

Prise en charge des mineurs présentant une « dysphorie de genre » : Remise en question du protocole médical appliqué par les cliniques de genre

Beryl Koener¹, Luc Vandecasteele², Caroline Eliacheff³, Jacques Robert⁴, Magali Pignard⁵, Claudio Rubiliani⁶, Patrick K. Hunter⁷, Sophie F. Dechêne⁸, Jean-Paul Leclercq⁹, Jean-Pierre Lebrun¹⁰, Céline Masson¹¹

Management of minors with "gender dysphoria": Questioning the medical protocol applied by gender clinics

There has been an exponential increase in the number of minors diagnosed with "gender dysphoria" over the past two decades. Specialized clinics in Ghent, Liège, and Antwerp treat them using the Dutch protocol, an approach described as "affirmative" of the desired gender, based on the administration of GnRH agonists followed by gender-affirming hormones.

Many clinicians are unaware of this protocol's lack of evidence-based foundation, the many biases fostered by the World Professional Association for Transgender Health (WPATH) that promotes it, and the scandal that has erupted in various countries following its misuse. These have been revealed by the National Health Service (NHS) in the United Kingdom (UK) thanks to the Cass Review and by a report on the trans-identification of minors in the French Senate. The European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) recently called for a halt to the routine use of the Dutch protocol for gender-dysphoric minors.

The aim of the present article is to outline the origins and foundations of this protocol, to document the drifts and biases that have occurred worldwide, and to present the current recommendations.

KEYWORDS

Gender dysphoria, Cass Review, Dutch protocol, European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)

Ces deux dernières décennies ont vu croître de manière exponentielle le nombre de jeunes auxquels a été posé un diagnostic de « dysphorie de genre ». Des cliniques spécialisées, à Gand, Liège, puis Anvers, les prennent en charge, appliquant une approche qualifiée d'« affirmative » du genre désiré, le Dutch Protocol, basée sur l'administration d'agonistes de la GnRH (« bloqueurs de puberté ») suivie d'hormones « croisées ».

Beaucoup de cliniciens ignorent le manque de fondements reposant sur des preuves (evidence-based) de ce protocole, les nombreux biais entretenus par la WPATH (World Professional Association for Transgender Health) qui le promeut, et le scandale qui a éclaté dans divers pays à la suite de son utilisation abusive. Ceux-ci ont été mis en lumière par le NHS (National Health Service) au Royaume-Uni grâce à la Cass Review, et par le Rapport sur la transidentification des mineurs par le groupe des Républicains du Sénat, en France. Tous s'alignent, dont récemment la Société Européenne de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (ESCAP), sur l'arrêt de l'utilisation du Dutch Protocol chez les mineurs dysphoriques de genre.

L'objectif du présent article est de retracer les grandes lignes de l'origine des bases de ce protocole, d'étayer à ce propos des dérives et biais ayant opéré mondialement, pour enfin faire état des recommandations actuelles.

What is already known about the topic?

Recently published literature reviews analyzing practices over the past few decades regarding gender dysphoric minors have revealed a lack of evidence-based support for the guidelines established by the WPATH. However, gender clinics continue to defend these guidelines, and in Belgium, the number of centers dedicated to the treatment of gender dysphoria is increasing.

Systematic reviews recently published as part of the Cass Review in the UK, commissioned by the NHS, show a lack of benefit for gender dysphoria and mental health following treatment of minors with GnRH agonists and gender-affirming hormones. As a result, the ESCAP has recently issued new recommendations on management practices in the light of the systematic evidence available.

Que savons-nous à ce propos ?

Les revues systématiques de la littérature récemment publiées, analysant les pratiques des dernières décennies par rapport aux mineurs dysphoriques de genre, ont révélé le manque de preuves sur lesquelles reposent les guidelines établies par la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH). Pourtant, les cliniques de genre continuent de défendre ces lignes directrices, et la Belgique voit s'accroître le nombre de centres dédiés à la prise en charge de la dysphorie de genre.

Les revues systématiques récemment publiées dans le cadre de la *Cass Review* au Royaume-Uni, qui avait été mandatée par le NHS, ont révélé l'absence de bénéfices sur la dysphorie de genre et la santé mentale à la suite du traitement des mineurs par des agonistes de la GnRH et des hormones « croisées ». La Société Européenne de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent vient tout récemment d'émettre de nouvelles recommandations de pratiques de prise en charge tenant compte des conclusions issues des revues systématiques.

What does this article bring up for us?

The aim of this article is to inform the Belgian medical community about the lack of evidence-based foundation of the current Dutch protocol for the treatment of gender dysphoric minors, promoted by the WPATH. Through an analysis of the social reasons behind the increase in the number of minors diagnosed with gender dysphoria, the article describes the abuses that have occurred worldwide and concludes with a discussion of the new treatment recommendations that have just been published.

The article is based on an analysis of all the systematic reviews used to develop the Cass Review, which led to the NHS suspending routine use of the Dutch protocol.

The article draws a parallel between the findings of the Cass Review, which are consistent with those of the French Senate report on the transidentification of minors, and those of the ESCAP.

Que nous apporte cet article ?

Cet article a pour objectif d'informer le monde médical belge sur le manque de fondements de type *evidence-based* du protocole médicamenteux actuel (*Dutch protocol*) de prise en charge des mineurs souffrant de dysphorie de genre, promu par la WPATH. Au travers d'une analyse des motifs sociétaux responsables de l'augmentation du nombre de mineurs présentant un diagnostic de dysphorie de genre, l'article décrit les dérives ayant opéré mondialement, et clôture sur les nouvelles recommandations de prise en charge tout récemment publiées.

Il s'appuie pour ce faire sur l'analyse de toutes les revues systématiques ayant servi à l'élaboration de la *Cass Review*, qui a amené le NHS à suspendre l'usage de ce protocole en routine.

L'article établit un parallèle entre les conclusions de la *Cass Review* qui rejoignent celles rendues par le *Rapport sur la transidentification des mineurs* au Sénat en France, qui sont relayées par la Société Européenne de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (ESCAP).

