-and-trans-kids-fact-checking/>

²¹ Wood, H. et al. (2015). Patterns of Referral to a Gender Identity Service for Children and Adolescents (1976-2011): Age, Sex Ratio, and Sexual Orientation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39:1, 1-6, DOI: 10.1080/0092623X.2012.675022.

²² Ibid

étant principalement attirées par les garçons. Cela soulève d'importantes questions sur l'acceptation sociétale des jeunes lesbiennes au sein même de la culture LGBTQ²³, ou sur la confusion entre l'inconfort ressenti en raison de la non-conformité à des stéréotypes de genre et « être trans ».

Le lien entre dysphorie de genre et homosexualité inquiète²⁴. Il pourrait s'avérer que le processus de transition médicale pour changer de sexe puisse être considéré comme une autre forme de thérapie de conversion qui transforme certains jeunes homosexuels ou lesbiennes en hétérosexuels. Le 8 avril 2019, le *Times* de Londres publiait d'ailleurs un article s'intitulant : « **Ça ressemble à des thérapies de conversion pour enfants gais, disent des médecins.** » (*It feels like conversion therapy for gay children, say clinicians.*)

Plusieurs témoignages dans un reportage de Radio-Canada réalisé par Émilie Dubreuil²⁵ illustrent ce propos. En particulier, voici un passage qui relate l'expérience de Jay, un jeune homosexuel qui a décidé de transitionner après avoir découvert le mouvement trans :

Dans une clinique militante en matière de droits des trans et qui pratique l'approche de « consentement éclairé », on exauce rapidement le vœu de Jay, qui commence un traitement hormonal [...]. Et puis le médecin qui le traite lui offre de passer à une autre étape : il subit l'ablation des testicules. Et là, rien ne va plus. Tout d'un coup, Jay n'est plus capable d'éjaculer. Ce problème va déclencher de l'anxiété et une grosse remise en question. Il sombre dans une dépression profonde et entreprend une thérapie.

Chez son psychologue, Jay se rend compte qu'il a pris une mauvaise route. « J'étais gai et je ne l'acceptais pas. C'était aussi simple que ça. Je n'ai jamais été une femme. J'ai voulu me faire croire et j'ai fait croire à tout le monde que j'étais une femme parce que l'idée de changer de peau quand on n'est pas bien dans la sienne est tellement séduisante! »

« Pourquoi personne ne m'a aidé à m'accepter comme un homme gai efféminé? »

Pour toutes ces raisons et celles mentionnées plus haut, et afin d'éviter toute ambiguïté :

²³ Griffin, L., Clyde, K., Byng, R., & Bewley, S. (2020). Sex, gender and gender identity: A re-evaluation of the evidence. *BJPsych Bulletin*, 1-9. doi:10.1192/bjb.2020.73

²⁴ <https://ici.radio-canada.ca/info/2019/05/transgenre-sexe-detransitionneurs-transition-identite-genre-orientation/>

²⁵ Ibid

Nous recommandons de supprimer la mention de l'identité de genre et de l'expression de genre de la définition de « thérapies de conversion », ou sinon de bien séparer les articles de loi référant aux notions d'orientation sexuelle de ceux référant à l'identité de genre, et de clairement définir ce qui est entendu par « thérapies de conversion de l'identité et de l'expression de genre ».

2. Le contexte médical

2.1 Explosion du nombre de cas de dysphorie du genre

Depuis une dizaine d'années, on observe l'apparition d'un phénomène nouveau, celui d'une explosion du nombre d'adolescents et de jeunes adultes, — principalement des filles n'ayant manifesté aucun symptôme de dysphorie du genre plus jeunes —, qui s'identifient comme transgenre à l'adolescence.

Une étude basée sur des témoignages de parents²⁶, qui a fait couler beaucoup d'encre²⁷, désigne ce phénomène par l'appellation « dysphorie de genre à déclenchement rapide » (Rapid-Onset" Gender Dysphoria)²⁸. Cette dernière serait, entre autres, causée par une certaine contagion sociale, notamment par une contagion par les pairs, un processus par lequel un individu et les pairs s'influencent mutuellement d'une manière qui favorise les émotions et les comportements qui peuvent potentiellement avoir des effets négatifs sur leur développement. Il est à noter que la contagion par les pairs est un phénomène

²⁶ Littman L. Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. PLoS One. 2019;14(3):e0214157. Published 2019 Mar 19.

doi:10.1371/journal.pone.0214157

²⁷ L'article publié en août 2018 dans le magazine *PLOS One* s'était attiré les foudres de chercheurs et d'activistes trans, parce qu'il se base sur des témoignages de parents. Il a été republié après révision et réévaluation par les pairs. Le travail de réécriture de l'article a été mineur, rien n'a changé sur le fond.

