



Fig. 32.

Astuce:

Seulement 5 minutes de travail

Remplir l'enquête dans son intégralité prend du temps et nécessite une analyse détaillée. Vous souhaitez obtenir un résultat rapidement? Remplissez uniquement la page 22 – cela ne prendra que 5 minutes. Ensuite, envoyez le document complet à la clinique, à votre médecin traitant et à votre assureur. Si cela ne donne pas le résultat escompté, vous pourrez toujours remplir l'enquête en entier plus tard.

Les questions liées au genre sont complexes.

Vous ou votre entourage pourriez ne pas en comprendre tous les aspects. N'hésitez pas à demander de l'aide : contactez d'autres parents, posez des questions dans des groupes en ligne pertinents, adressez-vous à des organisations spécialisées dans le sujet et critiques du genre.

Ces outils ont été conçus et traduits pour être utilisés dans de nombreux pays. Cette version française tente de prendre en compte les différentes situations dans les pays francophones, par exemple en mentionnant les assurances privées, présentes dans certains pays seulement. Nous avons privilégié le terme consultation de genre plutôt que consultation de genre. Nous vous faisons confiance pour peaufiner ces adaptations en fonction de votre lieu de vie.



Chers Parents,

Nous recevons régulièrement des messages désespérés de parents dont la voix a été ignorée lors des évaluations des consultations de genre pour leur enfant. Bien qu'ils soient invités à participer au processus diagnostique, leurs observations, bien qu'essentielles, sont souvent écartées au profit d'une affirmation immédiate.

Le système actuel est profondément préoccupant: bien que les lieux de soins demandent parfois l'avis des parents, l'autodéclaration d'un enfant prévaut généralement sur des années de connaissances familiales et d'observations. Ces consultations se réduisent souvent à des formalités administratives – des cases à cocher pour des formalités plutôt qu'une véritable investigation clinique.

Cette pratique compromet gravement la qualité des soins. **Les parents et les membres de la famille détiennent des connaissances essentielles que de brèves consultations cliniques ne peuvent inclure.** Une revue méta-analytique de Dowell et Ogles (2010)¹ ainsi qu'une méta-analyse de Sun et al. (2019)² ont démontré que l'implication des parents dans le traitement de leurs enfants apportait un bénéfice supplémentaire à l'efficacité globale du traitement. Les parents comprennent les habitudes de leur enfant, ses luttes, l'évolution de sa personnalité. Ils sont souvent les premiers à remarquer des problèmes sous-jacents pouvant contribuer à leur détresse. Pourtant, ces observations cruciales sont fréquemment ignorées.

La détresse liée au genre peut émerger de multiples façons, ce qui signifie qu'il existe autant de voies pour y répondre. Lorsque les lieux de soins privilégient automatiquement l'autodéclaration des jeunes, ils passent à côté de l'opportunité d'explorer des approches plus appropriées et moins invasives pour soulager leur détresse.

Pour aider les familles à demander des soins approfondis et fondés sur des preuves, nous avons développé deux outils complémentaires:

1. L'enquête famille et amis - Cette évaluation recueille les observations des membres de la famille et d'autres personnes ayant bien connu votre enfant au fil du temps. Lorsque plusieurs observateurs partagent des perspectives similaires, leurs observations collectives deviennent plus difficiles à ignorer.

2. L'enquête parentale - Ce questionnaire détaillé aide à identifier les facteurs sous-jacents qui méritent une enquête avant de considérer toute intervention irréversible.

Nous recommandons de compléter ces questionnaires, que les membres de la famille soutiennent ou non une transition immédiate. Ensemble, ces enquêtes offrent une vision complète permettant de s'assurer que votre enfant bénéficie d'une évaluation attentive et approfondie – une évaluation qui explore tous les facteurs contributifs plutôt que de se précipiter vers une médicalisation. Lorsque plusieurs questionnaires ont été complétés par les membres de la famille, nous vous recommandons de les imprimer et de les remettre physiquement au médecin de votre enfant. Nous conseillons également d'envoyer des copies électroniques et de les conserver pour pouvoir s'y référer dans le futur. Cela garantit que les opinions de la famille ne pourront pas être facilement ignorées – elles sont désormais consignées et peuvent être consultées ultérieurement si nécessaire. Nous suggérons également d'envoyer l'enquête complétée **aux médecins généralistes référents et aux assurances privées** pour informer toutes les parties concernées des divers enjeux liés à la transition médicale.

L'enquête offre également un avantage supplémentaire : elle permet à la famille élargie de s'engager de manière plus réfléchie dans cette problématique et les invite à rester ou devenir une présence aidante dans la vie de votre enfant vulnérable. Les parents inquiets ont tendance à éviter le sujet du genre, mais cela n'est pas toujours une approche utile. Ignorer l'éléphant dans la pièce, bien que ce soit une réaction courante face à des problèmes de santé mentale dans la famille, n'est pas aussi bénéfique qu'il pourrait sembler. Tandis que le parent et le jeune évitent les conflits sur les questions trans, le jeune nourrit généralement un personnage soigneusement créé, ce qui peut entraver ses chances de se rétablir.

Rappelez-vous: **remettre en question l'approche actuelle ne signifie pas un rejet.** Il s'agit de s'assurer que les jeunes reçoivent des soins appropriés, qui avant tout ne sont pas nocifs. Votre connaissance de votre enfant est importante, et ces outils vous aideront à plaider efficacement pour une évaluation réfléchie et complète.

En travaillant ensemble et en utilisant ces outils, vous pouvez vous assurer que votre voix est non seulement entendue, mais aussi prise en compte. vos estimations sont précieuses, et défendre des soins approfondis et fondés sur des preuves est essentiel pour le parcours de votre enfant.

Avec nos meilleurs vœux,
Stella O'Malley/Genspect
2025

Informations générales

- 4 Panique au sein de la famille
- 4 Comprendre l'identité déclarée
- 4 Le modèle affirmatif de genre
- 4 Comment se déroule un diagnostic ?
- 4 Pratiques cliniques actuelles
- 4 Impression de l'environnement

Explications concernant l'enquête famille et amis

- 5 Objectif de l'enquête famille et amis
- 5 Documentation systématique et validation clinique
- 5 Les perspectives critiques du genre ne sont pas des politiques d'extrême droite
- 5 Impact sur le diagnostic

Explications concernant l'enquête parentale

- 6 Considérations cliniques sur les comorbidités
- 6 Quand un diagnostic en éclipse un autre
- 6 Le SOC-8 et le protocole néerlandais en conflit avec le Cass Review
- 6 Impact sur les systèmes familiaux
- 6 Mise en œuvre de l'enquête
- 6 Responsabilité clinique et droits de la famille

Dysphorie de genre à début précoce et tardif

- 7 Caractéristiques selon le DSM-5-TR
- 7 Dysphorie de genre à début précoce (EOGD)
- 7 Dysphorie de genre à début tardif (LOGD)
- 8 L'illogisme des critères du DSM-5-TR

Dysphorie de genre à début rapide

- 9 Caractéristiques de la dysphorie de genre à début rapide (ROGD)
- 9 L'enquête comme indicateur de ROGD
- 9 L'évolution du consensus scientifique
- 9 Points importants à considérer
- 10 Épidémie
- 10 Wertherisme

Les erreurs des soins d'affirmation de genre

- 11 13 contre-vérités sur les thérapies affirmatives de genre

Sources d'information

- 12 Recommandations à explorer
- 12 Livres et ouvrages sur le genre
- 12 Livres offrant une perspective plus large
- 12 Vous n'aimez pas lire ? Pas de problème!

L'enquête famille et amis

- 14 Seize questions basées sur les critères du DSM-5-TR
- 15 Questions sur le contexte et les influences sociales de la personne
- 16 Questions supplémentaires
- 17 Question sur le consentement éclairé (concernant les hommes)
- 18 Question sur le consentement éclairé (concernant les femmes)
- 19 Quelques questions personnelles
- 20 Résultat de l'enquête Famille et Amis

À donner à la consultation

L'enquête parentale

- 22 Possibles comorbidités
- 23 Questions à la clinique:
- 23 Questions pour le spécialiste concernant les questions éthiques et la responsabilité
- 24 14 questions scientifiques pour le spécialiste
- 25 En Conclusion:
- 25 Quelques étapes importantes
- 26 Entrer dans un champ de mines juridique
- 26 Déclaration parentale

À donner à la consultation



Panique au sein de la famille

Votre enfant vous a informé qu'il remet en question son genre et qu'il fréquente une consultation spécialisée (à l'hôpital ou dans un Planning Familial par exemple). Comment réagir face à cette situation? De nombreuses familles sont prises au dépourvu, entraînant des années de bouleversements émotionnels et de discussions, souvent accompagnées d'une pression croissante. L'identité déclarée de la personne peut ne pas être immédiatement reconnue par les membres de la famille, et même lorsqu'elle l'est, des préoccupations légitimes concernant des interventions médicales irréversibles subsistent.

Comprendre l'identité déclarée

Le principal défi de l'évaluation clinique est que l'identité de genre ressentie ne peut être mesurée physiquement. Les décisions médicales doivent reposer sur des preuves objectives plutôt que sur des expériences subjectives seules. Pour quantifier des schémas observables, nous avons conçu une enquête destinée non seulement aux membres proches de la famille, mais aussi à un cercle élargi de personnes connaissant bien la personne, de préférence depuis sa naissance: amis, voisins, enseignants. Cette enquête suit les critères décrits dans le DSM-5-TR.

Les médecins rejettent souvent les observations parentales en affirmant que l'enfant ne se sentait pas en sécurité pour s'exprimer auprès d'eux. Bien que cela puisse être vrai dans certains cas, notamment dans les familles fortement conservatrices ou religieuses, cela devient moins crédible si personne dans la famille élargie ou le cercle social n'a jamais remarqué de signes. Un cousin, un ami d'enfance, un voisin, un enseignant, une tante ou un grand-parent – quelqu'un aurait probablement observé quelque chose au fil des années. **Si personne n'a jamais rien remarqué, cela ne concorde tout simplement pas.**

Le modèle affirmatif de genre

Un principe fondamental du modèle affirmatif de genre est que l'expérience personnelle de la personne est primordiale dans le processus de soin. Cela pose un problème préoccupant : non seulement le désir de la personne prime, mais son auto-diagnostic joue également un rôle décisif dans les diagnostics réalisés par les psychologues ou psychiatres.

Lors de discussions avec des amis ou connaissances, ces préoccupations peuvent rapidement déboucher sur des débats. Une défense courante est que les soins prodigués sont de grande qualité et réalisés par des experts très compétents. Les parents ou partenaires qui remettent en question ce processus sont souvent considérés comme excessivement méfiants ou manquant de compréhension. Les hôpitaux affirment dans la presse qu'ils mènent des diagnostics très approfondis avant de prendre des mesures significatives.

Comment se déroule un diagnostic?

L'expérience montre que le processus diagnostique fonctionne différemment de ce qui est présenté. L'hôpital établit des diagnostics via une méthode entièrement basée sur l'auto-déclaration de la personne. Nous décrivons la procédure dans les cliniques néerlandaises, en supposant que d'autres pays suivent une approche similaire. Une fois la personne concernée admise à l'hôpital, celle-ci remplit une enquête. Elle doit ensuite rédiger une lettre expliquant ses sentiments. La lettre confirme l'enquête, et inversement. Ces documents sont considérés comme des preuves d'« incongruence de genre ». Pourtant, ces documents proviennent d'une seule source et se renforcent mutuellement sans autre origine. **Un problème fréquemment mentionné est que la personne semble clairement suivre un script appris.** Le langage stéréotypé suggère que les idées ne proviennent pas d'une expérience personnelle mais sont imposées ou inculquées.