INTRODUCTION

Depuis deux décennies, il est clairement établi par la littérature que le nombre de mineurs présentant une détresse liée à leur sexe/genre et adressés vers une prise en charge spécialisée dans une « clinique de genre » (*gender identity clinic*) croît de manière exponentielle (1-7).

La littérature internationale s'accorde aujourd'hui pour dire que les tableaux cliniques d'enfants et adolescents en demande de réassignation de genre n'ont plus rien à voir avec ceux qui étaient observés dans les années 1990 lorsque les pionniers néerlandais avaient élaboré un protocole expérimental de prise en charge médicale de ces mineurs (8): il existe depuis 10 à 15 ans une surreprésen-

tion de comorbidités psychiatriques chez ces jeunes, et tout particulièrement des troubles anxiodépressifs, des troubles du spectre autistique, des troubles du comportement alimentaire, des troubles de la personnalité « état-limite », ainsi que des idéations suicidaires et des antécédents d'abus physiques, psychiques et sexuels (2, 8-13).

En effet, nombre de jeunes en détresse devant les enjeux physiques et psychiques inhérents à la puberté cherchent une solution à leur souffrance (14), dont le projet de changement d'identité de genre ou/et de sexe offre souvent une espérance illusoire. Il existe actuellement dans la population générale, mais aussi dans le monde médical

et de la psychologie, une grande mésinterprétation des angoisses des jeunes liées à la puberté (12,15-17), et ce, sous l'influence des réseaux sociaux, de la militance, du « politiquement correct », et de l'offre du marché.

Le *Dutch Protocol*, basé sur le blocage de la puberté par agonistes de la gonadolibérine (GnRHa), suivi ultérieurement de l'administration d'hormones croisées, s'est répandu au niveau international pour la prise en charge de ces mineurs qui attribuent leur détresse à leur sexe ou/et à leur genre, et ce selon les recommandations de la WPATH (*World Professional Association for Transgender Health*) et de l'*Endocrine Society* (ES) (8,18,19). Cependant, les résultats issus des revues systématiques des preuves¹ – revues systématiques communiquées récemment par la *Cass Review* (20,21) et par un rapport sénatorial en France (22) – confirment d'une part l'absence de fondements rigoureux pour justifier l'utilisation d'un tel protocole de prise en charge des mineurs, et d'autre part que les lignes directrices promues par la WPATH et l'ES manquent elles-mêmes de rigueur et d'intégrité (5, 7, 13, 23–28). Après avoir développé ces différents points, nous concluons sur les recommandations de prise en charge de ces jeunes patients formulées par le NHS suite à la *Cass Review* et le rapport sénatorial Français, et reprises récemment par la Société Européenne de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ESCAP) (29).

ORIGINES ET ABSENCE DE PREUVES DU DUTCH PROTOCOL

Le protocole de traitement médical des enfants et adolescents souffrant de dysphorie de genre – appelé *Dutch Protocol* en raison de son origine – a émergé de la collaboration entre le professeur de psychologie d'Utrecht, Peggy T. Cohen-Kettenis, en partenariat avec l'endocrinologue pédiatrique Henriette A. Delamarre-van de Waal et le centre de prise en charge des transsexuels adultes du *Vrije Universiteit Amsterdam Center* (8). La validité de l'intervention et son adoption ultérieure de façon internationale reposent sur seulement deux études (30,31).

Peu de praticiens et de patients le savent : la première étude (30) se réfère à une cohorte de 70 cas traités par bloqueurs de puberté et la seconde se réfère à un sous-groupe de ces mêmes cas après une chirurgie de réassignation (31). L'équipe néerlandaise avait également omis

de publier que, dans cette cohorte de 70 patients, un patient était décédé des complications chirurgicales d'une vaginoplastie. En effet, le blocage de la puberté n'ayant pas permis le développement suffisant des organes génitaux externes pour effectuer une vaginoplastie, celle-ci a dû être complétée par une greffe de tissu colique qui s'est nécrosée (8).

Le protocole a été adopté par de nombreux pays, malgré le très faible échantillonnage de ces deux études ayant mis au point ce dispositif médical de prise en charge. Ensuite, celui-ci s'est vu être prescrit hors des critères d'éligibilité qui avaient été au départ définis, même par les pionniers de ce protocole (8,18,19).

À ce jour, la validité de ce protocole a été infirmée car non reproductible (8, 18, 19). En effet, lorsque le *Gender Identity Development Service* (GIDS) de la *Tavistock Clinic* à Londres a rendu publics les résultats relatifs à la cohorte de ses patients traités par bloqueurs de puberté, la comparaison avec les résultats des Néerlandais a montré une absence complète de reproductibilité des résultats entre les deux études (8, 18,19). Le NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) a réalisé en 2020, pour le NHS, deux revues systématiques : l'une sur les bloqueurs de puberté (32) et l'autre sur les hormones sexuelles croisées (33). La qualité globale des preuves analysée selon le système GRADE a été classée avec une « certitude très faible », soulignant ainsi une absence de bénéfice clinique significatif sur la dysphorie de genre et sur la santé mentale en général par la mise en œuvre de ce protocole de traitement.

Des chercheurs allemands ont réalisé une revue systématique des études publiées de juillet 2020 à juillet 2023 (34) en reprenant la procédure utilisée par le NICE, pour conclure également qu'il n'existe actuellement aucune preuve d'un rapport coût-efficacité suffisant pour soutenir l'utilisation des bloqueurs de puberté et d'hormones croisées chez les mineurs présentant une dysphorie de genre par rapport à une ou plusieurs interventions psychosociales, à une simple transition sociale vers le genre préféré ou à l'absence d'intervention (34).