²⁸ Cette désignation a été utilisée pour mettre en relief le fait que la population visée se distingue des groupes précédemment documentés, soit des enfants prépubères (qui relèvent de la catégorie *early-onset*) et des adultes (qui relèvent de la catégorie *late-onset*).

documenté qui joue un rôle dans le cas des troubles de l'alimentation comme l'anorexie.

Par ailleurs, plusieurs universitaires et cliniciens interrogent le rôle des médias sociaux dans le développement de ce type de DG²⁹. En effet, au cours de la dernière décennie, les questions sur le transgenrisme et la transition ont acquis une grande visibilité dans les médias sociaux et contenus en ligne. Les chercheurs notent que, d'une part, cette visibilité accrue a permis de donner une voix à des personnes sous-diagnostiquées et ignorées dans le passé. En revanche, il est fort probable que ce contenu en ligne ait pu également avoir l'effet d'inciter des personnes vulnérables à croire que des symptômes non spécifiques et des sentiments vagues de confusion devaient être associés à un diagnostic de DG.

Le « Rapid-Onset” Gender Dysphoria » est un phénomène encore très peu étudié. Par exemple, les chercheurs ont peu d'information sur les taux de persistance ou de désistement de ces adolescents et jeunes adultes. Le professeur Kenneth J. Zucker³⁰ note un besoin urgent de données systématiques sur ce nouveau phénomène, afin d'orienter les meilleures pratiques cliniques. En attendant d'en savoir plus, Zucker insiste sur le fait que la prudence est de mise avant de prescrire une médication invasive.

2.2 Effet des thérapies dites « affirmatives »

Jesse déplore les effets de la testostérone sur son corps. « J'ai des séquelles importantes autant physiquement que mentalement. Aujourd'hui, cette idée de changer de corps, qu'on dit progressiste, me semble paradoxalement rétrograde. Il y a de la place dans notre société pour des gens qui ne se conforment pas à leur genre biologique, mais qui peuvent être différents, non binaires, sans prendre des médicaments toute leur vie. »³¹

Même si les thérapies affirmatives sont de plus en plus populaires, elles sont contestées par de nombreux chercheurs, et les cliniques qui les pratiquent

²⁹ Bechard B, VanderLaan DP, Wood H, Wasserman L, Zucker KJ. Psychosocial and psychological vulnerability in adolescents with gender dysphoria: a “proof of principle” study. *J Sex Marital Ther.* 2017; 43(7):678–88. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1232325> PMID: 27598940

³⁰ Zucker, K.J. Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues. *Arch Sex Behav* 48, 1983–1992 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01518-8>

³¹ <https://ici.radio-canada.ca/info/2019/05/transgenre-sexe-detransitionneurs-transition-identite-genre-orientation/>

soulèvent de nombreuses critiques. On leur reproche de ne pas investiguer suffisamment les causes qui pourraient causer la détresse, la dépression, l'anxiété et les souffrances psychologiques des enfants. Elles seraient trop "promptes" à administrer des bloqueurs d'hormones et de la médication dont nombre d'effets à long terme demeurent inconnus ou que l'on sait irréversibles.

Dans le reportage de Radio-Canada³², le père d'un jeune transgenre rapporte que dans une clinique de Montréal, après 20 minutes, une endocrinologue lui a prescrit des bloqueurs de puberté, et que c'est seulement après qu'elle ait eu sa prescription qu'ils ont été dirigés vers un psychologue.

