

Les soins aux transsexuels doivent eux aussi répondre aux normes des sciences de la santé

[NRC Handelsblad, 31 décembre 2022](#)

La demande de soins pour les transsexuels [jeunes] continue d'augmenter. L'utilisation de bloqueurs de puberté - telle qu'elle a été lancée aux Pays-Bas - suscite une opposition internationale croissante. Jan Kuitenbrouwer et Peter Vasterman insistent sur la nécessité d'une recherche indépendante.



Un parent manifeste devant la Cour d'appel de Londres avant une audience sur les délais d'attente pour les soins aux transsexuels. Photo : Natalie Thomas/Reuters

"Les listes d'attente pour les soins aux personnes transgenres sont trop longues... Elles vous détruisent", [titrait RTL News](#) au début de l'année. Les cliniques néerlandaises spécialisées dans les soins aux personnes de genre sont submergées par une augmentation quasi exponentielle de la demande. Le gouvernement précédent a nommé un "[tsar](#)" chargé d'organiser une expansion spectaculaire de la capacité. Mais de quel type de soins a-t-on besoin ?

Jusqu'en 2010, les [orientations](#) vers les cliniques néerlandaises spécialisées dans le genre étaient en moyenne d'environ 200 par an, dont une soixantaine d'enfants et d'adolescents. Vers 2013, les chiffres ont doublé, puis ont connu une forte hausse chaque année. [En 2022, il y a près de 6 000 personnes sur la liste d'attente](#) et plus de 5 000 en traitement, dont 1 600 mineurs. Ce dernier groupe connaît une forte augmentation, avec 1 800 personnes supplémentaires sur la liste d'attente. Ces mineurs "ne se sentent pas chez eux dans leur propre sexe" et veulent "faire une transition". Cette tendance à la croissance est internationale. Le nombre de mineurs fréquentant la clinique britannique du genre Tavistock est passé de 51 en 2009 à 3 585 en 2022 - [avec des milliers d'autres sur les listes d'attente](#).

Ce sentiment d'aliénation par rapport à son sexe est appelé "[dysphorie de genre](#)" ou, de nos jours, "[incongruence de genre](#)". Son traitement repose principalement sur l'administration d'"hormones transsexuelles" ; les femmes reçoivent de la testostérone pour devenir plus "masculines" et les hommes des œstrogènes pour devenir plus "féminins". Les patients adolescents reçoivent d'abord des "bloqueurs de puberté", des médicaments qui arrêtent le processus physique de la puberté. Au cours de la puberté, les garçons développent une voix grave, une barbe et une pomme d'Adam, tandis que les filles développent des seins, des hanches plus larges et un corps plus rond. Ce processus est stoppé, les caractéristiques sexuelles secondaires ne se développent pas et l'enfant gagne du temps pour explorer son "identité de genre". Les bloqueurs de puberté sont appelés un "bouton de pause". Si le besoin de transition s'estompe, le traitement est arrêté et la puberté reprend, sans effets indésirables. C'est ce qui est promis. Si la transition a lieu, aucune caractéristique sexuelle secondaire ne doit être "éliminée".

Cette approche a été développée dans les années 1990 à la clinique du genre du centre médical VU (aujourd'hui le centre de connaissances et de soins pour la dysphorie de genre (KZCG) à l'UMC d'Amsterdam). En 2006, dans le cadre d'une étude sponsorisée par le producteur d'hormones Ferring, la clinique a [adopté des critères stricts](#) [pour les bloqueurs de puberté] : la dysphorie de genre devait être présente dès le plus jeune âge et s'être aggravée au début de la puberté ; le patient devait être psychologiquement stable et recevoir un soutien émotionnel suffisant. Les effets secondaires potentiels étaient minimisés - ils étaient compensés par les grands avantages, consistant à soulager le tourment appelé dysphorie de genre. L'approche a été accueillie avec enthousiasme et, en quelques années, le "protocole néerlandais" est devenu la norme internationale de soins dans ce domaine. On estime aujourd'hui que plusieurs dizaines de milliers d'enfants dans le monde ont été traités de cette manière. Aux Pays-Bas, les estimations - les chiffres officiels ne sont pas disponibles - [vont de 500 à 1 000 par an](#).