Le rapport final mandaté par le NHS, publié début avril 2024, dit *Cass Review* (20), élaboré après quatre années à partir des revues systématiques de preuves, « fournit une évaluation cinglante de l'approche fondée sur l'affirmation du genre en général, et du modèle de soins en clinique du

¹ Une revue systématique des preuves (*Systematic Evidence Review*) est « un examen d'une question clairement formulée qui utilise des méthodes systématiques et reproductibles pour identifier, sélectionner, synthétiser et évaluer de manière critique toutes les recherches pertinentes qui répondent à des critères d'éligibilité prédéfinis pour répondre à une question de recherche donnée, et pour collecter et analyser les données des études qui sont incluses dans la revue. Elle ne doit pas être confondue avec une revue générale dans laquelle la recherche bibliographique n'est en général pas exhaustive et qui représente plus l'opinion d'un expert ou d'un groupe d'experts. » [Nambiemma et al., La revue systématique et autres types de revue de la littérature : qu'est-ce que c'est, quand, comment, pourquoi ? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 82 (2021) 539-552. DOI : 10.1016/j.admp.2021.03.004].

Pour toute information sur la méthodologie relative aux revues systématiques de preuves, nous renvoyons à [Zaugg et al. Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : méthodologie des revues systématiques. *Santé Publique* 2014/5 ; 26 : 655-67, DOI 10.3917/spub.145.0655.]

genre, qui a rendu opérationnelle cette approche de prise en charge d'interventions de réassignation sexuelle » (21) chez les mineurs. Le NHS a suspendu l'usage de ce protocole en routine au Royaume-Uni, suivant ainsi d'autres pays européens comme la Finlande et la Suède.

Ensuite, c'est au tour de la Société européenne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (ESCAP) (29,35) – regroupant 36 sociétés de psychiatrie dont les deux sociétés belges, flamandes (VVK) et francophone (SBFPDAEA)² – de statuer sur la question le 27 avril 2024 (29). L'ESCAP souligne l'importance de ne pas promouvoir ces traitements expérimentaux et invasifs sans effets psychosociaux prouvés et d'adhérer au « *primum non nocere* » au vu de « la faible fiabilité et de l'instabilité du diagnostic de dysphorie de genre chez l'enfant au fil du temps » (35). L'ESCAP n'exclut pas la possibilité qu'un petit nombre d'enfants puisse bénéficier de réassignations de genre, tout en reconnaissant l'actuel manque de recherches de qualité sur le long cours pour en déterminer le rapport risque/bénéfices (29,35).

Tant les revues systématiques de la *Cass Review* (5,7,13,20,23-28), que l'étude allemande(34), le rapport sénatorial français(22) et désormais l'ESCAP(29) pointent le fait que la plupart des études réalisées par les centres spécialisés mettant en évidence des effets favorables de ces traitements souffrent de graves lacunes méthodologiques (faible échantillonnage, absence de groupe contrôle, prise en compte insuffisante de variables, présence de nombreux biais, absence de validité des critères d'évaluation, etc.).

Malgré ces recommandations, la Belgique voit s'élargir le nombre de centres spécialisés prodiguant des soins « d'affirmation de genre » (*gender affirming care*), tout en annonçant octroyer des budgets supplémentaires aux cliniques dédiées³. Dans le même temps, l'utilisation de GnRHa, auparavant limitée aux hôpitaux universitaires, peut désormais être remboursée sur simple prescription médicale. Les chiffres relatifs à l'augmentation de la prescription de GnRHa chez les mineurs sont en augmentation, et ce de manière plus rapide ces cinq dernières années, comme le confirme l'agence inter-mutualistique (Annexe 1).

Comment comprendre ces paradoxes ?

L'INFILTRATION DE LA MILITANCE, LE « POLITIQUEMENT CORRECT » : DES PRISES EN CHARGE BASÉES SUR UNE PRÉTENDUE « JUSTICE SOCIALE » PLUTÔT QUE SUR DES PREUVES

L'activisme pour la reconnaissance des droits des personnes transsexuelles adultes s'est confondu avec le droit d'accès aux traitements pour les mineurs. Il a abouti lors de la 7^e révision des critères de prise en charge de la WPATH à ne plus soutenir la mise en place d'un tiers médical en tant que « *gatekeeper* » décidant du bien-fondé ou non de l'administration d'un tel protocole de traitement. En effet, la fonction d'évaluation et de garant qui incombait aux professionnels de la santé mentale a été déclassée (14). Les spécialistes du genre ont épousé le modèle de réponse affirmative en reconnaissant comme valide l'« autodétermination » du jeune.

Les mouvements activistes en faisant émerger cette notion d'« autodétermination », ont décidé que seul le patient sait ce qui est bon pour lui, même dès le plus jeune âge : ne pas lui administrer le traitement qui lui permettrait de correspondre à son vœu serait une discrimination, voire pire, de la *transphobie*. À Londres, bien avant l'ouverture du GIDS (*Gender Identity Development Service*) à la Clinique Tavistock, c'est sous la pression de collectifs de parents, devenus activistes, notamment « *Mermaids* » et « *GIRES* » (*Gender Identity Research and Education Society*) qu'a émergé le concept de « *transphobie* » pour décrire les cliniciens prudents qui refusaient l'approche affirmative de genre(8). En effet, ceux-ci privilégiaient, comme dans le passé, la « *watch and wait approach* »(36) autrement dit une approche par la psychothérapie et la prise en charge holistique, sans intervention hormonale avant l'âge adulte.

Mais cette confusion induite par l'activisme « trans » va plus loin : ceux qui prendraient le temps d'explorer et de travailler avec l'enfant et sa famille les motifs de sa demande de changement de genre ou de sexe, risqueraient d'être accusés de pratiquer une « thérapie de conversion ». C'est d'ailleurs sous leur pression que s'est ouvert le GIDS à la clinique Tavistock, sous la direction de Polly Carmichael, initiant l'approche « affirmative » des jeunes patients. C'est l'absence d'évaluation et de soins suffisants chez ces patients, ainsi que la co-occurrence, chez eux, de pathologies psychiatriques insuffisamment traitées(19), qui a provoqué le scandale actuel.

² Nous renvoyons aux sites Internet de ces associations : <https://www.escap.eu/members/belgium-flemish>, et <https://www.escap.eu/members/belgium-french>.

³ Nous renvoyons à l'article de la Libre Belgique du 11 décembre 2023 : <https://www.lalibre.be/belgique/societe/2023/12/11/la-belgique-veut-deployer-des-centres-hospitaliers-pour-personnes-transgenres-dans-tout-le-pays-ZCMCQ5RBPRBHPDCC2LJPVLUNQ/>

Ce scandale n'a pas émergé qu'à la clinique Tavistock. De nombreux pays ont tiré la sonnette d'alarme, que ce soit aux USA, au Canada, et même aux Pays-Bas⁴.