« En moyenne, explique le Dr Montoro, on peut prescrire ces bloqueurs dès l'âge de 11 ou 12 ans pour les filles et de 13 à 14 ans pour les garçons », soit avant de passer aux hormones vers 16 ans, sinon un peu avant. « Les bloqueurs de puberté, ça permet de gagner du temps, que le jeune ne passe pas par la mauvaise puberté. [...] C'est alors plus facile après de faire une transition », dit le spécialiste.³³

Pourtant, les bloqueurs de puberté sont loin d'être sans conséquence. Michael K Laidlaw *et al.*³⁴ expliquent bien que la dysphorie du genre infantile n'est pas une maladie endocrinienne, mais le devient sous l'effet des bloqueurs de puberté et de fortes doses d'hormones sexuelles croisées. L'enfant initialement en bonne santé devient un patient à vie. Les effets secondaires ne sont pas anodins et incluent des risques sur le développement du cerveau³⁵, des risques accrus de cancer et d'ostéoporose, mais surtout des hauts risques de stérilité et de dysfonctionnement sexuel. Certains chercheurs affirment même qu'il faudrait abaisser l'âge minimum des traitements chirurgicaux, justement parce que les organes visés seraient déjà non fonctionnels suite à la prise de bloqueurs, puis d'hormones du sexe opposé.

³² Ibid

³³ Ibid

³⁴ Michael K Laidlaw, Quentin L Van Meter, Paul W Hruz, Andre Van Mol, William J Malone, Letter to the Editor: "Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline", *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 104, Issue 3, March 2019, Pages 686–687, <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01925>, Quentin L Van Meter, Paul W Hruz, Andre Van Mol, William J Malone, Letter to the Editor: "Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline", *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 104, Issue 3, March 2019, Pages 686–687, <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01925>

³⁵ Griffin, L., Clyde, K., Byng, R., & Bewley, S. (2020). Sex, gender and gender identity: A re-evaluation of the evidence. *BJPsych Bulletin*, 1-9. doi:10.1192/bjb.2020.73

Il faut savoir que tous ces médicaments sont prescrits "off-label", autrement dit, en dehors de l'usage pour lequel ils ont été homologués. Ils ont tous des effets secondaires et ne devraient pas être prescrits à des enfants en bonne santé. Par exemple, des analogues de la GnRH, utilisés pour retarder l'apparition anormalement précoce de la puberté, entraînent un affaiblissement du développement normal de la densité osseuse ; l'administration de testostérone à fortes doses chez les femmes entraîne des risques accrus de cancer des ovaires et d'autres anomalies métaboliques ; le risque de thrombose veineuse est multiplié par cinq chez les hommes prenant des œstrogènes.

Michael K Laidlaw *et al.* concluent :

Existing care models based on psychological therapy have been shown to alleviate GD in children, thus avoiding the radical changes and health risks of GAT [Gender Affirmative Therapies]. This is an obvious and preferred therapy, as it does the least harm with the most benefit.

En dehors des complications médicales inhérentes à la prise de médicaments, une critique importante de l'approche affirmative est qu'elle ne permettrait de considérer le problème que sous un seul angle du fonctionnement psychologique, comme si une facette de la personnalité d'un individu pouvait être isolée des autres, ignorant ainsi la relation complexe entre les traumatismes, l'anxiété sociale ou même les turbulences normales inhérentes à l'adolescence³⁶.

2.3 Questionner le « consentement éclairé » de l'enfant

Dans son reportage, Émilie Dubreuil³⁷ rapporte les propos de Johanna Olson-Kennedy, directrice du *Center for Transyouth and Development* de l'hôpital de Los Angeles, qui a publié une étude proposant d'abaisser l'âge pour l'ablation des seins, de 13 ans à 8 ans. « S'ils le regrettent, ils pourront se faire reconstruire des seins plus tard »! Ce propos est révélateur quant au niveau de liberté dont dispose le jeune qui suit une démarche de transition.

Les thérapies affirmatives nécessitent d'adhérer à la perspective selon laquelle les jeunes auraient la compétence de s'autodiagnostiquer dès le plus jeune âge. Or

³⁶ Evans, M. (2020). Freedom to think: The need for thorough assessment and treatment of gender dysphoric children. *BJPsych Bulletin*, 1-5. doi:10.1192/bjb.2020.72

³⁷ <https://ici.radio-canada.ca/info/2019/05/transgenre-sexe-detransitionneurs-transition-identite-genre-orientation/>

un enfant peut-il vraiment consentir, de façon éclairée, à des traitements qui auront des effets sa vie durant ? Nombre d'effets à long terme des bloqueurs de croissance ne sont pas connus, mais l'infertilité semble inévitable lorsque des hormones sexuelles croisées sont introduites. Un enfant prépubère est-il vraiment en mesure de saisir l'impact sur sa vie d'un tel effet secondaire au moment du consentement ?