VOULOIR ÊTRE QUELQUE CHOSE D'AUTRE

Les patients d'aujourd'hui sont différents de ceux du passé. Avant ce "boom", le "transsexuel" typique était un homme adulte. Maintenant, l'augmentation principale concerne les jeunes, surtout les filles (75%). Souvent, elles ne sont référées que lorsque la puberté a déjà commencé, sans avoir signalé d'antécédents de dysphorie de genre. En fait, même lorsqu'ils arrivent à la clinique, ils ne mentionnent souvent pas la dysphorie de genre. Ils évoquent plutôt une incongruité de genre - ils ne signalent pas tant une détresse qu'un désir d'être autre chose. Il ne s'agit pas d'un trouble mais d'une "identité". Il est frappant de constater que nombre de ces jeunes présentent des symptômes psychologiques supplémentaires, des traumatismes non résolus ou sont aux prises avec leur orientation sexuelle. Un sur quatre fait partie du spectre autistique. Ces symptômes sont-ils le résultat de leur dysphorie ou la cause ? Que faut-il traiter ?

[Les](#) organisations trans [expliquent](#) ce boom comme le résultat d'une plus grande acceptation par la société de la diversité des genres ; les sceptiques trouvent plus facile de "sortir du placard". Les critiques soulignent que l'acceptation sociale des comportements divergents est un processus lent, alors qu'il s'agit d'une croissance exponentielle [très brusque](#) qui a commencé vers 2013. Que s'est-il passé à ce moment-là ? Est-ce une coïncidence que cette recrudescence ait été parallèle à la croissance spectaculaire des médias sociaux ? Les [statistiques](#) sont étonnamment similaires. Et s'il s'agit d'une question d'acceptation sociale, pourquoi principalement les filles, alors que les filles ont traditionnellement [plus de possibilités de comportements non conformes au genre que les garçons](#) ? En outre, de plus en plus de regretteurs ou de détransitionnistes s'expriment, y compris aux Pays-Bas : des personnes qui estiment avoir été soumises à tort à ce traitement irréversible. Elles ont le sentiment d'y avoir été poussées et de ne pas avoir été suffisamment protégées contre elles-mêmes.

Pour toutes ces raisons, le protocole néerlandais fait l'objet d'une attention internationale croissante. S'agit-il de la bonne approche pour ce nouveau groupe ? Et est-il vraiment aussi sûr et efficace qu'on l'a longtemps supposé ? Les réponses sont inquiétantes. Après des examens scientifiques approfondis du traitement, les autorités sanitaires de [Suède](#), de [Finlande](#) et du [Royaume-Uni](#) ont récemment décidé de donner dorénavant la priorité au traitement psychologique des enfants, et de ne prescrire les bloqueurs de puberté que dans les cas très graves - ou, comme en Floride, de [les arrêter complètement](#).

Selon l'[examen suédois](#) (2021), les données disponibles ne fournissent pas suffisamment de preuves pour évaluer correctement les effets sur la dysphorie de genre, les conditions psychosociales, la fonction cognitive ou la santé physique. "À l'heure actuelle, les risques l'emportent sur les avantages potentiels", déclare l'autorité de santé suédoise. Le rapport finlandais (2020) [parvient à](#) une conclusion similaire, tout comme le [rapport intermédiaire de l'[examen](#) indépendant] [Cass](#) du Royaume-Uni (2022). L'éminente pédiatre britannique Hilary Cass a fait une évaluation cinglante de l'application du protocole néerlandais par le Royaume-Uni et son rapport a conduit à la [fermeture](#) immédiate de la clinique pour jeunes hommes de Tavistock, la plus grande au monde.

BLOQUEURS DE LA PUBERTÉ

Une préoccupation majeure est que les bloqueurs de puberté ne sont pas en fait un "bouton de pause" mais plutôt une prophétie auto-réalisatrice. Presque tous les enfants qui les prennent passent des bloqueurs de puberté aux hormones transsexuelles à l'âge de 16 ans. Dans la pratique, il semble que les bloqueurs de puberté ne soient pas un bouton de pause pour la réflexion mais le bouton de départ de la transition. La Cass Review a été commandée en partie en réponse au cas très médiatisé de Keira Bell, une jeune femme qui regrette sa transition et affirme avoir été [convaincue par la clinique Tavistock GIDS](#).

De plus en plus de détails apparaissent sur les effets secondaires à long terme des bloqueurs de puberté. Ces GnRH (Gonadotropin Releasing Hormones) interfèrent avec le développement sexuel physique, altèrent la [formation osseuse](#) (provoquant l'ostéoporose), peuvent entraîner l'[infertilité](#) et l'[incapacité à avoir un orgasme](#), et interfèrent avec la capacité à prendre des [décisions rationnelles](#).

