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

Mémoire dans le cadre du Projet de loi C-6

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 libertés de la personne.

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

Nous avons également déposé un mémoire dans le cadre du projet de loi du Québec 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.*

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 (CSVV)
- Anne Leduc, CSMB
- Yann Ménard, CSDM
- Caroline Morgan, Commission scolaire Marie-Victorin (CSMV)
- Stella Mylonakis, CSMB
- 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)
- 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.

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.

Résumé

Ce mémoire concerne le projet de loi C-6, *Loi modifiant le Code criminel (thérapie de conversion)*. Notre collectif est en accord avec l'esprit du projet de loi 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 du concept d'identité 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 savoir qu'une proportion significative (environ 80 % [1]) 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.

En raison du climat social actuel, nous craignons que cette loi ne décourage des psychologues compétents, qui privilégient l'acceptation de soi par 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 remettent en question 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.

Table des matières

Introduction.....	1
1. Portée du projet de loi.....	1
2. Orientation sexuelle et identité de genre – de malheureux amalgames.....	4
3. Le contexte médical.....	5
3.1 Explosion du nombre de cas de dysphorie du genre.....	5
3.2 Effet des thérapies dites « affirmatives ».....	5
3.3 Questionner le « consentement éclairé » de l'enfant.....	6
3.4 Intimidation et pressions idéologiques.....	7
3.5 Les plaintes.....	8
Conclusion.....	9
Liste des recommandations.....	10
Références.....	11

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 du concept « cisgenre » 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 C-6 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, perte 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 projet de loi C-6 stipule que « les thérapies de conversion causent des préjudices aux personnes qui y sont soumises, plus particulièrement les enfants ». Par conséquent, l'objectif de la loi est de « protéger la dignité humaine et l'égalité des Canadiens et Canadiennes ». Pour ce faire, le Code criminel est modifié pour créer des infractions relatives aux thérapies de conversion.

Toute l'interprétation de la loi repose donc sur la définition considérée de « thérapie de conversion ». La définition insérée dans le Code criminel aux articles 320.101, et 320.102 à 320.106 serait la suivante⁴ :

« conversion therapy means a practice, treatment or service designed to change a person's sexual orientation to heterosexual or gender identity to cisgender, or to repress or reduce nonheterosexual attraction or sexual behaviour. »

La confusion provient du parallèle qui est fait entre orientation sexuelle et identité 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 à « la dignité humaine et l'égalité des Canadiens et Canadiennes », comme stipulé dans le projet de loi.

Pendant, la notion de « conversion de l'identité de genre » est loin d'être aussi claire. Les concepts d'identité de genre et « cisgenre » sont définis de la façon suivante dans le résumé législatif du projet de loi [2] :

***L'identité de genre** est la profonde sensation intérieure et individuelle d'être homme ou femme, ou bien ni homme ni femme. L'identité de genre d'une personne peut correspondre ou non au **genre** habituellement associé au sexe qui lui a été assigné à la naissance [...].*

***Le terme cisgenre** désigne une personne dont l'identité de genre correspond au sexe qui lui a été assigné à la naissance.*

Le sexe n'étant pas « assigné », mais bien « constaté » à la naissance sur une base objective (celle des organes génitaux du bébé), ces définitions nous semblent relever d'une idéologie subjective, n'ayant aucune valeur juridique. Ils sont liés au concept de « genre » qui correspond aux rôles et stéréotypes associés aux concepts de féminité et de masculinité. 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 », qui serait considéré comme une infraction criminelle ?

En fait, les thérapies liées au genre renvoient au concept de **dysphorie du genre (DG)**, un diagnostic de santé mentale défini dans le DSM-5 [3] 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 principe de précaution, tient compte du fait qu'une majorité d'enfants souffrants de DG se réconcilient avec leur sexe biologique après l'adolescence [1,4,5].

⁴ Nous préférons donner la définition en anglais, car la traduction française dans le projet de loi omet de traduire le terme « gender identity ».

(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.

Prenons quelques situations concrètes (certaines inspirées de [6]) :

- Lors 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, de peur d'être accusé de vouloir rendre la personne « cisgenre » ?
- 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. 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 relevant de la conversion 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 ?

La mention, dans le projet de loi, stipulant que sont exclus de la définition de thérapie de conversion « les traitements ou les services qui se rapportent à l'exploration ou à la construction de son [la personne] identité » semble protéger les approches développementales et de psychothérapies exploratoires. Or, comme le mentionne le professeur Kenneth J. Zucker, spécialiste de la dysphorie du genre chez l'enfant, dans une entrevue radio récente [7], cette exclusion n'a pas empêché la loi ontarienne adoptée en 2015 sur les thérapies de conversion, d'exercer de la pression sur les thérapeutes : « 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. »

Par ailleurs, dans un article récent [8], 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 étant 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.