Cette alarme a elle-même atteint la WPATH (37). En effet, La *Society for Evidence-based Gender Medicine* (SEGM) a fait part le 29 juin 2024 lors d'un congrès international à Paris, d'une fraude scientifique majeure de la WPATH : des documents divulgués dans le cadre d'une enquête judiciaire en cours ont mis en exergue que les dirigeants de la WPATH ont interféré avec la production d'examen systématiques qu'ils avaient commandés au *Evidence-Based Practice Center* (EPC) de l'Université Johns Hopkins en 2018. La WPATH exigeait d'avoir autorité pour influencer les conclusions de l'équipe d'EPC, avec le pouvoir de rejeter les publications qui n'auraient pas été dans le sens de leurs conclusions attendues⁵.

La *Cass Review*, au travers des revues systématiques qu'elle étudie, indique tant la faible qualité que le manque d'indépendance des guidelines de la WPATH, de l'*American Academy of Pediatrics* (AAP) et de l'*Endocrine Society* (ES) (20,21). En effet, une équipe indépendante de méthodologistes a évalué toutes les *guidelines* et recommandations de traitements qu'elles fournissent en utilisant la méthodologie AGREE II internationalement reconnue. L'étude révèle un manque d'indépendance flagrant dans la rédaction des lignes directrices, et des références circulaires : une ligne directrice non fondée sur des données probantes a été utilisée pour justifier la recommandation d'une autre ligne directrice non fondée sur des données probantes, et ainsi de suite (20,21). Émettre des *guidelines* et des recommandations fortes pour la transition médicale de jeunes sur une base de données de faible qualité a été considéré comme inquiétant et relayé dans l'article du *British Medical Journal* consacré à cet aspect spécifique des résultats de l'examen de la *Cass Review* (38).

Mais ce n'est pas tout. Les mouvements activistes sont allés jusqu'à infiltrer l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En décembre 2023, celle-ci a déclaré mettre en place un groupe de travail afin de définir les *guidelines* pour la santé des personnes « trans ». SEGM et de nombreuses autres associations médicales ont émis d'importantes remarques sur les déclarations de l'OMS. Elles ont pointé d'une part la composition biaisée des groupes « d'experts » (uniquement composés de promoteurs de l'« affirmation du genre », certains officiellement affichés comme activistes avec absence de divulgation correcte de leurs conflits

d'intérêt, sans aucun membre qui défende une approche holistique), et d'autre part, le temps de délai de consultation publique et du processus inadéquats par rapport aux usages officiels de l'OMS (39).

Finalement, l'OMS s'est rétractée, en annonçant le 15 janvier 2024 (40) que les *guidelines* qu'elle émettra porteront exclusivement sur les traitements des adultes et qu'aucune recommandation pour les enfants ou les adolescents ne sera émise car les évidences scientifiques de l'approche affirmative sont trop incertaines. De plus, la composition du groupe d'experts a été modifiée et le calendrier du processus d'élaboration des lignes directrices prolongé.

COMPRENDRE L'EXPLOSION DU DIAGNOSTIC DE « DYSPHORIE DE GENRE » CHEZ LES MINEURS : L'APPLICATION DU DUTCH PROTOCOL À UNE MAUVAISE POPULATION ?

Tant la *Cass Review* (20) que le rapport sénatorial français (22) suggèrent qu'il faut reconnaître que les problèmes de santé mentale de la « génération Z » (nés après 1995) sont probablement à l'origine du phénomène actuel d'identification « trans » chez les jeunes. Par ailleurs, l'invention et la mise en place du *Dutch Protocol* ont probablement contribué à l'augmentation rapide de l'expression de l'angoisse de sexualité pubertaire (17) des jeunes au travers du diagnostic de « dysphorie de genre » (13, 20,21). Il s'agirait d'un idiome culturel de détresse, d'une « manière d'exprimer de la détresse qui [...] propose des manières collectives et partagées d'éprouver et de parler de préoccupations personnelles ou sociales » (15,16,17).

La dégradation de la santé mentale des jeunes en Belgique, et ailleurs en Occident, n'est plus à démontrer. Elle est à mettre en lien avec plusieurs facteurs, tels que les mutations sociétales importantes des cinquante dernières années, les changements éducatifs tournés vers l'éducation « positive » n'apprenant plus aux enfants à devoir tolérer la frustration inhérente à la vie en société, l'inflation de l'individualisme, la surconsommation et l'accès démesuré aux écrans... Tout cela créant un contexte dans lequel est « vendu » aux jeunes générations le fait qu'ils ont droit à tout, que tout est possible; contexte faisant le lit de nombreuses décompensations psychiatriques à l'adoles-

⁴ Nous renvoyons à ce titre à différents articles et reportages publiés dans la presse grand public internationale: Aux USA : <https://www.thefp.com/p/i-thought-i-was-saving-trans-kids>; Au Canada : <https://ici.radio-canada.ca/tele/enquete/site/episodes/864008/episode-du-jeudi-29-fevrier-2024>; Au Québec : <https://ici.radio-canada.ca/recit-numerique/8610/transition-genre-testosterone-choix-dysphorie-sante-mentale>; Aux Pays-Bas : <https://www.genderclinicnews.com/p/in-the-dark>.

⁵ Cfr. l'intervention de SEGM lors de ce colloque : https://www.youtube.com/watch?v=kj_laTRcgdA, et la publication de ces informations auxquelles sont faites référence : <https://segm.org/The-Economist-WPATH-Research-Trans-Medicine-Manipulated>.

cence lorsque ces jeunes seront confrontés aux exigences du réel et aux irréductibles de la condition humaine.

Ce sont ces mêmes jeunes qui traverseront d'autant plus difficilement la puberté et l'incertitude due aux mutations psychiques et physiques associées, cherchant sur les réseaux sociaux – entre autres – de multiples tentatives d'explications et de solutions à leur mal-être, jusqu'à celle de changer de genre ou/et de sexe.