En outre, les fondements scientifiques du protocole néerlandais s'avèrent assez [fragiles](#). Presque toutes les publications sur lesquelles s'appuie l'équipe du KZG proviennent de ses propres praticiens, de sorte que les chercheurs ne font qu'évaluer leur propre travail. Où sont les études indépendantes visant à la réplication ? L'étude la plus souvent citée est celle de la pédopsychiatre Annelou de Vries et de l'Amsterdam Gender Team, publiée en [2011](#) et [2014](#). Les résultats sont censés montrer que les 55 enfants traités d'abord avec des bloqueurs de puberté, puis avec des hormones transsexuelles, ont rapporté des résultats positifs 18 mois après l'opération. Cette étude a depuis été [discreditée](#) dans de nombreuses publications, non seulement en raison de l'absence d'un groupe de contrôle et d'un échantillon aléatoire (sur un total de 196 enfants traités) mais aussi en raison de l'utilisation de deux questionnaires différents. Conclusion : il ne s'agit pas d'une base de preuves solide.

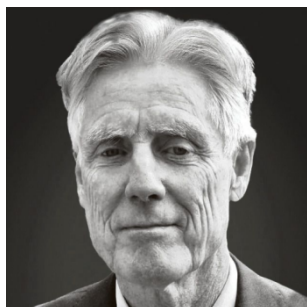
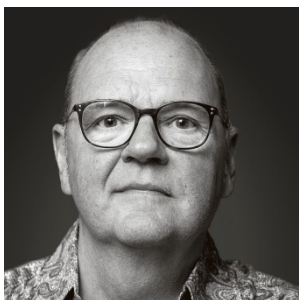
Il n'est donc pas surprenant qu'à ce jour, les résultats de De Vries n'aient pas été reproduits. Une équipe de recherche de la clinique Tavistock a tenté sans succès de le faire, après quoi les résultats [ont disparu](#) dans un tiroir de bureau. Ces résultats n'ont été publiés que récemment - sur ordre d'un tribunal britannique.

LA TÊTE DANS LE SABLE

Il est frappant de constater qu'alors que les médias des pays voisins relatent longuement cette remise en cause du protocole néerlandais, les médias néerlandais sont pratiquement silencieux. Le KZCG jouit-il d'un tel prestige et d'une telle bonne volonté qu'il est respectueusement protégé de la critique ? Si la clinique Tavistock a travaillé en étroite collaboration avec le protocole néerlandais et a effectivement été fermée après un réexamen, que se passe-t-il dans la clinique néerlandaise où ce protocole a été inventé ? Et si ce traitement repose sur des bases scientifiques si solides, pourquoi De Vries a-t-il récemment reçu un [financement de la NWO](#) pour une [étude de cinq ans sur la "base de preuves manquante"](#) ? Un traitement irréversible, qui change la vie, a-t-il été administré à la Boeelaan à Amsterdam pendant 20 ans sans "base de preuves" ?

Les cliniciens transgenres néerlandais font l'autruche. Baudewijntje Kreukels, récemment nommée professeur de genre et de variations sexuelles à l'UMC d'Amsterdam, a reproché aux critiques, dans son discours inaugural, de "s'opposer ... aux soins aux transgenres" et de trouver les opinions plus importantes que les preuves scientifiques. C'est ce qu'on appelle du chutzpah. Ce

sont précisément les soins aux transgenres existants qui bénéficieraient de moins de vœux pieux et de plus de science. Les auteurs de cet article répondent précisément parce qu'ils soutiennent les soins aux transgenres - c'est-à-dire des soins responsables et fondés sur des preuves. Les Pays-Bas ont été pendant de nombreuses années le leader dans ce domaine. Ce statut crée des obligations. Avant que la capacité de prise en charge des transgenres néerlandais ne soit considérablement étendue, les soins existants doivent être soumis à une évaluation critique et indépendante. L'Inspection des soins de santé et de la jeunesse doit agir maintenant.



Jan Kuitenbrouwer est journaliste et publie dans *HP/De Tijd* sur les questions de genre. Peter Vasterman est sociologue des médias et fait des recherches sur les reportages concernant les questions de genre. Tous deux ont signé le manifeste de la [fondation Gendertwijfel](#).