Bien entendu, des thérapies utilisant des tactiques coercitives pour forcer une personne à changer son identité 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 que l'objectif est de protéger tous nos enfants, et pas seulement quelques enfants que l'on étiquetterait « enfants trans ». Il n'existe aucun test objectif permettant de diagnostiquer un « vrai transgenrisme » chez un enfant [9]. Dans les faits, les enfants présentant une dysphorie du genre ne présentent plus cette condition dans 61 % à 98 % des cas à l'âge adulte [1].

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 Dubreuil [10] 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.

Pour toutes ces raisons, nous recommandons au législateur :

- 1. De s'abstenir d'intervenir dans un débat médical sur la meilleure approche pour traiter la dysphorie du genre.**
- 2. 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 ».**

2. 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 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 *Mémoire 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 transgenres [11].

De plus, il est important de noter que les études scientifiques sur les thérapies de conversion, ou « thérapies réparatrices », n'ont pour objet que les tentatives de conversion de l'orientation sexuelle. Aucune étude scientifique ne concerne, ni ne définit, le concept de « conversion de l'identité de genre » [12,13].

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. Ainsi, les chercheurs se demandent si le fait de s'identifier comme trans ne soit désormais plus valorisé que 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 2008-2011⁵.

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 se décrivent comme étant principalement attirées par les garçons. Cela soulève d'importantes questions sur l'acceptation sociétale des jeunes lesbiennes au sein même de la culture LGBTQ [6], 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 inquiète. 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 « ***It feels like conversion therapy for gay children, say clinicians.*** »

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

⁵ « 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 » [14]

Nous recommandons de supprimer la mention de l'identité de genre et de « cisgenre » de la définition de « thérapies de conversion », ou du moins 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 de genre ».

3. Le contexte médical

3.1 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 parents [15], qui a fait couler beaucoup d'encre⁶, désigne ce phénomène par l'appellation « dysphorie de genre à déclenchement rapide » (Rapid-Onset Gender Dysphoria)⁷. Une des hypothèses avancées pour expliquer cette nouvelle forme de dysphorie est qu'elle serait causée par une certaine contagion sociale, notamment 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 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 DG [16]. 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. Zucker [17] 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.

3.2 Effet des thérapies dites « affirmatives »

Même si les thérapies affirmatives sont de plus en plus populaires, elles sont contestées par de nombreux chercheurs, et les cliniques qui les pratiquent soulèvent de nombreuses critiques. On leur reproche de ne pas examiner 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.

⁶ 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.

⁷ Cette désignation a été utilisée pour mettre en relief 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*).

Dans un reportage de Radio-Canada [10], 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 avoir reçu 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. [10]

Pourtant, les bloqueurs de puberté sont loin d'être sans conséquence. Michael K Laidlaw *et al.* [9] expliquent 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 cerveau [6], des risques accrus de cancer et d'ostéoporose, mais surtout de 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 à la suite de la prise de bloqueurs, puis d'hormones du sexe opposé.

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 le seul angle de l'intrapsychique, 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'adolescence [11].

3.3 Questionner le « consentement éclairé » de l'enfant

Dans le reportage de Radio-Canada, Émilie Dubreuil [10] 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 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.[10]

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, d'anxiété et d'idées suicidaires chez leurs patients [18,19]. De plus, les troubles du spectre de l'autisme sont systématiquement surreprésentés chez les enfants référés à ces cliniques [20].

Par ailleurs, Littman *et al.* [15] 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 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.

3.4 Intimidation et pressions idéologiques

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 des jeunes femmes homosexuelles, dont beaucoup souffrent d'autisme, de dépression ou de problèmes d'anxiété. Beaucoup ont subi des agressions sexuelles.* [21] (souligné par nous)

Il serait urgent de s'inquiéter de ce que le *Times* décrit comme un scandale en préparation. Malheureusement, les recherches 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 trans⁸, 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

⁸ Il est à noter qu'il y a des personnes trans qui dénoncent le discours tenu par ces organisations, notamment le groupe Stonewall. <https://www.stonewall.org.uk/>

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'.* » [11]

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 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 Zucker [22].

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 boycottage des psychothérapeutes ne privilégiant pas une approche affirmative.

3.5 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 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* »[23].