L'incongruence de genre n'est pas équivalente à la dysphorie de genre, bien que ces termes soient parfois utilisés de manière interchangeable, ce qui peut prêter à confusion. L'incongruence de genre désigne un décalage entre le genre ressenti et le sexe biologique, tandis que la dysphorie de genre décrit une détresse cliniquement significative liée à ce décalage. Cette distinction est cruciale. **Il est troublant que dans certains pays les compagnies d'assurance couvrent un processus de soin basé uniquement sur l'incongruence, sans détresse documentée.**

Pratiques cliniques actuelles

Des analyses différentielles approfondies ne sont généralement pas réalisées. Malgré le fait que les soignants examinent si une personne souffre de psychose, d'autisme, de narcissisme ou d'autres troubles mentaux, ces conditions coexistantes sont notées et prises en compte dans le processus de soin, mais pas pour informer le diagnostic d'« incongruence de genre ». La question posée est simplement : la personne est-elle suffisamment apte ? Cela ne constitue pas une approche différentielle mais ressemble davantage à **une évaluation de la préparation à l'intervention.**

Les antécédents de traumatisme, les expériences de harcèlement, l'autisme ou d'autres troubles de santé mentale sont rarement des motifs de rejet, et le processus est couvert par l'assurance (à l'exception d'une petite contribution). **Aux Pays-Bas, même les personnes ayant des déficiences intellectuelles reçoivent des soins affirmatifs de genre.**³

Les compagnies d'assurance font confiance à la qualité des soins fournis. L'enquête et la lettre de motivation paraissent rigoureuses sur le papier. Cependant, cette perception a été remise en question lorsque des parents néerlandais ont introduit une intervention systématique rigoureuse sous forme d'une enquête familiale, révélant une réalité différente et exposant les limites de l'auto-diagnostic. Cette enquête s'inspire de leur approche et vous offre, en tant que parent concerné, une contribution significative au processus.

Impression de l'environnement

Les équipes des consultations sur le genre affirment s'engager pour l'harmonie familiale. Afin de donner l'impression qu'une perspective large est prise en compte, elles encouragent activement les discussions avec les parents, partenaires et autres parties directement impliquées.

Ceux qui sont familiers avec la littérature critique sur le genre, comme les ouvrages d'Abigail Shrier et Hannah Barnes ou les témoignages de la lanceuse d'alerte Jamie Reed, savent que la réalité est plus complexe. Les parents sont formellement invités à partager leur perspective. Le soignant acquiesce souvent poliment, prend des notes et affirme comprendre. Si certains parents soutiennent les pensées de leur enfant, beaucoup restent critiques.

Dans les conversations ultérieures, bien que les préoccupations familiales soient reconnues, le diagnostic est généralement maintenu, et le processus de traitement continue comme prévu. Les impressions familiales, bien que notées, influencent rarement la décision finale. En fait, leurs préoccupations peuvent être utilisées pour faire apparaître la recherche comme plus approfondie sur le papier afin de satisfaire les exigences des assurances.

Les parents qui donnent leur consentement malgré leurs réserves réalisent souvent les implications seulement plus tard. Un exemple notable de cette dynamique a été révélé dans l'interview d'Elon Musk avec Jordan Peterson en juillet 2024.⁴

³ Genderpoli / They and Them (novembre 2023). Documentaire néerlandais <https://www.npodoc.nl/documentaires/2023/11/genderpoli-they-and-them.html>

⁴ Elon Musk interviewé par Jordan Peterson (juillet 2024) <https://www.youtube.com/watch?v=Q20Nbq3EJsc>

Objectif du questionnaire famille et amis

En s'appuyant sur les conclusions significatives des travaux de Shrier, Barnes et Reed, ainsi que sur d'autres rapports cliniques préoccupants, nous avons développé une méthode d'évaluation qui dépasse les seules contributions parentales pour inclure les observations des membres de la famille élargies et des proches.

Ce questionnaire, fondé sur les critères du DSM-5-TR pour la dysphorie de genre, s'adresse aux adultes ayant une connaissance approfondie du développement de la personne concernée sur une longue période. Cela inclut les membres de la famille, les voisins, les cousins, les amis d'enfance, les anciens enseignants et les supérieurs hiérarchiques. Grâce à cette approche globale, nous cherchons à fournir aux cliniciens et aux familles les outils nécessaires pour prendre des décisions éclairées et basées sur des preuves.

Documentation systématique et validation clinique

La principale valeur du questionnaire réside dans sa capacité à rendre les observations parentales plus objectives. Bien que certaines personnes puissent rapporter que leur incongruence de genre a toujours existé mais a été dissimulée, ou que la résistance des parents provient de convictions conservatrices, ces affirmations doivent être évaluées avec soin sur le plan clinique.

Les recherches d'Abigail Shrier montrent que les familles recherchant une évaluation approfondie sont généralement ouvertes d'esprit, tolérantes à la diversité des orientations sexuelles, progressistes sur le plan politique, et avec un bon niveau scolaire. Elles disposent également d'une grande perspicacité concernant le développement de leurs enfants.

Les résultats du questionnaire révèlent régulièrement que les membres de la famille élargie et les connaissances partagent souvent des observations similaires à celles des parents. Il est cliniquement significatif que plusieurs observateurs dans différents contextes rapportent l'absence de signes antérieurs d'incongruence de genre. Les schémas développementaux précoces se manifestent généralement d'une manière observable, au moins pour certains membres du réseau social d'un enfant. **Par conséquent, cette documentation systématique représente un outil clinique essentiel qui mérite une attention particulière.**

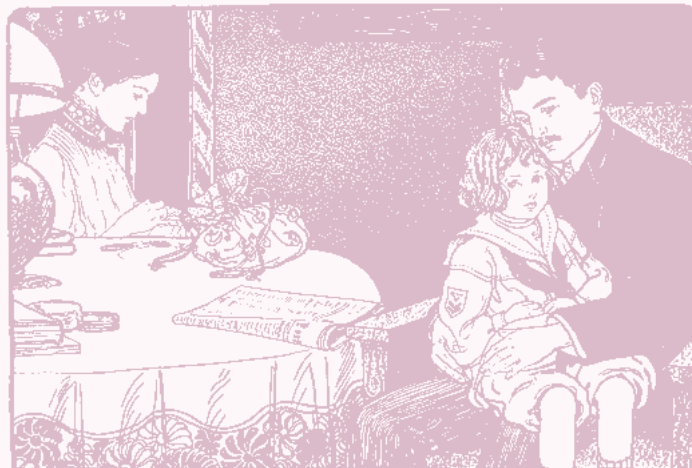
Les perspectives critiques sur le genre ne sont pas des politiques d'extrême droite

Il est important de noter que Shrier, Barnes, et particulièrement Reed (cette dernière étant une professionnelle de santé lesbienne mariée à une personne transgenre au moment de ses révélations) sont des **intellectuelles progressistes**. Cela démontre que l'analyse critique des protocoles actuels provient de milieux intellectuels variés, sans lien avec une position idéologique spécifique.

Impact sur le diagnostic

Les résultats du questionnaire offrent au spécialiste une vision approfondie de la perception de la personne par l'ensemble de la famille et donnent davantage de poids aux dynamiques familiales dans les cas d'opinions divergentes. Les lignes directrices officielles pour les soins aux personnes transgenres fournissent peu d'informations sur les enjeux familiaux. Toutefois, **ignorer les dynamiques familiales lorsque des interventions médicales irréversibles sont envisagées soulève de graves préoccupations éthiques.**

En cas de rupture des liens, une thérapie familiale devrait être entreprise en premier lieu. **Perturber la famille par un processus de soin générant des tensions élevées au sein du foyer pose de sérieux problèmes éthiques concernant le bien-être des patients et des familles.**



Père d'une fille non-binaire de 21 ans en entretien à la clinique

« Ma fille a 21 ans, elle a donc le droit à l'autodétermination et affirme être non-binaire. Son souhait n'était pas de prendre des hormones, mais de subir une double mastectomie. À ma grande surprise, cela est possible! Je voulais en discuter avec la clinique et j'ai été invité à un entretien. Le psychiatre a commencé par dire: "Si votre fille souhaite mettre fin à la conversation, c'est terminé immédiatement. Elle a entièrement le contrôle." Plus tard, il a ajouté: "Je pense qu'un psychiatre n'a pas du tout besoin d'intervenir. Sauf en cas de dépression sévère ou de psychose, auquel cas nous suivons un autre parcours. Si une personne dit ce qu'elle est, alors elle l'est, cela me suffit." Le psychologue a comparé la situation à un tatouage ou à une émigration: "Parfois, les enfants font des choix qui ne vous plaisent pas, mais en tant que parent, vous devez l'accepter." Depuis l'opération, il y a quelques mois, ma fille et moi n'avons plus de contact en raison de notre divergence de points de vue. »

Considérations cliniques sur les comorbidités

En réponse aux discussions croissantes sur le modèle d'affirmation de genre et aux nouvelles preuves issues de recherches récentes, nous avons élaboré cet outil d'évaluation pour aider les cliniciens à examiner soigneusement les comorbidités potentielles. Lorsqu'un jeune a vécu un traumatisme, manifeste des émotions négatives envers lui-même ou présente un trouble neurodéveloppemental tel que l'autisme, il est essentiel de tenir compte de ces facteurs pour comprendre leur influence sur l'incongruence de genre déclarée. Une évaluation approfondie est primordiale avant d'envisager des interventions médicales ou chirurgicales irréversibles, conformément au principe fondamental de la médecine : **“D’abord, ne pas nuire”**.

Diagnostic éclipsé

Le **Cass Review** met en lumière le phénomène de l'**éclipse diagnostique** dans les soins d'affirmation de genre, en lien avec des mécanismes d'adaptation. Les personnes concernées peuvent attribuer leur détresse à des troubles récemment reconnus, plutôt qu'à des facteurs sous-jacents non identifiés. Ce phénomène a été observé dans divers contextes, tels que le syndrome de fausse mémoire, les troubles dissociatifs de l'identité ou les lésions attribuables à un travail répétitif (LATR) (blessure qui survient quand une personne fait très fréquemment un même mouvement, ce qui génère une tension dans son corps). Bien que la détresse soit réelle, les effets nocebo potentiels doivent être pris en compte.

Étant donné que les traitements d'affirmation de genre impliquent des interventions médicales irréversibles, les conséquences de l'éclipse diagnostique sont considérables. Les récentes données montrant un **taux de suivi interrompu de 30%** soulèvent d'importantes questions cliniques.⁵ Une documentation rigoureuse et une évaluation complète sont donc essentielles avant de poursuivre une intervention médicale.

Le SOC-8 et le Protocole Néerlandais en contradiction avec le Cass Review

Peu après la publication du Cass Review, les cliniques néerlandaises ont affirmé que les pratiques décrites dans le rapport étaient déjà courantes aux Pays-Bas. **Cela est inexact**. Le protocole néerlandais original portait sur des **atients présentant, dès leur plus jeune âge, des comportements manifestement non conformes au genre** et exprimant un désir clair d'appartenir à l'autre sexe. Une condition stricte était **pas d'autres troubles et le soutien de la famille**.

Le protocole incluait également un **test de vie réelle**, une phase de deux ans durant laquelle les individus devaient vivre en tant que personne de l'autre sexe. Cela leur permettait de comprendre les conséquences pratiques de leur transition et de démontrer la sincérité de leur démarche. Cette procédure a été abandonnée en 2014.

Aujourd'hui, les personnes diagnostiquées avec une dysphorie de genre, uniquement sur la base de leur auto-évaluation, peuvent entamer une hormonothérapie immédiatement après un diagnostic formel. Bien que cette approche facilite l'accès aux soins, elle peut entraîner des défis, tels que des attentes non satisfaites ou des problèmes imprévus qui n'auraient pas été visibles avant la transition.

Les pratiques actuelles aux Pays-Bas, comme dans d'autres pays suivant le modèle SOC-8 de la WPATH, correspondent aux critiques formulées dans le livre de Barnes et dans le rapport de Cass.

Impact sur le fonctionnement familial

L'absence d'explications fondées sur des preuves crée d'importants défis pour les familles. Les parents vivent souvent un stress intense tout au long de ce processus, et une communication médicale inadéquate peut aggraver cette détresse. Lorsque les soignants négligent de répondre aux préoccupations familiales ou de fournir des justifications claires, elles risquent de causer des **dommages iatrogènes au système familial**.

Mise en œuvre du questionnaire

Le questionnaire parental contient une liste complète des comorbidités courantes. Les parents doivent indiquer les troubles qu'ils ont observés. Lors de la soumission à la clinique, **demandez des retours explicites sur**:

- Les observations similaires faites par les cliniciens.
- Les bases cliniques expliquant des observations divergentes.
- L'influence possible des autres troubles identifiés sur l'incongruence de genre déclarée.
- Le mécanisme d'interaction proposé entre ces troubles et l'incongruence de genre.