L'activisme ambiant, ayant infiltré jusqu'aux écoles et hôpitaux, comme ce fut le cas à la clinique Tavistock, ou même certains médecins et psychologues indépendants, a largement renforcé ce phénomène. Ces médecins indépendants sont alors référencés par les associations militantes comme « LGBTQIA+ Friendly » ou « safe », et sont souvent des prescripteurs rapides de traitements hormonaux avec peu ou pas d'évaluation préalable.

Pourtant, les pédopsychiatres qui défendent une approche holistique en se décalant d'une approche « affirmative » du genre, ne font que trop souvent le constat que ces jeunes se revendiquant « trans » sont dans une tentative d'échappatoire à ce qu'ils ne peuvent supporter de leur condition. Autrement dit une solution « créativement inadaptée »(14), pour exprimer une détresse aux angoisses de sexualité pubertaires (17). C'est dans ce contexte qu'a pu être observée par la chercheuse américaine Lisa Littman la « *Rapid Onset Gender Dysphoria* » (ROGD), c'est-à-dire la « dysphorie de genre à apparition rapide », chez ces adolescents (2, 6, 9, 10, 12, 16, 36, 41).

Le fait que le *Dutch Protocol* soit actuellement appliqué à des patients auquel il n'était pas indiqué à l'origine, est un problème mondial. La *Cass Review* souligne la très grande disparité des trajets de prise en charge dans les cliniques de genre en Europe, tant dans la composition de leurs équipes que dans leurs méthodes d'évaluation, mais également dans leur prise en charge des comorbidités psychiatriques associées (5, 20).

CONCLUSIONS

La récupération politique et militante de la dysphorie de genre chez les mineurs, génère encore souvent angoisse, voire muselage ou démission chez les cliniciens, même chez ceux qui questionnent l'approche d'« affirmation du genre » dans leur for intérieur. C'est dramatique, car on ne peut nier l'évidence des preuves systématiques fournies par la *Cass Review* (20), et par conséquent leurs recommandations relayées par l'ESCAP dont la Belgique fait partie (29).

Ainsi que le souligne le rédacteur en chef du *British Medical Journal* (42) à l'occasion de la sortie de la *Cass Review* : « la médecine du genre actuelle repose sur des fondations fragiles (43) [...], offrir des traitements sans une

compréhension adéquate des bénéfices et dangers n'est pas éthique. [...] Tout cela est d'autant plus important que les traitements ne sont pas anodins; les bloqueurs de puberté et les thérapies hormonales sont des interventions majeures qui changent la vie. Pourtant, [des] preuves peu concluantes et inacceptables ont été utilisées pour élaborer des lignes directrices cliniques influentes, telles que celles de la WPATH, qui ont elles-mêmes été reprises en cascade dans l'élaboration de lignes directrices ultérieures au niveau international [...]. Une approche interventionniste en spirale, dans le contexte d'un manque de données probantes, revient à surmédicaliser les soins prodigués aux jeunes vulnérables. [...] Selon le rapport Cass, une focalisation trop étroite sur la dysphorie de genre a négligé d'autres caractéristiques et n'a pas permis de fournir un modèle de soins holistique. Les soins liés au genre sont devenus surspécialisés alors qu'une approche plus générale et multidisciplinaire était nécessaire [...]. Cet échec est révélateur d'un échec sociétal dans le domaine de la santé des enfants et des adolescents » (42).

Nous évoquerons ci-dessous les conclusions émises par la Société Européenne de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (ESCAP) à la lumière de ces développements scientifiques mis à jour. Celles-ci ont été reprises par la *Society for Evidence-based Gender Medicine* (SEGM) (35) qui les résume en soulignant les points principaux :

- ▶ *D'abord « un principe de « non-malfaisance »* : ne pas utiliser, en dehors d'un environnement de recherche, des interventions expérimentales ayant des effets potentiellement irréversibles ou des interventions dont les conséquences à long terme sont inconnues; ne pas adopter prématurément de nouvelles pratiques sans preuves suffisantes; ne pas poursuivre des pratiques dépassées qui pourraient ne pas être dans l'intérêt supérieur du patient.
- ▶ *Ensuite un principe de bienfaisance* : adopter des interventions médicales présentant un rapport avantages/inconvénients favorable; tenir compte du rapport avantages/inconvénients de l'absence d'interventions médicales; assurer un diagnostic et un traitement adéquats des troubles psychiatriques co-existants; assurer une évaluation diagnostique complète de la dysphorie de genre au lieu de s'appuyer uniquement sur l'auto-évaluation des enfants et des adolescents.
- ▶ *Ensuite un principe d'autonomie* : impliquer les mineurs dans les processus de prise de décision concernant leurs soins d'une manière adaptée à leur âge et à leur développement, en évaluant leur capacité à consentir; adopter un processus de consentement éclairé adéquat pour les décisions qui peuvent durer toute la vie et être irréversibles, en veillant à ce que les enfants et les adolescents soient en mesure d'exprimer leur opinion et de donner leur avis.

- *Enfin, un principe de justice* : garantir l'accès à des informations fiables et actualisées, à une évaluation et à un traitement de la dysphorie de genre, ainsi que pendant la transition ou la détransition; adopter des mesures de précaution égales pour tous; et protéger les droits des enfants et des jeunes en tant que groupe se trouvant dans une phase de développement particulièrement vulnérable.

L'ESCAP insiste pour que « les interventions nouvelles et expérimentales liées à la dysphorie de genre soient différenciées du traitement clinique de routine et soient effectuées exclusivement dans le cadre de protocoles d'intervention observationnels documentés ou d'essais de recherche, en sauvegardant les normes de recherche sur les participants pédiatriques et les populations vulnérables (par exemple, respecter la norme de préjudice minimal; garantir un processus de consentement éclairé adéquat en fonction non seulement de l'âge du sujet, mais aussi de son développement cognitif, émotionnel et social; garantir des recherches antérieures sur des modèles animaux et la population adulte lors de l'utilisation d'interventions expérimentales; respecter le principe de précaution lors de l'utilisation d'interventions expérimentales) » (29).