En Suède, à la suite de plusieurs dérives médicales, un rapport commandé par le gouvernement pour évaluer les services offerts aux enfants en matière de genre conclut qu'aucune étude scientifique n'explique l'augmentation de la demande de soins de santé pour dysphorie de genre⁹, que les études sur les effets à long terme des traitements d'affirmation de genre sont peu nombreuses et qu'aucun essai contrôlé randomisé pertinent chez les enfants et les adolescents n'a été trouvé à cet effet [25]. Autant dire qu'on expérimente actuellement sur nos enfants!

Nous recommandons au gouvernement de commander des études indépendantes sur les processus thérapeutiques suivis dans les cliniques affirmatives du genre au Canada, 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, notamment celle d'une infirmière préoccupée par le fait que la clinique prescrive à de jeunes enfants des « traitements expérimentaux » sans évaluations préalables suffisantes [26]. Les deux autres plaintes sont celle d'une mère d'une jeune fille de 15 ans qui souffre d'autisme, et celle de 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 expliqués [24]. 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

⁹ Une augmentation de 1 500 % entre 2008 et 2018 des diagnostics de dysphorie de genre chez les jeunes filles de 13 à 17 ans. [24]

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 [27,28,29].

C'est dans ce contexte social que C-6 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 de C-6. Nous comprenons que l'objectif soit de protéger les individus contre des méthodes coercitives visant à forcer une personne à changer son orientation sexuelle ou son identité de genre, et nous saluons une telle initiative. Cependant, il ne faudrait pas que la formulation du projet de loi mène à limiter l'accès à des ressources en psychothérapie et santé mentale essentielles pour les enfants, au profit d'une approche médicalisée invasive, dont les effets à long terme sont largement inconnus.

La fulgurante augmentation 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 divisés [30] 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 comorbidité 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 psychologique 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 à C-6 et de suivre les recommandations de ce mémoire, afin de s'assurer de réellement protéger l'intégrité physique et mentale de nos enfants, comme 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 « cisgenre »** de la définition de « thérapies de conversion », ou du moins 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 de genre »**.
4. Nous recommandons au gouvernement de commander **des études indépendantes sur les processus thérapeutiques suivis dans les cliniques affirmatives du genre au Canada**, comme le font les gouvernements britannique et suédois.

Références

1. Ristori J, Steensma TD. Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry*, 2016;28(1):13–20.
2. https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/LegislativeSummaries/432C6E
3. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-mentaux/sexualit%C3%A9-et-troubles-sexuels/dysphorie-de-gendre-et-transsexualisme>
4. 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.
5. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of genderdysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2008; 47: 1413–23.
6. 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
7. <https://omny.fm/shows/danielle-smith/gender-dysphoria>
8. 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>
9. 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>
10. <https://ici.radio-canada.ca/info/2019/05/transgenre-sexe-detransitionneurs-transition-identite-gendre-orientation/>
11. 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
12. <http://gdworkinggroup.org/2018/10/18/american-academy-of-pediatrics-policy-and-trans-kids-fact-checking/>
13. Cantor, J.M. (2019). Transgender and Gender Diverse Children and Adolescents: Fact-Checking of AAP Policy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46:4, 307-313, DOI: [10.1080/0092623X.2019.1698481](https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1698481)
14. 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](https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.675022)
15. 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
16. 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
17. 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>
18. de Vries ALC, Doreleijers TAH, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 2011; 52: 1195–202.
19. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työlajärvi 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.
20. 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.
21. <https://tradfem.wordpress.com/2017/11/13/un-grand-journal-britannique-se-porte-a-la-defense-des-jeunes-contre-les-outrances-du-lobby-transgenre/>
22. Kearns M. The exoneration of Dr. Kenneth Zucker. *Nat Rev*, 2018; 11 Oct.
23. <https://www.theguardian.com/society/2019/feb/23/child-transgender-service-governor-quits-chaos>
24. <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>
25. <https://www.sbu.se/en/publications/sbu-bereder/gender-dysphoria-in-children-and-adolescents-an-inventory-of-the-literature/>
26. <https://www.dailymail.co.uk/news/article-7857191/Psychiatric-nurse-launches-legal-action-against-NHS-clinic.html>
27. <https://4thwavenow.com/2016/04/21/in-praise-of-gatekeepers-an-interview-with-a-former-teen-client-of-transactive-gender-center/>
28. <https://www.piqueresproject.com/about.html>
29. <https://post-trans.com/>
30. J.J.Vrouenraets et al., Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study. *Journal of Adolescents Health*; 57 (4):367-373, [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(15\)00159-7/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00159-7/fulltext)