Responsabilité médicale et droits de la famille

Tout en respectant la confidentialité à laquelle le patient a droit, une communication ouverte reste essentielle, étant donné les implications des interventions médicales irréversibles sur les résultats à long terme pour la santé. Les décisions affectent l'ensemble du système familial et peuvent engendrer des risques importants liés au stress. **Les familles ont donc le droit de recevoir des informations suffisantes** pour comprendre et assimiler les décisions cliniques.

Lorsque les cliniques refusent de traiter ces préoccupations, elles risquent de causer des dommages iatrogènes non seulement au patient, mais aussi à sa famille. **Les prestataires de soins doivent respecter des normes éthiques prenant en compte le bien-être individuel et familial**.

Parent d'une fille avec plusieurs troubles associés

« Notre fille adulte, qui a adopté une identité non-binaire sous l'influence de ses pairs et des réseaux sociaux pendant le lycée, était déterminée à se faire enlever les seins pour prouver qu'elle était “transmasc”. Malgré une lettre mentionnant ses troubles de santé mentale associés, notamment des troubles de l'alimentation, l'autisme, des traumatismes liés au harcèlement et un trouble obsessionnel-compulsif (TOC), notre prestataire médical a procédé à l'ablation des seins sains de notre fille. L'organisation médicale ne nous a jamais contactés pour discuter des problèmes de santé mentale de notre fille. Nous devons remercier certains mauvais thérapeutes d'avoir facilité et cautionné ce comportement d'auto-dévalorisation et d'auto-mutilation. »

Caractéristiques selon le DSM-5-TR

Le DSM-5-TR liste deux ensembles de critères pour reconnaître la « dysphorie de genre » (DG), d'apparition précoce et tardive.⁶

Dysphorie de genre d'apparition précoce (DGAP)

Les enfants sont typiquement diagnostiqués avec une dysphorie de genre s'ils ont ressenti une **détresse significative** pendant au moins six mois et au moins **six des éléments suivants** :

- Forte envie d'être du sexe opposé ou insistance pour dire qu'ils sont du sexe opposé
- Forte préférence pour porter des vêtements typiques du sexe opposé
- Forte préférence pour les rôles de sexe opposé dans les jeux imaginaires ou de fantaisie
- Forte préférence pour les jouets, jeux ou activités typiquement utilisés ou pratiqués par l'autre sexe
- Forte préférence pour les camarades de jeu de l'autre sexe
- Fort rejet des jouets, jeux et activités typiques de leur sexe assigné
- Forte aversion pour leur anatomie sexuelle
- Forte envie d'avoir les caractéristiques sexuelles physiques qui correspondent à leur identité de genre ressentie

Dysphorie de genre d'apparition tardive (DGAT)

Pour être diagnostiqué avec une dysphorie de genre à l'adolescence ou à l'âge adulte, il faut avoir ressenti une **détresse significative** pendant au moins six mois due à au moins **deux des éléments suivants**:

- Incongruence marquée entre le genre ressenti et exprimé et les caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires
- Forte envie de se débarrasser de ses caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires
- Forte envie d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires du genre ressenti
- Forte envie d'être de l'autre genre (ou d'un autre genre différent du genre que celui qui lui est attribué)
- Forte envie d'être traité comme le genre opposé
- Forte conviction d'avoir les sentiments et réactions typiques de l'autre sexe



Parent d'une fille adolescente qui a renoncé

*« De 11 à 15 ans, ma fille a lutté contre l'anxiété, le TSPT et probablement le TDAH. Elle a découvert l'idée de la transidentité en passant trop de temps en ligne, par des conseillers qui discutaient de ce concept avec elle sans que nous en soyons informés, et par ses camarades à l'école. Il a été incroyablement décevant et déroutant de réaliser que chaque professionnel en qui j'avais confiance pour aider ma fille à mieux comprendre son identité se concentrait uniquement sur l'identité de genre. Nos préoccupations selon lesquelles la détresse de notre fille était un mécanisme d'adaptation inefficace et qu'elle était influencée par une contagion sociale ont été écartées. Son thérapeute nous a qualifiés de « **parents non acceptants** ». Le conseiller scolaire a encouragé l'« exploration de l'identité » et a soutenu l'idée que ma fille « pourrait vraiment être un garçon », changeant son nom et ses pronoms à l'école. Après qu'elle soit devenue renfermée et distante, j'ai réalisé qu'à 14 ans, notre fille parlait secrètement avec une assistante sociale transidentifiée de la médicalisation de « son genre » avec des injections d'hormones et des chirurgies. Tout cela a été fait sans notre connaissance ni notre consentement. Choquant, même en étant au courant de tous les problèmes que rencontrait notre fille, notre pédiatre a promu les « options » des bloqueurs de puberté et des bandeaux compressifs pour la poitrine. **Ces adultes ont tous mis leur confiance aveugle dans une enfant, ignorant le processus de développement de l'identité et sans se rendre compte que l'accent mis par ma fille sur l'identité de genre était perpétué par leurs discussions avec elle, la présentant comme une possibilité réelle. Ma fille a fini par renoncer juste avant ses 16 ans, et elle est maintenant très reconnaissante que je n'aie pas cédé à ses demandes incessantes de la voir comme l'autre sexe et d'autoriser les interventions médicales. Ma famille vivra avec les conséquences, le traumatisme et la colère de cette expérience pour le reste de nos vies, et nous nous considérons réellement comme des victimes d'un terrible scandale éthique médical. »***

L'Illogisme des critères du DSM-5-TR pour la "Dysphorie de Genre"

Montrer à la famille
et aux amis

Féminisme, rôles de genre et expression de genre

Le féminisme critique à juste titre la stéréotypisation des rôles de genre. Après tout, chacun devrait être libre de s'exprimer sans être contraint par des normes sociales telles que «les filles jouent avec des poupées» ou «les garçons doivent être durs». Une personne adopte certains comportements parce qu'elle les trouve confortables ou intéressants. **Cela ne devrait en aucun cas conduire à des spéculations sur une supposée «identité de genre».**

Le DSM-5-TR et la régression vers les stéréotypes de genre

Cependant, les critères du DSM-5-TR utilisent le terme vaguement défini d'«expression de genre» et les rôles de genre comme indicateurs de la dysphorie de genre. Par exemple, un garçon ayant une forte préférence pour les jouets «de filles» ou un comportement jugé féminin peut remplir les critères de la dysphorie de genre. **Cette approche marque un retour régressif aux stéréotypes** et contredit la notion féministe selon laquelle le comportement est indépendant du sexe. Le féminisme insiste à juste titre sur le fait que briser les stéréotypes de genre ne constitue pas une indication d'une prétendue «incongruence de genre» et ne devrait avoir aucune signification médicale ou diagnostique.

Le contexte de la « dysphorie de genre »

Le DSM-5-TR tente d'identifier la «dysphorie de genre» chez les individus qui éprouvent une détresse psychologique en raison d'une incongruence ressentie entre leur «identité de genre» (basée sur des stéréotypes régressifs) et leur sexe biologique. Il ne s'agit donc pas uniquement d'un comportement, mais d'un comportement associé à une souffrance significative. L'utilisation des stéréotypes sexuels comme marqueurs diagnostiques est problématique, car elle peut conduire à **une pathologisation inutile** des personnes qui ne se conforment pas aux rôles de genre traditionnels.

Les individus homosexuels, les personnes artistiques, celles présentant des traits autistiques ou souffrant de troubles mentaux adoptent souvent des comportements atypiques. Il est essentiel d'examiner la conclusion à laquelle l'individu est parvenu: Pourquoi croit-il être du sexe opposé ou ne pas avoir de sexe du tout (non-binarité), alors que cela est biologiquement impossible?

Une meilleure solution consisterait à rendre le diagnostic indépendant des stéréotypes et à se concentrer davantage sur les expériences émotionnelles et psychologiques de l'individu. Une liberté totale dans «l'expression de genre» rend la trans-médicalisation inutile. Pourquoi endommager un corps alors qu'une personne peut simplement s'exprimer comme elle le souhaite?

Que mesure réellement le DSM-5-TR?

Les critères du DSM-5-TR évaluent si une personne adopte un comportement conforme ou non conforme au genre, en se basant sur des stéréotypes régressifs. Cette approche est **fondamentalement erronée**. Cependant, si un individu adopte clairement un comportement conforme au genre attendu dans son environnement, cela devrait être un signal d'alerte majeur pour la clinique, et aucune trans-médicalisation ne devrait être pratiquée. Les critères du DSM-5-TR exigent explicitement une expression de genre non conforme, ce qui est notablement absent dans ce cas.

Si un comportement non conforme est observé, **cela ne constitue toujours pas une raison légitime pour une trans-médicalisation**. Un comportement atypique peut avoir des causes totalement différentes, qui ne peuvent être distinguées par les critères excessivement simplistes et erronés du DSM-5-TR. La clinique doit démontrer comment elle a différencié ces causes, bien qu'il soit attendu qu'elle ne puisse pas le faire, puisqu'aucune méthode fiable n'existe pour mesurer cela. **Le principe fondamental «D'abord, ne pas nuire» doit primer sur la médicalisation de l'indéterminé.**

L'enquête familiale est-elle alors inutile?

Il arrive fréquemment que la famille et les amis, par compassion, soutiennent le récit de l'individu. La première partie de l'enquête, qui est basée sur le DSM-5-TR, incite les proches à réfléchir à l'incohérence des critères diagnostiques et à réaliser qu'ils ne devraient jamais servir de fondement à une trans-médicalisation radicale et irréversible. Les parties suivantes de l'enquête offrent à la clinique des informations supplémentaires sur la situation de l'individu.



Caractéristiques de la Dysphorie de Genre à Apparition Rapide (DGAR ou 'ROGD' en anglais)

La DGAR (ROGD), ou Dysphorie de Genre à Apparition Rapide, est une hypothèse proposée par le Dr Lisa Littman qui décrit **l'apparition soudaine d'une détresse liée au genre**, en particulier chez les adolescents et jeunes adultes sans signes préalables durant l'enfance. L'hypothèse de la DGAR suggère que la détresse liée au genre pourrait être influencée par des facteurs sociaux et environnementaux, notamment:

- Isolement social (par exemple, pendant la pandémie de COVID-19)
- Influence d'Internet (en raison d'un temps plus important passé en ligne)
- Anxiété sous-jacente
- Mauvaise interprétation d'autres problèmes de santé mentale
- Dynamiques de groupe entre pairs

Le questionnaire comme indicateur de la DGAR

Un résultat inattendu a émergé lors du développement du questionnaire : l'outil confirme la probabilité de l'hypothèse de la DGAR. L'observation de Littman a suscité une discussion clinique importante, car elle présente une alternative au modèle affirmatif du genre, qui caractérise généralement les revendications d'identité de genre comme innées et immuables. Une critique courante des recherches de Littman - qui repose sur des interviews de parents plutôt que des rapports directs des patients - néglige d'importantes considérations méthodologiques concernant les biais d'auto-évaluation dans l'évaluation clinique. **Le sondage familial aide à objectiver les observations des parents**, en fournissant une documentation systématique sur le moment et la manière dont la détresse liée au genre est apparue.

Le consensus scientifique évolutif

Un groupe croissant d'experts, dont **Hilary Cass, Jonathan Haidt, Gordon Guyatt (EBM), Richard Dawkins, Ray Blanchard, Stephen Levine, Michael Bailey, Ken Zucker, Marcus Evans, Michael Biggs, Riittakerttu Kaltiala** et de nombreux autres chercheurs de renom, soutient l'analyse de Littman. En raison des qualifications académiques de ces experts, la DGAR mérite d'être prise plus au sérieux que ce que les consultations de genre voudraient nous faire croire. Leur perspective ne correspond plus à la prise de conscience croissante en 2025 selon laquelle **la contagion sociale** joue probablement un rôle significatif dans la forte augmentation des cas.

Important à prendre en compte

L'existence de la DGAR est souvent ignorée par les consultations de soins affirmatifs du genre, car elle est directement en conflit avec la prescription de médicaments et de chirurgies; **ce type de détresse liée au genre n'est pas toujours inné**, mais induit socialement. Les consultations souffrent d'un conflit d'intérêt financier et d'un biais de coûts irrécupérables. Admettre qu'elles avaient tort leur coûtera de l'argent et pourrait même entraîner des répercussions punissables. Cependant, nier la DGAR est insoutenable. La consultation doit prouver pourquoi une personne n'a pas la DGAR. Nous, en tant que parents, n'avons pas à prouver que la DGAR existe. **C'est une inversion de la charge de la preuve imposée aux parents** qui ne sont pas des spécialistes et **n'ont pas les ressources pour mettre en place une étude**.