L'ESCAP invite « l'UE à mettre en place un cadre ou un registre d'études qui devrait inclure les patients actuellement traités, les patients ne recevant pas de traitement et ceux qui ont interrompu le traitement, afin de mieux comprendre les résultats des différentes voies de traitement, y compris les effets cognitifs, psychologiques et physiologiques » (29).

L'ESCAP insiste également sur le fait que l'on doit retirer un « apprentissage actif de toutes les failles potentielles du passé dans la gestion des enfants et des adolescents atteints de dysphorie de genre, afin de prévenir les violations des normes cliniques, scientifiques et éthiques existantes » (29).

L'ESCAP demande instamment que « les résultats des recherches soient publiés uniquement sur la base de critères de qualité et non sur la base de leurs résultats », car elle est préoccupée par le biais de publication selon lequel les études faisant état de résultats favorables à la transition des jeunes sont fréquemment publiées et citées, même si elles sont profondément défectueuses sur le plan méthodologique (35).

Pour terminer, nous citerons les conclusions publiées début mai 2024, de la 128^e assemblée médicale allemande(44), qui a adopté une résolution sur les « soins d'affirmation du genre » pour les jeunes. Cette résolution, votée par la majorité des médecins délégués (120 voix pour, 47 contre et 13 abstentions), stipule ce qui suit:

« La 128^e Assemblée médicale allemande 2024 demande au gouvernement fédéral de n'autoriser les bloqueurs de puberté, les thérapies hormonales de changement de sexe ou la chirurgie de réassignation de genre chez les jeunes de moins de 18 ans souffrant d'incongruence de genre (IG) ou de dysphorie de genre (GD) que dans le cadre d'études scientifiques contrôlées et avec la participation d'une équipe multidisciplinaire et d'un comité d'éthique clinique, et après un diagnostic médical, en particulier psychiatrique, et le traitement de tout trouble mental. Les résultats thérapeutiques de ces interventions doivent faire l'objet d'un suivi sociologique, médical, psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent, social et psychologique sur une période d'au moins dix ans et les résultats de l'évaluation doivent être intégrés dans la révision de la "Directive sur l'incongruence de genre et la dysphorie de genre dans l'enfance et l'adolescence : diagnostic et traitement"» (44).

Il apparaît donc capital que la prise en charge de ces jeunes en Belgique s'aligne sur l'évidence des preuves systématiques, tout comme l'ont déjà indiqué des cliniciens de la KUL (45), basées sur les recommandations élaborées par la *Cass Review* (20), confirmées par le rapport sénatorial français (22), et relayées par la Société Européenne de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (29).

RÉFÉRENCES

1. Aitken M, Steensma T, Blanchard R, *et al.* Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referral Adolescents with Gender Dysphoria. *J Sex Med.* 2015; 12. Doi: [10.1111/jsm.12817](https://doi.org/10.1111/jsm.12817)
2. Kaltiala-Heino R, Sumia M, Työlajärvi M, Lindberg N. Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015; 9:9. Doi:[10.1186/s13034-015-0042-y](https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y)
3. Zhang Q, Rechler W, Bradlyn A, *et al.* Changes in Size and Demographic Composition of Transgender and Gender Non-Binary Population Receiving Care at Integrated Health Systems. *Endocr Pract.* 2021 May;27(5):390-395. Doi: [10.1016/j.eprac.2020.11.016](https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016)
4. Elkadi J, Chudleigh C, Maguire AM, Ambler GR, Scher S, Kozłowska K. Developmental Pathway Choices of Young People Presenting to a Gender Service with Gender Distress: A Prospective Follow-Up Study. *Children.* 2023; 10(2):314. Doi: [10.3390/children10020314](https://doi.org/10.3390/children10020314)
5. Hall R, Taylor J, Heathcote C, Langton T, Hewitt CE, Fraser L. Gender services for children and adolescents across the EU-15+ countries: an online survey. *Arch Dis Child.* 2024; [archdischild-2023-326348](https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326348). Doi: [10.1136/archdischild-2023-326348](https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326348)
6. Sapir L, Littman L, Biggs M. The U.S. Transgender Survey of 2015 Supports Rapid-Onset Gender Dysphoria: Revisiting the "Age of Realization and Disclosure of Gender Identity Among