Est-ce que les patients peuvent prendre une décision basée sur des données probantes ? La réponse est non, selon Dr Carl Heneghan, de l'Université Oxford. La science nous permet pour l'instant d'affirmer bien peu de choses sur les bloqueurs de puberté, sinon qu'ils la bloquent.³⁸

Le consentement éclairé des enfants est encore plus douteux quand les statistiques démontrent un taux élevé de facteurs de comorbidité (autisme, dépression, etc.) chez les enfants qui consultent les cliniques du genre. Par exemple, des études menées dans des cliniques du genre pour enfants et adolescents aux Pays-Bas et en Finlande montrent une prévalence du taux de dépression, de santé mentale, d'anxiété et d'idées suicidaires chez leurs patients^{39,40}. De plus, les troubles du spectre de l'autisme sont systématiquement surreprésentés chez les enfants référés à ces cliniques⁴¹.

Par ailleurs, Littman *et al.*⁴² suggèrent que les cliniciens doivent être prudents avant de s'en remettre entièrement à l'autodiagnostic lorsque les adolescents demandent d'accéder à une transition médicalisée, car ces adolescents ou jeunes adultes n'ont pas de formation de professionnels de la santé. En diagnostiquant leurs propres symptômes en fonction de ce qu'ils lisent sur Internet et de ce que disent leurs amis, ils peuvent aboutir à de mauvaises conclusions. C'est le rôle du clinicien d'effectuer sa propre investigation afin d'évaluer si le patient aurait avantage, ou non, à s'engager dans la voie de la transition. Cela ne veut pas dire

³⁸ Ibid.

³⁹ de Vries ALC, Doreleijers TAH, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52: 1195–202.

⁴⁰ Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työläjärvä M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015; 9(1): 9.

⁴¹ van der Miesen AIR, de Vries ALC, Steensma TD, Hartman CA. Autistic symptoms in children and adolescents with gender dysphoria. *J Autism Dev Disord* 2018; 48: 1537–48.

⁴² Littman L. Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One*. 2019;14(3):e0214157. Published 2019 Mar 19. doi:10.1371/journal.pone.0214157

que les convictions du patient doivent être ignorées, mais qu'une psychothérapie exploratoire est nécessaire afin que ce dernier pousse son questionnement de façon éclairée. Le rôle des parents est également important et leurs connaissances sur leur jeune doivent également être considérées pour émettre un diagnostic éclairé.

L'adolescence est une période d'expérimentation qui suscite inévitablement toutes sortes de confusions, conscientes ou inconscientes, doutes et conflits qui poussent les jeunes à gérer l'anxiété, les troubles psychiques et la douleur à travers l'utilisation de puissantes défenses psychologiques comme le déni ou la projection. Ces jeunes n'ont pas toujours une vision juste de leur condition et de leurs intérêts. Ils ont besoin d'être écoutés et conviés à un questionnement sérieux sur leur identification en tant que trans à la lumière de leurs expériences, croyances et malaises de façon adéquate et neutre, et non pas d'être amenés à considérer la transition comme la seule solution possible à leur mal-être.

2.4 Intimidation et pressions idéologiques

Si on doute, on est automatiquement anti-trans, et remettre la transition médicale en question, c'est perçu comme être en faveur d'une thérapie de conversion pour les homosexuels digne des pires obscurantismes. (Propos de la mère de Florent, un enfant s'identifiant comme Transgenre)⁴³

Les cliniques se spécialisant dans les thérapies affirmatives du genre ont connu une augmentation fulgurante de patients dans les dernières années, en raison notamment du phénomène de « *Rapid Onset Gender Dysphoria* » décrit plus haut. Le *Times* de Londres publié le 17 novembre 2018 note :

*La clinique Tavistock de Londres a signalé une augmentation de 1000 pour cent d'envois à leurs bureaux d'enfants dits « transgenres » au cours des six dernières années. La grande majorité de ces jeunes sont des adolescentes, alors qu'elles représentaient auparavant une infime proportion des cas. Cette course à la sanction médicale d'un sentiment confus d'affirmation de soi **a toutes les caractéristiques d'un scandale en préparation**. En fait, la plupart de ces patientes auto-définies sont*

⁴³ <https://ici.radio-canada.ca/info/2019/05/transgenre-sexe-detransitionneurs-transition-identite-genre-orientation/>

*des jeunes femmes homosexuelles, dont beaucoup souffrent d'autisme, de dépression ou de problèmes d'anxiété. Beaucoup ont subi des agressions sexuelles.*⁴⁴ (souligné par nous)

Il serait urgent de s'inquiéter de ce que le *Times* décrit comme un scandale en préparation. Malheureusement, les investigations sont ralenties, sinon bloquées, par un climat d'intimidation et de pressions politiques.