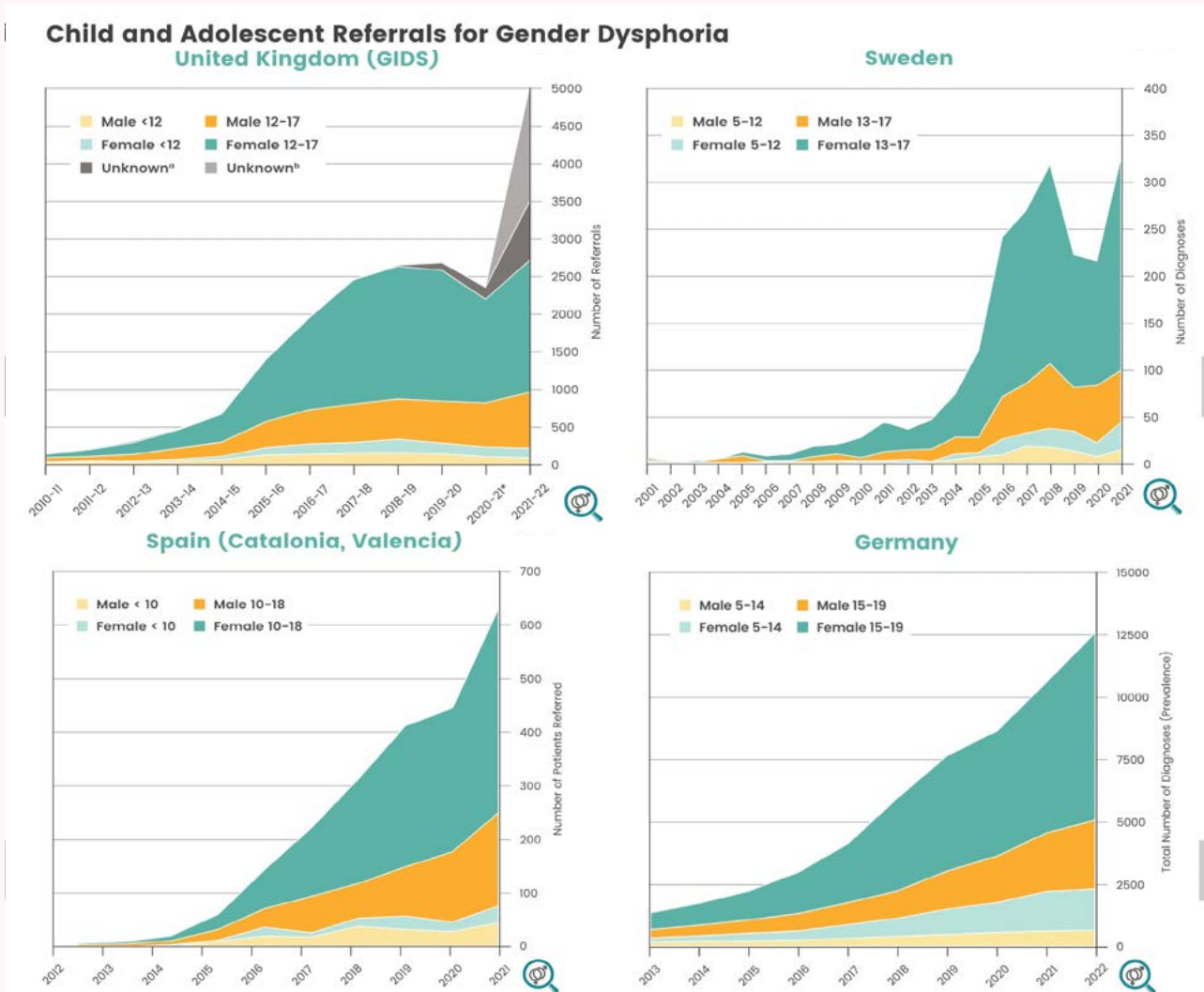


Parent d'une fille de 23 Ans qui a désisté

*« Dès que j'ai dit à notre médecin de famille que ma fille de 23 ans s'identifiait comme transgenre, elle m'a immédiatement orientée vers la consultation de genre du centre médical sur le campus universitaire de ma fille. Je ne pensais pas que confirmer l'identité de ma fille était la bonne démarche. Je voulais avoir une conversation avec le médecin à propos du phénomène de la **Dysphorie de Genre à Apparition Rapide**, qui décrivait précisément l'expérience de ma fille. Le médecin ne voulait pas m'écouter. **Quand j'ai essayé de lui donner un article imprimé sur la DGAR, elle a levé les mains et a refusé de le prendre.** Elle m'a dit qu'elle avait de nombreux patients transgenres et qu'elle en savait déjà assez. J'ai perdu confiance en ce médecin et je n'y suis jamais retournée. Ma fille a depuis désisté. Je suis toujours contrariée par ce médecin qui m'a ignorée, et très soulagée que nous n'ayons pas suivi ses conseils mal informés et mal orientés. »*

Épidémie

Après que le terme "Trouble de l'identité de genre" ait été remplacé par "Dysphorie de genre" dans le DSM en 2014, et que la couverture médiatique des jeunes transgenres ait augmenté de manière significative, le nombre de consultations dans les cliniques de genre dans tous les pays occidentaux a **augmenté de 2000 % à 5000 %**.



Wertherisme

Le wertherisme, un terme dérivé du roman de **Goethe Les Souffrances du jeune Werther (1774)**, fait référence au phénomène selon lequel les gens sont influencés par les médias ou les histoires, **en particulier dans le domaine des comportements autodestructeurs**. Dans le livre, le protagoniste Werther se suicide avec un pistolet après que son amour pour une femme inaccessible soit resté sans réponse. Après la publication du roman, il y a eu une augmentation du nombre de jeunes hommes qui se sont suicidés de manière similaire, parfois même en s'habillant de la même manière que Werther. En d'autres termes, une croyance collective absolue est apparue, selon laquelle le bonheur ne pouvait être atteint que par **le Véritable Amour ; sans cette perspective, le suicide semblait la seule issue**. Ce phénomène a conduit au terme «Effet Werther», qui décrit le risque de comportement d'imitation après la diffusion publique de suicides.

Charlie Bentley-Astor, Detransitionneuse (interviewée par Andrew Gold)

« *Queer Destiny est essentiellement cette idée plutôt pernicieuse selon laquelle si vous êtes né gay, bi, trans ou queer, peu importe l'étiquette que vous avez choisie, c'est la chose la plus importante à propos de vous. C'est la caractéristique qui définit votre existence et elle gouverne la trajectoire de votre vie. Vous pouvez soit l'accepter, soit vous suicider, car ce sont les deux seules options. Parce que si vous ne laissez pas s'épanouir cette identité, cela finit par suppurer et vous êtes tellement piégé en vous-même, c'est tellement horrible que votre seule issue est de vous suicider. Mais c'est juste une idée.* »

Christina Hineman, Detransitionnée

« *C'est un peu comme un truc punk, mais au lieu du sexe, de la drogue et du rock'n'roll, c'était juste des drogues. Et de la chirurgie. C'est une version médicalisée de la rébellion adolescente normale. Et je me suis complètement laissée emporter par cela.* »

Mia Hughes - Auteure des 'WPATH Files'

« *La dysphorie de genre à apparition rapide est la plus évidente des contagions sociales qui aient jamais eu lieu.* »

13 Contre-vérités derrière les Thérapies Affirmatives de Genre - par le Dr. Stephen Levine

Le 21 février 2023, le Comité de la Santé et des Services Humains de la Chambre des Représentants de Floride a entendu le témoignage du psychiatre agréé **Stephen Levine, MD**. Il a exposé 13 hypothèses scientifiquement fausses qui servent de fondement à la thérapie exclusivement affirmative pour la dysphorie de genre chez les enfants.⁸

«J'ai relevé 13 idées dans la littérature écrite par ceux qui défendent les soins pour les enfants, adolescents et adultes confrontés au phénomène transgenre. À mon avis, chacune de ces 13 affirmations est scientifiquement fausse. Néanmoins, elles sont fermement ancrées et, lorsqu'elles sont remises en question ou discutées lors de réunions, elles suscitent une indignation passionnée à l'idée qu'elles pourraient être fausses. Cependant, en l'état actuel des connaissances, ces 13 idées ne sont ni scientifiquement vérifiables ni cliniquement exactes. Pourtant, elles sont régulièrement affirmées dans les écrits et les discours des médecins qui soutiennent les soins affirmatifs.

Avant de présenter ces 13 points, je veux offrir une autre perspective sur cette question majeure des soins transgenres pour les jeunes : s'agit-il d'un véritable progrès thérapeutique pour aider les personnes concernées, **ou est-ce une nouvelle erreur médicale?** L'histoire de la médecine est jalonnée d'erreurs. L'une des plus récentes et des plus dévastatrices est la crise des opioïdes. Nous avons commencé à prescrire ces médicaments de manière excessive, sans preuve scientifique de leur utilité et de leurs dangers. Aujourd'hui, dans chaque État des États-Unis – et ailleurs – des personnes meurent prématurément à cause de l'abus d'opioïdes.»

Voici les 13 affirmations qui, selon moi, sont fausses:

1. «Une identité trans, une fois établie, est immuable, interchangeable et stable à vie.» Cela est manifestement faux.
2. «Les identités trans sont principalement causées par des forces biologiques prénatales.» Cette affirmation sous-entend que le traitement ne fait que corriger une erreur biologique ou embryologique.
3. «L'orientation sexuelle est totalement indépendante de l'identité de genre.» L'orientation sexuelle est une préférence romantique et sexuelle pour une certaine catégorie de personnes (hommes ou femmes). Or, au fil du développement – de l'enfance à la puberté et à l'adolescence – la dysphorie de genre apparaît souvent parallèlement à une attirance homosexuelle, ce qui indique que ces phénomènes ne sont pas totalement distincts.
4. «Aucune forme d'identité de genre n'est une anomalie ni le symptôme d'un problème sous-jacent.» Cette idée n'est pas psychologiquement viable, et pourtant elle est fréquemment affirmée dans la littérature scientifique.
5. «La dysphorie de genre est une condition médicale grave qui nécessite une intervention, mais uniquement si le patient le souhaite.» Cette affirmation contient une contradiction inhérente: si c'est une condition médicale sérieuse, elle devrait nécessiter un traitement indépendamment du désir du patient.
6. «Les troubles émotionnels associés sont principalement dus à un environnement discriminatoire.» De nombreux enfants diagnostiqués avec une dysphorie de genre ont déjà été diagnostiqués avec d'autres troubles psychologiques.
7. «Il n'existe pas d'alternatives efficaces aux soins affirmatifs.» Les praticiens affirment souvent que c'est la seule solution pour les enfants, alors que d'autres approches psychiatriques, comme celles discutées par le Dr Laidlaw, existent.
8. «Toute tentative de proposer une psychothérapie est une thérapie de conversion immorale et devrait être interdite.» Toute tentative d'aider l'enfant et sa famille est souvent étiquetée comme une thérapie de conversion, avec des appels à son interdiction dans plusieurs juridictions.
9. «Les soins affirmatifs améliorent durablement la santé mentale et le fonctionnement social.» Cette justification manque d'études à long terme. En réalité, les données indiquent un taux de mortalité élevé chez les adultes transsexuels.
10. «Les soins affirmatifs réduisent les pensées suicidaires et préviennent le suicide.» Cette idée est un argument puissant et coercitif utilisé auprès des parents d'adolescents. Cependant, des études – comme celles menées en Suède – montrent des taux de suicide significativement élevés chez les adultes ayant subi une chirurgie de réassignation sexuelle.
11. «Les jeunes adolescents savent mieux que quiconque ce qui les rendra heureux à long terme.» Cette affirmation suppose que l'« être véritable » de l'adolescent est déjà pleinement développé, ce qui n'est pas nécessairement le cas.
12. «Répondre aux critères diagnostiques de la dysphorie de genre garantit un bon résultat avec les soins affirmatifs.» Cette affirmation est manifestement fausse.
13. «Le regret et la détransition sont rares parmi ces patients.» Ces dernières années, le phénomène de la détransition est de plus en plus reconnu. Les définitions actuelles du «regret» (par exemple, informer son thérapeute initial ou demander une réversion des changements corporels) sont trop restrictives pour saisir pleinement la complexité du phénomène.