- Transgender Adults." *Arch Sex Behav.* 2024;53(3):863–8. Doi: [10.1007/s10508-023-02754-9](https://doi.org/10.1007/s10508-023-02754-9)
7. Taylor J, Hall R, Langton T, Fraser L, Hewitt CE. Care pathways for children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review. *Arch Dis Child.* 2024 Apr 9;archdischild-2023-326760. Doi: [10.1136/archdischild-2023-326760](https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326760)
 8. Biggs M. The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence. *J Sex Marital Ther.* 2023; 49(4):348–68. Doi: [10.1080/0092623X.2022.2121238](https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2121238)
 9. Bechard M, Vanderlaan D, Wood H, Wasserman L, Zucker K. Psychosocial and Psychological Vulnerability in Adolescents with Gender Dysphoria: A "Proof of Principle" Study. *J Sex Marital Ther.* 2016; 43. Doi: [10.1080/0092623X.2016.1232325](https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1232325)
 10. Ruuska S-M, Tuisku K, Holttinen T, Kaltiala R. All-cause and suicide mortalities among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: a register study. *BMJ Ment Health.* 2024;27:e300940. Doi: [10.1136/bmjment-2023-300940](https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300940)
 11. Rawee P, Rosmalen JGM, Kalverdijk L, Burke SM. Development of Gender Non-Contentedness During Adolescence and Early Adulthood. *Arch Sex Behav.* 2024 Feb 27. Doi: [10.1007/s10508-024-02817-5](https://doi.org/10.1007/s10508-024-02817-5)
 12. Hutchinson A, Midgen M, Spiliadis A. In Support of Research Into Rapid-Onset Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav.* 2019; 49. Doi: [10.1007/s10508-019-01517-9](https://doi.org/10.1007/s10508-019-01517-9)
 13. Taylor J, Hall R, Langton T, Fraser L, Hewitt CE. Characteristics of children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review. *Arch Dis Child.* 2024 Apr 9;archdischild. 2023-326681. Doi: [10.1136/archdischild-2023-326681](https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326681)
 14. Levine SB. Reflections on the Clinician's Role with Individuals Who Self-identify as Transgender. *Arch Sex Behav.* 2021; 50(8):3527–36. Doi: [10.1007/s10508-021-02142-1](https://doi.org/10.1007/s10508-021-02142-1)
 15. Koener B, Eliacheff C, Dechéne S, Ledrait A, Masson C, Cognet-Kayem A. Un colloque exceptionnel. Sur la transidentification des mineurs (Finlande, juin 2023). *Carnet PSY.* 2023; 265(8):31–3. Doi: [10.3917/lcp.265.0031](https://doi.org/10.3917/lcp.265.0031)
 16. Masson C, Ledrait A, Cognet A, Athéa N. De la transidentité à la transidentification. Déclenchement rapide de la « dysphorie de genre » chez des adolescents confrontés au malaise pubertaire. *L'Évolution Psychiatr.* 2023 Mar; Doi: [10.1016/j.evo-psy.2023.02.002](https://doi.org/10.1016/j.evo-psy.2023.02.002)
 17. Szałmowicz J., Masson C., Eliacheff C., Grignon P., Delcourt T. L'angoisse de sexualité pubertaire (ASP). Une nouvelle proposition clinique. *Psychiatrie française*, 2024, Clinique de la Relation. A la recherche d'une nouvelle sémiologie. (hal-04578841).
 18. Biggs M. Gender Dysphoria and Psychological Functioning in Adolescents Treated with GnRHa: Comparing Dutch and English Prospective Studies. *Arch Sex Behav.* 2020; 49(7):2231–6. Doi: [10.1007/s10508-020-01764-1](https://doi.org/10.1007/s10508-020-01764-1)
 19. Biggs DM. The Tavistock's Experiment on with Puberty Blockers. Version 1.0.1, 29 July 2019. Available from: https://users.ox.ac.uk/~sfos0060/Biggs_ExperimentPubertyBlockers.pdf
 20. Final Report – The Cass Review. 2024 Apr 10; Available from: <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>
 21. SEGM. The Final Cass Review and the NHS England Response. 2024 Apr 10; Available from: <https://segm.org/Final-Cass-Report-2024-NHS-Response-Summary>
 22. Rapport - La transidentification des mineurs. Sénat Les Républicains; 2024 Mar; Available from: <https://lesrepublicains-senat.fr/wp-content/uploads/2024/03/RAPPORT-SUR-LA-TRANSIDENTIFICATION-DES-MINEURS-18.03.2024-avec-compression.pdf>
 23. Taylor J, Hall R, Heathcote C, Hewitt CE, Langton T, Fraser L. Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of recommendations (part 2). *Arch Dis Child.* 2024; archdischild-2023-326500. Doi: [10.1136/archdischild-2023-326500](https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326500)
 24. Heathcote C, Taylor J, Hall R, et al. Psychosocial support interventions for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Arch Dis Child.* 2024; archdischild-2023-326347. Doi: [10.1136/archdischild-2023-326347](https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326347)
 25. Taylor J, Hall R, Heathcote C, Hewitt CE, Langton T, Fraser L. Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of guideline quality (part 1). *Arch Dis Child.* 2024; archdischild-2023-326499. Doi: [10.1136/archdischild-2023-326499](https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326499)
 26. Hall R, Taylor J, Hewitt CE, et al. Impact of social transition in relation to gender for children and adolescents: a systematic review. *Arch Dis Child.* 2024; archdischild-2023-326112. Doi: [10.1136/archdischild-2023-326112](https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326112)
 27. Taylor J, Mitchell A, Hall R, Langton T, Fraser L, Hewitt CE. Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Arch Dis Child.* 2024; archdischild-2023-326670. Doi: [10.1136/archdischild-2023-326670](https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326670)
 28. Taylor J, Mitchell A, Hall R, et al. Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Arch Dis Child.* 2024; archdischild-2023-326669. Doi: [10.1136/archdischild-2023-326669](https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326669)
 29. Radobuljac MD, Grošelj U, Kaltiala R, et al. ESCAP statement on the care for children and adolescents with gender dysphoria: an urgent need for safeguarding clinical, scientific, and ethical standards. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2024 Apr 27. Doi: [10.1007/s00787-024-02440-8](https://doi.org/10.1007/s00787-024-02440-8)
 30. De Vries ALC, Steensma TD, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study. *J Sex Med.* 2011; 8(8):2276–83. Doi: [10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x)
 31. De Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment. *Pediatrics.* 2014; 134(4):696–704. Doi: [10.1542/peds.2013-2958](https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958)
 32. Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria. NICE; October 2020; Available from: https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_GnRH-analogues_For-upload_Final.pdf
 33. Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria. NICE; October 2020; Available from: https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_Gender-affirming-hormones_For-upload_Final.pdf
 34. Zepf FD, König L, Kaiser A, et al. Beyond NICE: Aktualisierte systematische Übersicht zur Evidenzlage der Pubertätsblockade und Hormongabe bei Minderjährigen mit Geschlechtsdysphorie. *Z Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother.* 2024;52(3):167-187; Epub 2024 Feb 27; Doi: [10.1024/1422-4917/a000972](https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000972)
 35. SEGM. The European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) Policy Statement on Youth Gender Dysphoria. 2024 May 6; Available from: <https://segm.org/Child-Adolescent-Psychiatry-Europe-ESCAP-Gender-Dysphoria-Incongruence-Policy-Statement-2024>
 36. Zucker K. The myth of persistence: Response to "A critical commentary on follow-up studies and 'desistance' theories about transgender and gender non-conforming children" by Temple Newhook et al. (2018). *Int J Transgenderism.* 2018; 19(2): 231–245. Doi: [10.1080/15532739.2018.1468293](https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468293)
 37. Huggs M. The WPATH Files-Pseudoscientific surgical and hormonal experiments on children, adolescents, and vulnerable adults. *Environmental Progress.* 2024 Mar 4; Available from: <https://environmentalprogress.org/big-news/wpath-files>
 38. Dyer C. Guidelines on gender related treatment flouted standards and overlooked poor evidence, finds Cass review. *BMJ.* 2024 Apr 9; 385:q820. Doi: [10.1136/bmj.q820](https://doi.org/10.1136/bmj.q820)