Marcus Evans, ex-administrateur de la clinique Tavistock qui a remis sa démission après avoir parlé au *Times* de Londres, dénonce le fait que les cliniciens qui y œuvrent n'ont ni le temps ni le soutien nécessaire pour entreprendre une évaluation approfondie des jeunes, et ce en raison de pressions diverses de la part de leurs pairs, de groupes militants pour les droits des trans⁴⁵, des réseaux sociaux, des jeunes et de leurs familles.

Selon lui, l'approche affirmative pratiquée est motivée par une idéologie politique plutôt que par un besoin clinique et inhibe la curiosité du clinicien et sa liberté d'explorer le système de croyances et les motivations sous-jacentes de l'enfant. Pourtant, ces mêmes cliniciens ne se contentent pas d'accepter ou d'« affirmer » un patient souffrant d'anorexie et qui pense être en surpoids à 45 kg et devoir suivre un régime alimentaire. Dans un tel cas, le thérapeute considère qu'il est de son devoir de tenter de comprendre la source de cette croyance, tout en essayant de la convaincre de manger. Mais dans le cas de la DG, les pressions et intimidations diverses, dont les accusations de « transphobie », dissuadent les thérapeutes de procéder à une investigation des causes de la souffrance. Il note:

*This [investigation] is very difficult in the current environment, as the necessary debate and discussion is continually being closed down, either through individuals being prevented from expressing their views or being self-censoring through fear of the accusation of 'transphobia'.*⁴⁶

Au Canada, la Clinique sur l'identité de genre (GIC) de Toronto a été fermée à la suite d'accusations contre son directeur, le Dr Kenneth J. Zucker, de pratiquer des « thérapies de conversion ». Pourtant, Dr. Zucker est une des références académiques les plus connues dans le domaine de la dysphorie du genre chez

⁴⁴ <https://tradfem.wordpress.com/2017/11/13/un-grand-journal-britannique-se-porte-a-la-defense-des-jeunes-contre-les-outrances-du-lobby-transgenre/>

⁴⁵ Il est à noter qu'il y a des personnes trans qui dénoncent le discours tenu par ces organisations, notamment Stonewall.

⁴⁶ Ibid

l'enfant. Le centre avait pour politique d'aider une personne à mieux comprendre les sources de son mal-être avant de recommander des interventions médicales. L'enquête a permis de disculper complètement Dr Zucker⁴⁷.

L'accusation de transphobie est très efficace pour intimider les psychothérapeutes et tous les acteurs de la société osant questionner le bien-fondé des thérapies affirmatives. Elle est également très efficace pour justifier une politique de boycott des psychothérapeutes ne privilégiant pas une approche affirmative.

À notre suggestion d'inviter le Dr Zucker à se prononcer dans le cadre de cette consultation publique sur le PL-70, un député nous a mentionné qu'elle ne serait pas retenue, car le Dr Zucker serait « contesté par la communauté LGBTQ »! **L'intimidation aurait-elle atteint l'enceinte de l'Assemblée nationale?** Les groupes LGBTQ auraient-ils le monopole pour décider du sort des enfants souffrant de dysphorie du genre et bannir du débat public l'un des plus grands experts au Canada et dans le monde en matière de DG ?

Nous sommes sensibles aux revendications de la communauté LGBTQ et nous souhaitons vivement qu'elle s'exprime à ce sujet. Cependant, nous tenons à rappeler que cette dernière n'est pas un bloc homogène et que les associations ne peuvent prétendre représenter que les intérêts de leurs membres actifs, et non ceux de toute la communauté LGBTQ. D'ailleurs, nous souhaitons souligner que la LGB Alliance a été créée par des gais, lesbiennes et bisexuels qui se distancient des organisations plus anciennes et bien subventionnées. Ceci, d'une part, parce qu'ils ont l'impression que ces dernières ne luttent plus pour la reconnaissance de leurs droits comme personnes attirées par les personnes de même sexe et, d'autre part, parce que nombre d'entre eux se reconnaissent dans les enfants qui s'identifient comme trans et estiment qu'on les encourage à transitionner plutôt qu'à s'accepter comme homosexuels.