Ces 13 idées constituent la base des affirmations qui sous-tendent les soins affirmatifs. Si ces idées elles-mêmes sont fausses ou non étayées scientifiquement, comment peut-on faire confiance aux interventions qui en découlent?

Un complément en lien avec l'énumération de Levine:

La version allemande de cette enquête menée par Genspect met en évidence, à travers une citation du médecin critique allemand **Alexander Korte**, que chaque diagnostic du DSM est **toujours une photographie instantanée et ne devrait jamais être une justification pour des modifications corporelles permanentes et irréversibles.**³⁹

Recommandations

Plus vous en savez, mieux vous pouvez protéger votre enfant.

Livres et littérature sur le genre

- *End of Gender: Debunking the Myths About Sex and Identity in Our Society* - **Debra Soh** ISBN-13 978-1982132521 (2023). Une critique essentielle des défauts des études de genre en tant que science.
- *Irreversible Damage* - **Abigail Shrier** ISBN-13 978-1800750364 (2021). À propos du DGAR/ROGD.
- *Time to Think* - **Hannah Barnes** ISBN-13 978-1800751118 (2023). À propos du scandale de Tavistock et de la science dérangeante et de l'histoire des soins de transition de genre comme un modèle de traitement erroné.
- *Trans* - **Helen Joyce** ISBN-13 978-0861543724 (2022). À propos des problèmes de l'idéologie de genre dans la perspective sociologique la plus large.
- *Detrans* - **Dr. Az Hakeem** ISBN-13 979-8862184549 (2023). À propos de la psychologie du comportement travestique et transsexuel et de ses conséquences sévères sur les personnes elles-mêmes, mais aussi sur leur environnement social.
- *When Kids Say They're Trans* - **Lisa Marchiano, Stella O'Malley & Sasha Ayad** ISBN-13 978-1800752641 (2023). Un guide pour les parents.
- *Lost in Trans Nation: A Child Psychiatrist's Guide Out of the Madness* - **Miriam Grossman** ISBN-13 978-1510777743 (2023).
- *The WPATH Files* - **Mia Hughes** (2024). Expose la corruption de la WPATH et comment cela a affecté tous les soins de genre dans le monde.
- *The Cass Review, Final Report* - **Hilary Cass** (2024). Les preuves scientifiques de ce que Barnes a déjà exposé dans son livre.
- Guide Ypomoni à l'intention des parents confrontés au questionnement de genre de leur enfant <https://ypomoni.org/wp-content/uploads/2023/02/Guide-Ypomoni-2.pdf>

Livres sur une approche plus générale

- *Bodies under Siege* - **Armando R. Favazza** ISBN-13 978-0801899669 (2011). À propos de l'automutilation, des blessures auto-infligées non suicidaires et de la modification corporelle dans la culture et la psychiatrie.
- *Crowds and Power* - **Elias Canetti** ISBN-13 978-0374518202 (1984). À propos du comportement collectif, des manies de masse, des cultes, des rituels extrêmes (auto-mutilation).
- *The Rape of the Mind* - **Joost A. M. Meerloo** ISBN-13 978-1-61577-376-3 (2009). À propos de la psychologie du contrôle de la pensée, du menticide et du lavage de cerveau.

Pas envie de lire? Pas de problème!

- Consultez des interviews sur **YouTube** avec les experts mentionnés ci-dessus, écoutez le podcast **Gender: A Wider Lens Podcast**.
- Allez sur **X** (et d'autres plateformes de médias sociaux) et suivez des organisations critiques du genre telles que **Genspect, Stats for Gender, PITT, Parents of Desisters, Do No Harm, CAN-SG, Therapy First** et bien d'autres.
- Approchez des **groupes de parents** et des **organisations critiques du genre**.
- **Écrivez des lettres** aux médias et aux politiciens et demandez de l'aide.
- Assistez à des **conférences** pour établir des connexions.

Eliza Mondegreen - 3 jours à la conférence de l'Association Professionnelle Européenne pour la Santé Transgenre⁸

« Dans une mise à jour inquiétante sur «l'intersectionnalité» de l'autisme et de l'identité transgenre chez les patients de la clinique néerlandaise, les chercheurs ont rapporté que, sur **30 patients** potentiellement éligibles pour participer à une étude de suivi de 17 ans, **quatre avaient refusé de participer, deux avaient effectué une détransition, une qui n'avait pas détransitionné exprimait de sérieux regrets à propos de la vaginoplastie, et deux étaient «décédés»**. Selon les chercheurs, les décès de ces deux patients montraient qu'il y a «deux faces de la médaille», qu'il n'y a «pas de boule de cristal», et que la question «ne doit pas être traitée sans nuance». Ce à quoi ressemble une approche «nuancée», personne ne s'est soucié de le spécifier. Est-il possible que la «nuance» signifie minimiser les résultats négatifs afin que personne ne tire de mauvaises conclusions ? Les intervenants ont préféré insister sur la «diversité» de leurs patients «trans-autistes», avec leur variété de démarches identitaires 17 ans après avoir commencé leur transition : «fée», «elfe», «non-binaire», «femme amicale et non intimidante», «cis» (lire : détransitionnée). «Chaque référence», ont déclaré les intervenants, y compris les patients décédés, ceux ayant détransitionné ou ayant éprouvé des regrets, «a suivi son propre parcours unique en ce qui concerne son identité de genre et son parcours de santé mentale.»

Encore et encore, les chercheurs et cliniciens ont présenté des résultats accablants qui suggèrent que quelque chose va gravement mal dans le monde des «soins affirmatifs de genre» puis ont négligé d'appliquer leurs résultats à leur travail, qui reste impératif et vital—même lorsque des patients décèdent. »

Enquête famille et amis

Une objectivation du point de vue parental

pour l'évaluation clinique avant de commencer les interventions affirmatives de genre

Les questions liées au genre sont complexes. Vous ou votre entourage pourriez ne pas comprendre tous les aspects. N'hésitez pas à demander de l'aide : contactez d'autres parents, posez des questions dans des groupes en ligne pertinents, adressez-vous à des organisations spécialisées dans les sujets critiques liés au genre.



Seize Questions Basées sur les Critères DSM-5-TR

Pour développer ce questionnaire, nous avons réécrit les critères DSM-5-TR sous forme de questions adaptées aux membres de la famille et aux connaissances. Nous avons pris deux caractéristiques de la section enfant et les avons appliquées au comportement des adolescents (Q7 et 8).

Présent

1. Existe-t-il une différence visible claire entre le sexe exprimé (expression de genre) et le sexe biologique?
0 Oui 0 Non 0 Peu clair
2. La personne exprime-t-elle un fort désir de se débarrasser de ses caractéristiques sexuelles primaires ou secondaires?
0 Oui 0 Non 0 Peu clair
3. La personne se présente-t-elle clairement comme du sexe opposé dans ses vêtements et son comportement?
0 Oui 0 Non 0 Peu clair
4. La personne exprime-t-elle fortement le désir de devenir du sexe opposé?
0 Oui 0 Non 0 Peu clair
5. La personne exprime-t-elle fortement le désir d'être traitée comme du sexe opposé?
0 Oui 0 Non 0 Peu clair
6. La personne affiche-t-elle des sentiments et réactions typiques normalement associés au sexe opposé?
0 Oui 0 Non 0 Peu clair
7. Voyez-vous des expressions dans leurs préférences musicales, films, anime, passe-temps, qui sont stéréotypiques du sexe opposé?
0 Oui 0 Non 0 Peu clair
8. Observez-vous si la personne préfère socialiser avec des groupes du sexe opposé?
0 Oui 0 Non 0 Les deux

Passé

9. La personne a-t-elle montré un fort désir d'être du sexe opposé étant enfant?
0 Oui 0 Non 0 Peu clair
10. La personne portait-elle des vêtements typiques du sexe opposé étant enfant?
0 Oui 0 Non 0 Peu clair
11. La personne a-t-elle montré une forte préférence pour les rôles du sexe opposé dans le jeu imaginaire ou fantaisiste étant enfant?
0 Oui 0 Non 0 Peu clair
12. La personne a-t-elle montré une forte préférence pour les jouets, les jeux ou les activités stéréotypiquement associés au sexe opposé étant enfant?
0 Oui 0 Non 0 Les deux
13. Enfant, la personne avait-elle une forte préférence pour les camarades de jeu du sexe opposé?
0 Oui 0 Non 0 Les deux
14. Enfant, la personne avait-elle une forte aversion pour les jouets, les jeux et les activités typiques de leur sexe?
0 Oui 0 Non 0 Peu clair
15. Enfant, la personne avait-elle une forte aversion pour sa propre anatomie sexuelle?
0 Oui 0 Non 0 Peu clair
16. Enfant, la personne avait-elle un fort désir des caractéristiques sexuelles physiques correspondant à leur genre ressenti?
0 Oui 0 Non 0 Peu clair

Questions sur le parcours de la personne et l'influence sociale

1. L'identité trans est-elle apparue soudainement pendant ou après la puberté sans signes préalables dans l'enfance?
0 Oui 0 Non 0 Je ne sais pas
2. Pensez-vous que la personne pourrait être influencée par des amis?
0 Oui 0 Non
3. Y a-t-il des personnes trans/non-binaires/'queer' dans leur classe ou leur groupe d'amis?
0 Oui 0 Non 0 Je ne sais pas
4. Pensez-vous que l'information en ligne joue un rôle dans l'auto-diagnostic de la personne?
0 Oui 0 Non 0 Je ne sais pas
5. Pensez-vous que cette personne pourrait avoir d'autres troubles de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression ou un trouble du spectre de l'autisme?
0 Oui 0 Non 0 Je ne sais pas
Si oui, quel comportement notable la personne présente-t-elle?
6. La personne se comportait-elle différemment étant enfant ou avant l'expression de son auto-diagnostic par rapport à maintenant?
0 Oui 0 Non
Si oui, pouvez-vous décrire comment ce changement se manifeste?
7. La personne s'est-elle éloignée de la famille et/ou des anciens amis peu avant ou après son 'coming out' comme trans/non-binaire?
0 Oui 0 Non
8. La plupart de leurs amitiés et activités sont-elles désormais liées à leur identité trans?
0 Oui 0 Non 0 Je ne sais pas
9. Avez-vous l'impression que la personne est confuse au sujet de son identité et fait un mauvais auto-diagnostic?
0 Oui 0 Non
10. Pensez-vous que pour cette personne, une identité trans pourrait n'être qu'une chose temporaire et intéressante?
0 Oui 0 Non 0 Je ne sais pas



Questions supplémentaires

1. L'impression de la famille devrait-elle être fortement prise en compte dans le diagnostic?
 Oui Non
Pourquoi pensez-vous cela?
2. Les avis du médecin généraliste et des autres prestataires de soins de santé devraient-ils également être sollicités et pris en compte?
 Oui Non
3. Pensez-vous que la personne pourrait être homosexuelle, bisexuelle ou asexuelle?
 Oui Non
4. Pourrait-il y avoir de la honte intériorisée concernant une possible homosexualité chez la personne?
 Oui Non Je ne sais pas
5. La famille pourrait-elle avoir des problèmes avec les personnes homosexuelles?
 Oui Non Je ne sais pas
Si oui, pouvez-vous fournir une explication ?
6. Leur groupe religieux/espace de travail/clubs sportifs pourraient-ils avoir des problèmes avec les personnes homosexuelles?
 Oui Non Je ne sais pas
7. Avez-vous un aperçu de ce qui rend la personne malheureuse avec son corps?
 Oui Non
Si oui, veuillez préciser.
8. Avez-vous vous-même déjà ressenti une détresse importante liée au genre quand vous étiez plus jeune, ou maintenant?
 Oui Non
Si oui, veuillez préciser.
9. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter concernant le diagnostic de la personne ou ce questionnaire?