Aussi, nous croyons qu'il serait préjudiciable de se priver de l'opinion éclairée d'un des plus grands experts sur la question de la DG, pour satisfaire des groupes militants qui ne représentent, de surcroît, qu'une minorité de la communauté LGBTQ.

⁴⁷ Kearns M. The exoneration of Dr. Kenneth Zucker. Nat Rev 2018; 11 Oct.

Nous recommandons au gouvernement de consulter des experts reconnus en traitement de la dysphorie du genre, et notamment d'inviter le Dr Kenneth J. Zucker dans le cadre des consultations publiques sur le PL-70.

2.5 Les plaintes

Dans les pays qui ont été des précurseurs en matière de transition sexuelle, les scandales commencent à éclater. En particulier, un rapport interne rédigé par le chef du personnel de la clinique *Tavistock de Londres* (qui héberge le Service de développement de l'identité de genre (GIDS) le plus important au Royaume-Uni) est plus qu'alarmant. Le Dr David Bell écrit ceci:

*the GIDS service as it now functions [is] not fit for purpose and children's ends are being met in a woeful, inadequate manner and some will live on with the damaging consequences.*⁴⁸

En Suède, le ministère de la Santé a également ordonné une étude pour évaluer les services offerts aux enfants en matière de genre et rédiger des « recommandations fondées sur les données probantes quant à l'utilisation future de ces médicaments ». Ce rapport est très attendu.

Nous recommandons au gouvernement de faire des études indépendantes sur les processus thérapeutiques suivis dans les cliniques affirmatives du genre au Québec, comme le font les gouvernements britannique et suédois.

Par ailleurs, trois plaintes ont été récemment déposées contre la clinique *Tavistock* et le ministère de la Santé de Grande-Bretagne, dont une formulée par une infirmière préoccupée par le fait que la clinique prescrive à de jeunes enfants des « traitements expérimentaux » sans évaluations préalables suffisantes⁴⁹. Les deux autres plaintes sont celle d'une mère d'une jeune fille de 15 ans qui souffre d'autisme, et celle de

⁴⁸ <https://www.theguardian.com/society/2019/feb/23/child-transgender-service-governor-quits-chaos>

⁴⁹ <https://www.dailymail.co.uk/news/article-7857191/Psychiatric-nurse-launches-legal-action-against-NHS-clinic.html>

Keira Bell, une jeune femme de 23 ans qui a « détransitionné » à l'âge adulte. Les avocats font valoir que l'approche du centre est illégale, car on ne peut demander à des enfants de donner leur consentement éclairé pour ce type de traitement, et que les risques potentiels du traitement ne sont pas suffisamment expliqués⁵⁰. Le jugement, qui devrait être rendu très bientôt sur le cas de Keira Bell, pourrait avoir des répercussions importantes sur la façon de traiter la DG en Angleterre.

Contrairement à ce que certains veulent nous faire croire, les cas de personnes ayant transitionné et qui le regrettent à l'âge adulte ne cessent d'augmenter. Les témoignages de jeunes « détransitionneurs » ayant suivi une hormonothérapie ou subi des mutilations et qui mettent en cause leur thérapeute ou le système de santé qui n'a pas su les protéger, se multiplient^{51,52,53}. Il est d'ailleurs à noter qu'un groupe canadien de détransitionneurs⁵⁴ prend position contre le projet de loi C-6 présentement à l'étude, qui est la version fédérale du PL-70, et qui soulève beaucoup de contestations.

C'est dans ce contexte social que le PL-70 doit être considéré. Si rien n'est fait pour préconiser l'approche prudente, et qu'au contraire des actions politiques comme celle-ci — c'est-à-dire qui favorisent une approche affirmative de la DG — sont prises, les politiciens seront responsables des dérives prévisibles et des dommages sur la vie de nos enfants.