10a. Question de consentement éclairé (concernant les hommes)

La littérature médicale documente les principales complications potentielles suivantes*:

Bloqueurs de puberté

- Altération permanente de la fonction sexuelle, y compris la fertilité et l'absence de développement de l'orgasme^{32,33}
- Effets à long terme sur la densité osseuse (ostéoporose) et le développement¹⁰
- Impact négatif sur le fonctionnement neuropsychologique¹⁰
- Tissu génital sous-développé, compromettant potentiellement les options chirurgicales futures¹¹

Traitement à l'œstrogène en combinaison avec (l'utilisation hors indication d')anti-androgènes

- Risque accru de mortalité¹²
- Résistance à l'insuline (33% des patients) avec risque accru de diabète¹³
- Risque accru de cancer (principalement du sein et du foie, voir aussi ci-dessous)
- 26 fois plus de chances d'avoir un cancer des testicules (1 sur 100 patients)¹⁴
- Prise de poids significative et redistribution des graisses corporelles
- Thrombose (5 % des trans femmes, 22 fois plus élevée que chez les hommes cis)¹⁵
- Complications cardiovasculaires, taux de mortalité 2,6 fois plus élevé¹²
- Réduction importante de la masse musculaire
- Infertilité permanente (très courante)¹⁶
- Changements de fonction sexuelle, impuissance¹⁷
- Perte progressive de densité osseuse

Complications post-chirurgicales (suite à une vaginoplastie)

- Prolapsus d'organe (jusqu'à 7.5%)¹⁸
- Incontinence urinaire (jusqu'à 15%)¹⁸
- Symptômes chroniques des voies urinaires (jusqu'à 20%)¹⁸
- Décès causé par des infections, taux de mortalité 9 fois plus élevé¹²
- Dysfonction sexuelle (jusqu'à 75%)¹⁸
- Absence d'orgasme (les études sont extrêmement biaisées et présentent des chiffres déformés en raison de mauvaises méthodologies)



Considérations universelles

- **11% des hommes (trans femmes) ayant un âge moyen de 23 ans sont décédés après une moyenne de 11 ans**¹²
- Dépendance permanente à la thérapie hormonale et à la supervision médicale^{19,20}
- Risque substantiel de complications médicales graves^{11,12,13,14,15,16,18, 21,22,23,24,25,26,27,32,33}
- Forte probabilité de perte reproductive et sexuelle permanente¹⁶
- Risque de suicide persistant après la transition, taux de mortalité 7 fois plus élevé chez les hommes¹²
- Changements irréversibles avec des recherches à long terme limitées, effets non compris²⁸
- Possibilités de rencontres extrêmement limitées, causant de la solitude, un manque d'intimité, un stress relationnel, une dépression
- **Aucun bénéfice démontré pour la santé mentale (PB et CSH, chirurgie)**⁷

Question au membre de la famille: Maintenant que vous avez examiné en détail ces implications médicales et compris les impacts potentiels à long terme, pensez-vous que c'est le parcours de traitement optimal? 0 Oui 0 Non

Question à la clinique: Avez-vous examiné en détail ces implications médicales, en avez-vous informé le patient et déterminé que c'est le traitement optimal ? 0 Oui 0 Non

Si oui, pourquoi est-ce le traitement le plus optimal?

Dr. Stephen Levine - La réalité derrière les évaluations des jeunes «trans» (Denver, USA, 2023)

« Je leur dis avant qu'ils commencent les hormones que s'ils deviennent dépressifs, je veux qu'ils considèrent la possibilité que cela soit dû à leur transition et non à autre chose. Et je veux qu'ils aient la force et le courage de reconnaître que, comme beaucoup d'entre nous dans la vie, il se pourrait qu'ils aient fait une erreur.

Autant que je puisse en juger, les endocrinologues n'arrêtent presque jamais l'application des hormones aux personnes avec lesquelles ils ont commencé. Tous les détransitionneurs, si vous leur parlez, ont arrêté leurs hormones, pas le médecin. Même lorsqu'ils sont dépressifs, même lorsqu'ils ont tenté de se suicider, le médecin continue le traitement. »

* Sources sur la page après la prochaine page.

10b. Question de consentement éclairé (concernant les femmes)

La littérature médicale documente les principales complications potentielles suivantes*:

Bloqueurs de puberté

- Altération permanente de la fonction sexuelle, y compris la fertilité et l'absence de développement de l'orgasme^{34,35,36}
- Effets à long terme sur la densité osseuse (ostéoporose) et le développement¹⁰
- Impact négatif sur le fonctionnement neuropsychologique¹⁰

Traitement à la testostérone

- Risque accru de mortalité¹²
- Perte progressive de densité osseuse (14 % développent une ostéoporose, 22 % développent une ostéopénie)²⁹
- Atrophie du tissu vaginal²¹ et complications urinaires (87 %)^{22,30}
- Hystérectomie/oophorectomie (ablation de l'utérus et des ovaires) généralement nécessaire après 3 à 5 ans de traitement en raison de problèmes chroniques²²
- Douleurs pelviennes et génitales chroniques²³ et infertilité permanente²²
- Kystes ovariens et complications de l'endomètre²³
- Perturbation métabolique²⁴ et prise de poids et changements d'appétit²⁶
- Changements importants d'humeur et émotionnels¹⁰
- Complications hépatiques graves²⁵
- Dysfonctionnement du plancher pelvien (DPF) (94 %)³⁰
- Dysfonction sexuelle (53 %)³⁰
- Symptômes anorectaux (45 %)³⁰

Complications post-chirurgicales (suite à une hystérectomie et une phalloplastie)

- Prolapsus d'organe (jusqu'à 4 %)¹⁸
- Incontinence urinaire (jusqu'à 50 %)¹⁸
- Symptômes chroniques des voies urinaires (jusqu'à 37 %)¹⁸
- Dysfonction sexuelle (jusqu'à 54 %)¹⁸
- Absence d'orgasme (les études sont extrêmement biaisées et présentent des chiffres déformés en raison de mauvaises méthodologies)



Considérations universelles

- **3% des femmes (trans hommes) ayant un âge moyen de 23 ans sont décédés après une moyenne de 11 ans**¹²
- Dépendance permanente à la thérapie hormonale et à la supervision médicale^{19,20}
- Risque substantiel de complications médicales graves^{11,12,13,14,15,16,18, 21,22,23,24,25,26,27}
- Forte probabilité de perte reproductive et sexuelle permanente¹⁶
- Risque de suicide persistant après la transition, taux de mortalité 7 fois plus élevé chez les hommes¹²
- Changements irréversibles avec des recherches à long terme limitées, effets non compris²⁸
- Possibilités de rencontres extrêmement limitées, causant de la solitude, un manque d'intimité, un stress relationnel, une dépression
- **Aucun bénéfice démontré pour la santé mentale (PB et CSH, chirurgie)**⁷

La testostérone est une substance classée en annexe III aux Etats-Unis

Voici un aperçu simplifié ; pour une explication plus détaillée, veuillez vous référer au classement des substances de la DEA.³¹

Annexe I : Héroïne, LSD, marijuana, MDMA (ecstasy), peyotl

Annexe II : Cocaine, méthamphétamine, méthadone, fentanyl, Dexedrine, Ritaline

Annexe III : Kétamine, codéine (dans certaines formulations), stéroïdes anabolisants, **testostérone**

Annexe IV : Valium, Xanax, tramadol

Annexe V : Sirops contre la toux contenant de faibles doses de codéine

Il est souvent remarqué que les filles qui prennent de la testostérone la perçoivent initialement comme une expérience positive. Cela n'est pas surprenant, car la testostérone peut avoir des effets stimulants similaires à ceux d'autres substances. Bien que les premières années puissent ressembler à une **«phase de lune de miel»**, ses effets secondaires mentaux et physiques apparaissent souvent avec le temps, conduisant à ce qui pourrait être décrit comme les **«années de gueule de bois»**.

Question au membre de la famille: Maintenant que vous avez examiné en détail ces implications médicales et compris les impacts potentiels à long terme, pensez-vous que c'est le parcours de traitement optimal? Oui Non

Question à la clinique: Avez-vous examiné en détail ces implications médicales, en avez-vous informé le patient et déterminé que c'est le traitement optimal ? Oui Non Si oui, pourquoi est-ce le traitement le plus optimal?

Dr. Stephen Levine - La réalité derrière les évaluations des jeunes «trans» (Denver, USA, 2023)

« Je leur dis avant qu'ils commencent les hormones que s'ils deviennent dépressifs, je veux qu'ils considèrent la possibilité que cela soit dû à leur transition et non à autre chose. Et je veux qu'ils aient la force et le courage de reconnaître que, comme beaucoup d'entre nous dans la vie, il se pourrait qu'ils aient fait une erreur.

Autant que je puisse en juger, les endocrinologues n'arrêtent presque jamais l'application des hormones aux personnes avec lesquelles ils ont commencé. Tous les détransitionneurs, si vous leur parlez, ont arrêté leurs hormones, pas le médecin. Même lorsqu'ils sont dépressifs, même lorsqu'ils ont tenté de se suicider, le médecin continue le traitement. »

* Sources sur la page suivante.

Quelques questions personnelles

1. Quel est votre âge?
2. Quel est votre niveau d'études?
3. Quel est votre dernier poste occupé?
4. Êtes-vous religieux?
 - 0 Très religieux
 - 0 Sérieusement religieux
 - 0 Moyennement religieux
 - 0 Je crois en quelque chose
 - 0 Pas du tout
5. Comment décririez-vous votre orientation politique?
 - Gauche / Droite / Centre / Je ne veux pas dire
6. Quelle est votre position sur des libertés telles que le mariage homosexuel, l'euthanasie, l'avortement et la transition de genre (si bien étudiée)?

	mariage homosexuel	euthanasie	avortement	transition de genre
C'est fantastique que cela soit possible	0	0	0	0
Pas de problème avec cela	0	0	0	0
Je me fiche de ce que font les autres	0	0	0	0
Inquiétant	0	0	0	0
Fortement contre	0	0	0	0

Sources pour les questions de consentement éclairé sur les deux pages précédentes:

- 10 **Transgender Interventions Harm Children** <https://acpeds.org/transgender-interventions-harm-children>
- 11 Zinnia Jones (Dec 2018) **Use of puberty blockers in transgender girls, effects on genital tissue development, and vaginoplasty options** <https://genderanalysis.net/2018/12/use-of-puberty-blockers-in-transgender-girls-effects-on-genital-tissue-development-and-vaginoplasty-options/>
- 12 C.J.M. de Blok et al. (Sep 2021) **Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria** <https://www.transvisie.nl/wp-content/uploads/2021/09/lancet-mortality-transgender.pdf>
- 13 A. Maassen van den Brink & A.J. van Zonneveld (16 sep 2019) **De rol van hormonen bij migraine en diabetes** <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/de-rol-van-hormonen-bij-migraine-en-diabetes#:~:text=Als%20je%20wilt%20onderzoeken%20wat,ontwikkelt%2C%20een%20voorstadium%20van%20diabetes>
- 14 E. M. Shanker et al. (2024) **Exploring the Incidence of Testicular Neoplasms in the Transgender Population: A Case Series** <https://meridian.allenpress.com/aplm/article/doi/10.5858/arpa.2024-0218-OA/503894>
- 15 M. Kerrebrouck et al. (20 Jan 2022) **Thrombophilia and hormonal therapy in transgender persons: A literature review and case series** <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9621226/>
- 16 Paula Amatoet al. **Fertility Details for Trans Women** <https://www.fertilityiq.com/fertilityiq/trans-feminine-fertility/fertility-details-for-trans-women#transition-and-fertility>
- 17 N. Fujita et al. (11 Jun 2024) **Association between sex hormones and erectile dysfunction in men without hypoandrogenism** <https://www.nature.com/articles/s41598-024-64339-3>
- 18 M. Dominoni et al. (14 Nov 2024) **Pelvic floor and sexual dysfunctions after genital gender-affirming surgery: a systematic review and meta-analysis** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39545366/#:~:text=Sexual%20dysfunctions%20were%20reported%20by,irritative%20symptoms%20up%20to%2037%25>
- 19 M. Fradd **How the Medical World Is Creating Lifelong Patients** <https://pintswithaquinas.com/how-the-medical-world-is-creating-lifelong-patients>
- 20 M. den Heijer **Long term hormonal treatment for transgender people** <https://www.bmj.com/content/bmj/359/bmj.j5027.full.pdf>
- 21 P. J. Cheng et al. (Jun 2019) **Fertility concerns of the transgender patient** <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6626312/>
- 22 **Information on Cleveland Clinic website** <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15500-vaginal-atrophy>
- 23 Juno Obedin-Maliver (Jun 2016) **Pelvic pain and persistent menses in transgender men** <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/pain-transmen>
- 24 Leila Hashemiet al. (Jun 2024) **Gender-Affirming Hormone Treatment and Metabolic Syndrome Among Transgender Veterans** <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820670>
- 25 **Liver Care for Transgender and Gender-Diverse Individuals** <https://www.uchicagomedicine.org/conditions-services/transgender-care-services/liver-disease-care>
- 26 J. Mitchell (19 Aug 2021) **Testosterone linked to weight gain and higher rates of obesity among transmasculine people; physicians should monitor long term weight changes in transgender patients** <https://www.bidmc.org/about-bidmc/news/2021/08/study-reveals-gender-affirming-hormone-therapies-impact-obesity-transgender-individuals>
- 27 E. Abbruzzeseet al. (2 Jan 2023) **The Myth of "Reliable Research" in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed** <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2022.2150346>
- 28 Helene Frances Hedian **Gender-Affirming Hormone Therapy (GAHT)** <https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/gender-affirming-hormone-therapy-gaht>
- 29 G. Giacomelli et al. (27 Mai 2022) **Bone health in transgender people: a narrative review** <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20420188221099346>
- 30 Lyvia Maria Bezerra da Silva et al. (24 April 2024) **Pelvic Floor Dysfunction in Transgender Men on Gender-affirming Hormone Therapy: A Descriptive Cross-sectional Study** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38662108/>
- 31 DEA United States Drug Enforcement Administration **Drug Scheduling** <https://www.dea.gov/drug-information/drug-scheduling>
- 32 Melissa Rudy (Avr 2024) **Puberty blockers could cause long-term fertility and health issues for boys, study finds: 'May be permanent'** <https://www.foxnews.com/health/puberty-blockers-could-cause-long-term-fertility-health-boys-study-may-be-permanent>
- 33 Murugesh et al.. 2024 **Puberty Blocker and Aging Impact on Testicular Cell States and Function** <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2024.03.23.586441v1>
- 34 D. Ehrensaf (2017) **Gender nonconforming youth: current perspectives** <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5448699/>
- 35 Bangalore Krsihna K. et al. (Jul 2019) **Use of Gonadotropin-Releasing Hormone Analogs in Children: Update by an International Consortium** <https://www.karger.com/Article/FullText/501336>
- 36 **Marci Bowers, President of WPATH, talking about Puberty Blockers**, YT, 29.06.2023 <https://www.youtube.com/watch?v=kuwOx9YdHXy>

	Nom du membre de la famille ou de l'ami	Relation avec la personne
A :
B :
C :
D :
E :
F :
G :
H :
I :
J :
K :
L :

Utilisez les codes couleur suivants pour indiquer les réponses:

Oui: **Vert**
 Non: **Rouge**
 Les deux/Incertain: **Orange**

Partie 1 - Basée sur les critères du DSM-5-TR

Présent	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Question 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Passé												
Question 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Partie 2 - Indicateur ROGD

Question 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Partie 3 - Questions supplémentaires

Question 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Question 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Question de consentement éclairé

Question 10 Transition?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Signature des parents:

Date:



À donner à la consultation

Questionnaire parental

Une analyse des comorbidités

À examiner par la consultation de genre avant de commencer le traitement affirmatif

Les questions liées au genre sont complexes. Vous ou votre entourage pourriez ne pas comprendre tous les aspects. N'hésitez pas à demander de l'aide : contactez d'autres parents, posez des questions dans des groupes en ligne pertinents, adressez-vous à des organisations spécialisées dans les sujets critiques liés au genre.

Comorbidités possibles

En tant que parent, veuillez indiquer (dans la rangée verte «oui / non») si vous observez l'une des caractéristiques suivantes pouvant être pertinentes pour l'incongruence de genre autodéclarée de votre enfant (cochez tout ce qui s'applique).

Pour chaque caractéristique observée, demandez à la consultation si elle reconnaît également cela dans son évaluation.

Les conditions coexistantes les plus importantes et les plus fréquentes

Homophobie intériorisée

Haine de soi

Autisme

Solitude

Famille:

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

Clinique

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

Symptômes de ROGD

Le coming out comme trans était complètement inattendu

Le coming out ne correspond pas à l'image attendue d'une «personne trans»

Contagion sociale par des amis

Contagion sociale par internet

Détérioration mentale après le coming out

Augmentation soudaine des mensonges

Changements soudains de comportement après le coming out

Honte ou réticence à s'exprimer comme le sexe opposé (ex. vis-à-vis de la famille)

Création de deux mondes séparés (famille/maison vs amis ou école, triangulation)

Recherche d'attention (négative) en se déclarant «trans» ou «non-binaire»

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

Traumatismes

Harcèlement vécu actuellement ou dans le passé

Problèmes dus au divorce des parents

Anxiétés adolescentes

Antécédents d'abus sexuel

Expérience de violence physique

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

Immaturité, problèmes sociaux et relationnels

Comportement immature ou enfantin

Peu ou pas d'expérience avec des petits amis ou des partenaires romantiques

Réticence à toucher les autres (y compris des partenaires potentiels)

Haine de l'hétéronormativité (ou, par exemple, « le patriarcat » si masculin)

Croyances politiques extrêmes

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

Problèmes psychologiques

Diagnostic antérieur d'un trouble (selon le DSM)

TDAH ou TDA

Trouble dysmorphique corporel (préoccupation concernant des défauts perçus de l'apparence physique)

Automutilation (comme se couper, se griffer, anorexie, boulimie...)

Peur de l'attachement

Anxiétés sexuelles

Signes de traits narcissiques (image de soi gonflée ou syndrome de Peter Pan)

Signes de traits Borderline (triangulation, conflits, automutilation, menaces de départ)

Trouble factice (anciennement syndrome de Munchhausen) (CIM 6D50, DSM-5-TR 300.19)

(autre problème possible au lieu de trans)

Si féminin: Hostilité exprimée envers les hommes conventionnellement masculins

Si masculin: Hostilité exprimée envers les femmes conventionnellement féminines

Transmaxxing³¹

Autogynéphilie³², transvestique fetishism (une paraphilie, DSM-5-TR 302.3 (F65.1))

Autres caractéristiques non spécifiées 1:

Autres caractéristiques non spécifiées 2:

Autres caractéristiques non spécifiées 3:

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

oui / non

Question au médecin: Pour chaque élément marqué différemment par rapport à l'avis des parents ci-dessus, veuillez fournir votre raisonnement clinique expliquant pourquoi votre évaluation diffère des observations de la famille.

³¹ Le **Transmaxxing** est un phénomène controversé où des hommes, principalement issus de communautés en ligne dites "incel" (célibataires involontaires), poursuivent une transition de genre pour des avantages sociaux perçus plutôt que pour une détresse liée au genre. Ces avantages peuvent inclure un meilleur traitement social ou l'échappatoire à des pressions sociales masculines.

³² L'**Autogynéphilie (AGP)** est une **paraphilie** caractérisée par une excitation sexuelle liée à l'idée d'être une femme. Cette condition peut conduire à des résultats problématiques si des interventions chirurgicales sont entreprises. Par exemple, des procédures comme la castration peuvent entraîner une diminution de la libido, provoquant des regrets significatifs. L'AGP représente une condition paraphilique plutôt qu'une identité de genre, et les traitements affirmatifs de genre ne sont pas recommandés dans ce cas (**Dr. Az Hakeem - DETRANS: When Transition Is Not the Solution**, ISBN 979-8862184549).

Questions pour le spécialiste concernant les questions éthiques et la responsabilité

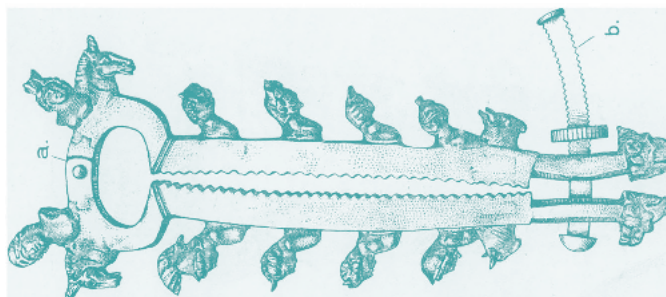
Les protocoles actuels de soins affirmatifs pour le genre révèlent une absence notable de directives cliniques sur les implications à long terme pour **les relations intimes** et **la fonction sexuelle**. Cette lacune critique nécessite une attention urgente, d'autant plus que les procédures impliquent des modifications physiologiques permanentes.

1. Quel protocole documenté la consultation utilise-t-elle pour différencier la détresse liée au genre d'autres conditions sur la base de critères cliniques objectifs?
2. Comment la consultation s'assure-t-elle que les interventions de modification corporelle ne nuisent pas à la fonction intime à long terme ou à d'autres aspects cruciaux de la vie?
3. Quels critères cliniques valident la détresse liée au genre auto-déclarée par une personne, et quel soutien basé sur des preuves justifie ces interventions, étant donné que la détresse auto-déclarée est subjective et non mesurable?
4. Veuillez fournir votre protocole pour autoriser des interventions permanentes pour la détresse liée au genre, en particulier lorsque des interventions similaires (par exemple, les mutilations génitales féminines telle l'excision ou l'amputation volontaire) sont interdites pour d'autres conditions corporelles. Quelle est la justification fondée sur des preuves pour cette distinction?
5. Quels protocoles établissent la nécessité médicale et le consentement éclairé, surtout en l'absence de données sur les résultats à long terme?
6. **'In dubio abstinence'** (en cas de doute, abstenez-vous) est un principe fondamental de l'éthique médicale. Les soins affirmatifs de genre respectent-ils ce principe?
7. Veuillez lire l'anecdote du père ci-dessous. Avons-nous affaire à une variante de la *'Banalité du mal'* d'**Hannah Arendt**?
8. La chirurgie plastique adhère généralement au principe de préserver la forme naturelle ; par exemple, on n'ajoute pas de queue, ni ne retire d'yeux pour créer un cyclope. Cette norme éthique s'applique-t-elle dans votre protocole ? Nous posons cette question spécifiquement pour les identités de genre non-binaires, nullo et eunuque. Est-il éthique et légal de répondre à ces identités par la chirurgie?
9. Est-il éthique d'aider des individus à satisfaire leurs désirs si cela entraîne une perturbation sociale, comme la désintégration des familles ou l'érosion des droits des femmes?
10. Compte tenu des limites substantielles en matière de validation fondée sur des preuves pour le modèle affirmatif de genre, est-il éthique de demander aux membres de la famille de faire confiance à ce processus?

Merci de répondre à cette question de logique

11. Si l'identité de genre est à la fois innée et immuable, comme le suggère la théorie du genre, mais inclut des identités fluides, comment les interventions médicales peuvent-elles être jugées nécessaires sans violer les principes de **'ne pas nuire'** et **'in dubio abstinence'** face à ce paradoxe?
12. Soins affirmatifs de genre: si les organes génitaux ne définissent pas le genre, comment leur ablation peut-elle l'affirmer?

Ces questions visent à clarifier le raisonnement clinique et la documentation soutenant les protocoles de traitement actuels.



Un père posant des questions dans une clinique néerlandaise

*«La conversation avec le psychologue clinicien est allée au-delà de la simple question du pourcentage de personnes ayant des regrets après leur transition. Cette question est incomplète. La véritable question devrait être de savoir si les personnes bénéficient d'une amélioration de leur qualité de vie grâce aux procédures de réassignation sexuelle. Et voici la déclaration la plus remarquable du psychologue clinicien: **“La transition ne rend pas heureux.”** Nous avons répondu: **“Hein? Alors pourquoi la fait-on?!”** Le psychologue clinicien a répété cette affirmation plusieurs fois au cours de notre conversation. Nous avons été choqués d'entendre cela admis si ouvertement. **Nous ne le comprenons toujours pas.**»*

15 Questions scientifiques pour le spécialiste

La liste remarquable de Levine, citée à la page 10, soulève 15 questions scientifiques cruciales. Ces questions peuvent aider les parents à engager une conversation critique et constructive avec les spécialistes sur les hypothèses sous-jacentes du modèle de soins affirmatifs de genre.