Conclusion

Nous demandons instamment à tous les députés de bien mesurer les implications possibles d'une mauvaise interprétation du PL-70. Nous comprenons que l'objectif soit de protéger les individus contre des méthodes coercitives visant à forcer une personne à changer son orientation sexuelle, son identité de genre ou son expression de genre, et nous saluons une telle initiative. Cependant, il ne faudrait pas que la formulation du projet de loi mène à diminuer l'accès des familles à des

⁵⁰ <https://news.sky.com/story/i-should-have-been-told-to-wait-woman-treated-with-hormone-blockers-to-reassign-gender-as-a-teenager-takes-nhs-to-court-12031191>

⁵¹ <https://4thwavenow.com/2016/04/21/in-praise-of-gatekeepers-an-interview-with-a-former-teen-client-of-transactive-gender-center/>

⁵² <https://www.piqueresproject.com/about.html>

⁵³ <https://post-trans.com/>

⁵⁴ <https://detranscanada.com/>

ressources en psychothérapie et santé mentale essentielles pour leurs enfants, au bénéfice d'une approche médicalisée invasive, dont les effets à long terme sont largement inconnus.

L'augmentation fulgurante du nombre de jeunes référés à des cliniques de transition de genre partout en occident a de quoi alarmer. Ce phénomène est encore largement méconnu et les professionnels de la santé sont très divisés⁵⁵ à l'heure actuelle sur la meilleure façon de traiter ces jeunes. Dans ce contexte, il est essentiel d'assurer toutes les conditions pour un débat social serein, des recherches scientifiques objectives et une investigation médicale exhaustive, sans pressions idéologiques ou politiques, afin de permettre d'explorer tous les aspects relatifs à la transidentité, notamment aux effets à long terme des traitements, à la notion de consentement éclairé des enfants, au phénomène de contagion sociale, aux rôles des médias sociaux et aux facteurs de co-morbidité qui accompagnent souvent la DG.

Bien que l'intention du législateur soit noble, nous craignons que les balises politiques qui seront apportées par cette loi ne viennent museler, encore davantage, le débat et qu'elles amènent une pression supplémentaire sur les professionnels de la santé, psychanalystes et psychothérapeutes qui, par peur de se faire accuser de « transphobie », préféreront renoncer à traiter la DG, ce qui aura pour effet de limiter les ressources médicales à la disposition des parents et des enfants.

Les enfants qui souffrent de dysphorie du genre vivent une grande détresse mentale, et doivent pouvoir bénéficier de l'approche la plus appropriée à leur situation particulière. Les statistiques indiquent que bon nombre de ces enfants réalisent à l'adolescence qu'ils sont gais ou lesbiennes. Mais qu'advient-il lorsqu'ils sont dirigés, sans autre forme d'investigation, vers des protocoles de transition? Les vrais gagnants seront les compagnies pharmaceutiques qui pourront bénéficier de la médicalisation à vie d'une cohorte de plus en plus grande d'enfants.

Nous demandons au législateur d'apporter les amendements proposés au PL-70, et de suivre les recommandations de ce mémoire, afin de s'assurer de réellement

⁵⁵ J.J.Vrouenraets et al., *Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study*, *Journal of Adolescent Health*, Volume 57, Issue 4, October 2015, Pages 367-373, [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(15\)00159-7/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00159-7/fulltext)

protéger l'intégrité physique et mentale de nos enfants, tel que l'exige l'esprit de la loi.

Comme le dit le serment d'Hippocrate : Avant tout, ne pas nuire.

Liste des recommandations

1. Nous recommandons au gouvernement de **s'abstenir d'intervenir dans un débat médical** sur la meilleure approche pour traiter la dysphorie du genre.
2. Nous recommandons de **rajouter l'exclusion suivante à la définition de thérapie de conversion** : « Est également exclues les pratiques cliniques agréées se basant sur une approche développementale ou une approche de psychothérapie exploratoire de la dysphorie du genre ».
3. Nous recommandons de **supprimer la mention de l'identité de genre et de l'expression de genre** de la définition de « thérapies de conversion », ou sinon de **bien séparer les articles de loi référant aux notions d'orientation sexuelle de ceux référant à l'identité de genre**, et de **clairement définir ce qui est entendu par « thérapies de conversion de l'identité et de l'expression de genre »**.
4. Nous recommandons au gouvernement de **consulter des experts reconnus en traitement de la dysphorie du genre**, et notamment d'inviter le Dr Kenneth J. Zucker dans le cadre des consultations publiques sur le PL-70.
5. Nous recommandons au gouvernement de **faire des études indépendantes sur les processus thérapeutiques suivis dans les cliniques affirmatives du genre au Québec**, comme le font les gouvernements britannique et suédois.