1. Est-il scientifiquement prouvé qu'une identité trans, une fois établie, est véritablement immuable et inchangeable à vie?
2. Quelles preuves soutiennent l'idée que les identités trans sont principalement causées par des facteurs biologiques prénataux ? Cette théorie ne risque-t-elle pas de simplifier à l'excès une question complexe?
3. Comment peut-on affirmer que l'orientation sexuelle et l'identité de genre sont entièrement indépendantes, alors que les schémas de développement suggèrent souvent qu'elles sont interconnectées? La médicalisation précoce ne limite-t-elle pas la découverte de l'homosexualité?
4. Est-il raisonnable de supposer qu'aucune forme d'identité de genre ne pourrait refléter un trouble psychologique sous-jacent?
5. Comment peut-on affirmer que la dysphorie de genre est une condition médicale sérieuse, tout en considérant que le traitement n'est nécessaire que si le patient le désire?
6. Les défis émotionnels rencontrés par les enfants atteints de dysphorie de genre sont-ils entièrement causés par la discrimination, ou d'autres facteurs psychologiques préexistants pourraient-ils y contribuer?
7. Pourquoi affirme-t-on souvent qu'il n'existe pas d'alternatives efficaces aux soins affirmatifs alors que d'autres approches existent?
8. Est-il éthique d'assimiler toutes les formes de psychothérapie pour la dysphorie de genre à une thérapie de conversion, et cette psychothérapie devrait-elle être universellement interdite ? La transition médicale n'est-elle pas une conversion du corps sexuel?
9. Sur quelles bases scientifiques affirme-t-on que les soins affirmatifs conduisent à des améliorations durables de la santé mentale et du fonctionnement social?
10. Existe-t-il des preuves crédibles que les soins affirmatifs réduisent les idées suicidaires et préviennent le suicide à long terme, en particulier à la lumière des études montrant des taux de suicide élevés chez les adultes post-opération?
11. Comment peut-on être certain que de très jeunes adolescents savent ce qui leur apportera du bonheur à long terme, étant donné les changements développementaux et cognitifs qu'ils traversent encore?
12. Le fait de répondre aux critères diagnostiques de la dysphorie de genre garantit-il un bon résultat avec les soins affirmatifs, ou existe-t-il des cas où ce n'est pas le cas?
13. Si les regrets et la détransition sont rares, pourquoi les témoignages de détransition sont-ils de plus en plus fréquents? Les définitions actuelles du "regret" sont-elles trop étroites pour saisir l'ensemble du phénomène?
14. Comment une clinique peut-elle justifier l'utilisation d'un diagnostic du DSM, qui par définition est un instantané, comme base pour des modifications corporelles permanentes et irréversibles?
15. Les 14 questions ci-dessus résument les affirmations fondamentales entourant les soins affirmatifs. Si ces idées sont inexactes ou scientifiquement non étayées, comment peut-on faire confiance aux interventions qui en découlent?



Quelques étapes importantes

Rédigez l'historique et vos points de vue sur le sujet

Nous vous recommandons d'organiser vos idées en écrivant une lettre détaillée. Décrivez comment la situation a commencé, exposez les caractéristiques comportementales de votre enfant et partagez votre perspective sur ce que vous pensez qu'il se passe. Remettez cette lettre à la fois à la consultation de genre et à votre médecin généraliste. **Envoyez une version imprimée par courrier recommandé avec accusé de réception pour documentation officielle, et une copie par e-mail pour une communication plus rapide.**

Signalez les signes de honte, de comportements problématiques et d'attentes irréalistes

Si les résultats de l'enquête révèlent de la honte liée à l'expression de genre (ou d'autres indicateurs comportementaux problématiques), la consultation de genre doit aborder ce problème. Toute inquiétude soulevée par vous ou d'autres proches doit entraîner un suivi clair et logique, avec une explication de l'approche de la consultation. **La honte est fondamentalement incompatible avec la médicalisation**, car elle peut aggraver les dommages iatrogènes lorsque les changements physiques résultant des interventions médicales deviennent visibles. Il est essentiel que la personne surmonte ses sentiments de honte avant d'avancer dans les étapes suivantes.

Votre médecin généraliste est votre allié

Partagez vos préoccupations avec votre médecin généraliste dans un document écrit, soutenu par des sources crédibles qui valident vos inquiétudes. La controverse médicale en cours autour des soins affirmatifs de genre évolue encore, et de nombreux généralistes peuvent ne pas encore être pleinement informés, s'appuyant souvent sur la confiance envers les consultations spécialisées — un phénomène connu sous le nom de "chaîne de confiance". C'est votre responsabilité de présenter les lacunes des soins affirmatifs de genre que vous avez identifiées dans la littérature.

De plus, informez votre médecin généraliste de votre ressenti en tant que parent concernant votre traitement dans la clinique, en particulier si vos opinions sont rejetées, ignorées, ou si vous êtes exclu des discussions concernant les soins de votre enfant.

Quel est le niveau de connaissances et d'expérience du spécialiste?

Dressez une liste de questions et demandez des réponses écrites. Interrogez le spécialiste sur les sources que vous avez lues. Le spécialiste a-t-il également consulté cette littérature ? Si ce n'est pas le cas, qu'est-ce qui le qualifie comme expert ? Quel est le niveau de connaissances et d'expérience du spécialiste?

Demandez à la consultation de genre de consulter le médecin généraliste

Il est conseillé de demander à la clinique de consulter le médecin généraliste (MG) pour inclure son point de vue. **Si l'opinion du MG diffère de celle de la consultation de genre, elle ne devrait pas être rejetée sans une explication claire et logique.** Faire cette demande encourage la consultation à agir de manière transparente et responsable, contribuant ainsi à atténuer les éventuels problèmes juridiques à l'avenir.

Envoyez des copies du questionnaire à votre médecin généraliste et à la compagnie d'assurance

Nous recommandons de partager le questionnaire complété avec les **médecins généralistes** et les **compagnies d'assurance** pour s'assurer que toutes les parties concernées sont bien informées des enjeux complexes liés à la transition médicale. Étant donné qu'un diagnostic de dysphorie de genre ne peut pas être mesuré objectivement, il est crucial de communiquer les résultats de du questionnaire à la compagnie d'assurance, surtout s'ils diffèrent de l'auto-diagnostic de votre enfant. Cela garantit que la consultation est tenue de justifier pourquoi l'auto-diagnostic prévaut sur la perspective de la famille et pourquoi les interventions médicales, qui comportent des risques importants pour la santé, sont considérées comme la seule solution viable. **Envoyez la lettre sous forme imprimée par courrier recommandé avec accusé de réception et transmettez-la également par e-mail pour une livraison plus rapide.**



Entrer dans un champ de mines juridique

Une fois qu'un diagnostic est posé, l'évaluation clinique doit clairement réfuter les préoccupations mentionnées ci-dessus. Il est essentiel que tous les facteurs pouvant contribuer à l'incongruence de genre auto-déclarée de la personne fassent l'objet d'une enquête approfondie. Aborder ces facteurs pourrait résoudre les préoccupations exprimées et potentiellement éliminer la nécessité d'interventions médicales irréversibles.

De plus, il doit être démontré dans quelle mesure des comorbidités sont présentes et pourquoi elles ne constituent pas un biais diagnostique.

Une enquête soigneusement documentée qui examine les comorbidités est cruciale, en particulier au vu des procédures drastiques et irréversibles effectuées par les consultations. **Nous avons des indications claires que de tels rapports font actuellement défaut, ce qui pourrait entraîner des problèmes juridiques importants.** Les compagnies d'assurance semblent ignorer ces problèmes. Une fois qu'elles en prendront conscience, des questions fondamentales seront probablement soulevées pour éviter des risques juridiques et financiers. Envoyer les résultats de notre enquête aux compagnies d'assurance contribue à sensibiliser à ces enjeux.

De plus, nous ne devons pas oublier que la connaissance à long terme et la proximité des parents avec leur enfant ne sont pas reconnues dans le processus de prise de décision. Ce rejet systématique de la contribution parentale pose d'importantes questions médico-légales. **Comment est-il possible que les cliniques de genre rejettent systématiquement cette source cruciale d'informations cliniques?**

Maintenant que cette enquête est disponible, la question se pose de savoir quand les impressions parentales ont été prises en compte. Les consultations peuvent-elles démontrer que cela a été fait de manière adéquate dans les cas passés? Et comment les décisions cliniques historiques s'alignent-elles avec les résultats des familles ayant complété notre évaluation systématique?

Il est attendu que cette enquête pose des défis significatifs aux cliniques de genre, d'autant plus qu'il devient évident que les impressions parentales ont été systématiquement ignorées. Il ne peut plus être soutenu que les apports des parents sont sans importance, en particulier maintenant qu'il existe des preuves concrètes de la valeur et de l'impact de nos informations à travers cette enquête et vos réponses collectives à ces questions.

Si la clinique souhaite poursuivre le traitement, incluant la médication et la chirurgie, nous, en tant que parents, demandons que vous répondiez à chacune de nos questions point par point et envoyez vos réponses à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Déclaration Parentale

Avec cette déclaration, nous, en tant que parents, lançons un avertissement clair : nous pensons que le «traitement affirmatif de genre» ne devrait pas être poursuivi.

Si la consultation invoque le droit à la confidentialité des patients, nous transmettrons ce document à notre médecin de famille et à la compagnie d'assurance. De cette manière, ces parties pourront collaborer avec la consultation pour prendre une décision bien réfléchie. Cela signifie que toutes les parties partageront la responsabilité en cas de complications après le traitement, à moins qu'elles ne conseillent également de ne pas traiter le patient. Il est juste, en cas de préjudice, que des compensations et/ou des soins médicaux reconstructifs soient fournis à la demande du patient.

Nom du parent ou membre de la famille:

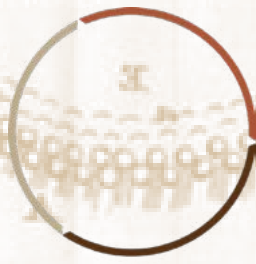
Date:

Adresse:

Signature du parent ou membre de la famille:



Soutenu par



memoma
VŌORZIJ
voor vrouwen

MY CHILD
IS NOT
YOUR CANVAS.

YPOMONI 
POUR UNE APPROCHE ÉTIQUE DES QUESTIONS DE GENRE

Genspect

Genspect

PARENTS

with **INCONVENIENT TRUTHS** about **TRANS**



BEYOND TRANS

GDSN

STATSFOR GENDER.ORG

GENDERPUNT

LGB ALLIANCE

Stephanie Davies-Arai - Directrice de Transgender Trend

« J'ai passé ces premières années à parler à des parents qui se trouvaient dans cette position terrible : non seulement ils devaient faire face à un problème réel avec leur adolescent, mais en plus, ils avaient le monde entier contre eux, pensant qu'ils étaient sectaires.

Normalement, lorsque vous avez des problèmes avec des adolescents – votre enfant a de mauvaises fréquentations, tombe dans la drogue, l'alcool, le sexe... Vous connaissez tous ces problèmes d'adolescence – au moins, vous avez le soutien de la société autour de vous. Il y a des gens qui éprouvent de la sympathie, d'autres qui vous blâment, mais vous obtenez de la sympathie. Vous pouvez en parler à vos amis.

Je parlais à des parents qui ne pouvaient même pas parler à leurs amis, car ils avaient peur qu'on leur dise qu'ils étaient sectaires ou transphobes. »

Dr. Stephen B. Levine

« Les parents (d'enfants qui s'identifient comme trans) ont simplement besoin qu'on leur donne l'opportunité de s'exprimer, de partager leurs points de vue. Les professionnels de la santé mentale doivent aider leurs jeunes patients à parler. Même les patients très intelligents manquent souvent d'une compréhension profonde d'eux-mêmes. Et bien sûr, ils manquent d'une compréhension profonde des autres. Ils n'ont pas un vocabulaire suffisant pour décrire les phénomènes psychologiques, et ils ont évidemment une expérience de vie limitée pour évaluer leurs propres expériences.

La grande majorité des parents avec lesquels j'ai travaillé au cours des 50 dernières années aiment profondément leur enfant. Ils ne sont pas l'ennemi de leur enfant. Le fait que les adolescents perçoivent leurs parents comme des ennemis reflète leur compréhension limitée et immature. »