39. SEGM. The World Health Organization Announces Transgender Guideline Plans. 2023 Dec 23; Available from: <https://segm.org/world-health-organization-transgender-guidelines>
40. WHO. Extended deadline for feedback on development of a WHO guideline on the health of trans and gender diverse people. 2024 Jan 15; Available from: <https://www.who.int/news/item/15-01-2024-extended-deadline-for-feedback-on-who-development-of-a-guideline-on-the-health-of-trans-and-gender-diverse-people>
41. Zucker K. Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues. Arch Sex Behav. 2019 Oct;48(7):1983-1992. Doi: [10.1007/s10508-019-01518-8](https://doi.org/10.1007/s10508-019-01518-8)
42. Abbasi K. The Cass review: an opportunity to unite behind evidence informed care in gender medicine. BMJ. 2024;385: q837. Doi: [10.1136/bmj.q837](https://doi.org/10.1136/bmj.q837)
43. Cass H. Gender medicine for children and young people is built on shaky foundations. Here is how we strengthen services. BMJ. 2024; q814. Doi: [10.1136/bmj.q814](https://doi.org/10.1136/bmj.q814)
44. SEGM. The German Medical Assembly Passes a Resolution to Restrict Youth Gender Transitions to Controlled Research Settings. 2024 May 10; Available from: <https://segm.org/German-resolution-restricts-youth-gender-transitions-2024>
45. Vankrunkelsven P, Casteels K, DE Vleminck J. Hoe kunnen we de beste zorg geven aan jongeren die te maken hebben met genderincongruentie? tvgg.be, 2024 April 9; Available from: Doi: [10.47671/TVG.80.24.030](https://doi.org/10.47671/TVG.80.24.030)

AFFILIATIONS

1. Centre pédiatrique pluridisciplinaire RIZA, Bousval, Belgique
2. Médecin généraliste
3. Psychiatre infanto-juvénile, psychanalyste, co-directrice de l'Observatoire La Petite sirène
4. Professeure émérite en Oncologie, Université de Bordeaux, INSERM Unité 1318
5. Agrégée en Sciences physiques, DEA d'astrophysique, co-fondatrice de l'association PAARI (Personnes autistes pour une autodétermination responsable et innovante)
6. Maître de Conférences honoraire en Biologie des Organismes. Université d'Aix-Marseille
7. Pédiatre, Assistant Clinical Professor, Florida State University, USA
8. Pédopsychiatre, cheffe de service de pédopsychiatrie dans le groupe hospitalier HELORA
9. Psychologue clinicien
10. Psychiatre, psychanalyste, Agrégé de l'enseignement supérieur, Vice-président de l'Association Lacanienne Internationale (ALI)
11. Professeur de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Université de Picardie Jules Verne, psychanalyste, co-directrice de l'Observatoire La Petite sirène

CORRESPONDANCE

Dr Beryl Koener
 Centre pédiatrique pluridisciplinaire RIZA
 Avenue des Combattants 29
 B-1470 Bousval

ANNEXE 1. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS MINEURS EN BELGIQUE S'ÉTANT VU PRESCRIRE DE LA TRIPTORELINE DANS LA PÉRIODE 2006-2022

Année	Nbre de mineurs s'étant vu prescrire de la triptoreline	
	chiffres absolus	par 10,000 mineurs belges
2006	234	1,02
2007	246	1,07
2008	308	1,42
2009	349	1,60
2010	372	1,60
2011	406	1,74
2012	425	1,86
2013	467	2,01
2014	496	2,14
2015	502	2,16
2016	496	2,13
2017	475	2,04
2018	498	2,12
2019	493	2,10
2020	569	2,43
2021	638	2,72
2022	692	3,01

Le présent tableau représente l'évolution du nombre de patients mineurs en Belgique s'étant vu prescrire de la Triptoreline (GnRHa) dans la période 2006-2022.

Ces données ont été recueillies par l'Agence Intermutualistique (IMA-AIM), ont été publiées dans le rapport sénatorial français, et ont été reprises dans une publication internationale : Kozłowska K., Ambler G. R., Dechêne S., Almaraz Almaraz M. C., Eliacheff C., Entwistle K., Esteva de Antonio I., Gómez Gil E., Hofman P., Hunter P., Kaltiala R., Koener B., Landén M., Ledrait A., Maguire A. M., Masson C., O'Malley S., Raven M., Ryan H., ... Scher S. (2024). Evolving national guidelines for the treatment of children and adolescents with gender dysphoria: International perspectives. *Human Systems*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/26344041241269298>.

MÉTHODOLOGIE

Description schématique des manipulations de données et analyses statistiques requises
<p>Détermination du nombre de patients, quel que soit le statut de remboursement par l'assurance maladie et invalidité (AMI) pour la triptoreline :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nombre de personnes uniques par an, ayant un <u>âge calculé</u> de moins de 18 ans au moment de la prestation de délivrance de la triptoreline. ▶ Calcul de l'âge avant 2012 : [année et mois de prestation (ss00015)] < [année de naissance + 18 années et 6 mois]. Calcul de l'âge à partir de 2012 : [année et mois de prestation (ss00015)] < [année et mois de naissance + 18 années]

Description générale des données à sélectionner. Les détails figurent dans les documents de sélection des données

SÉLECTION SUR LA BASE DE

Liste de médicaments avec le code ATC « **L02AE04** » (codes CNK = variable SS00135) :

SS00135	DENO_AGG	DENO
676882	DECAPEPTYL	DECAPEPTYL SUSTAINED RELEASE 3,75 MG
733881	DECAPEPTYL	DECAPEPTYL SUSTAINED RELEASE 3,75 MG
749887	DECAPEPTYL	DECAPEPTYL SUSTAINED RELEASE 11,25 MG
759944	DECAPEPTYL	DECAPEPTYL SUSTAINED RELEASE 22,5 MG
788125	DECAPEPTYL	DECAPEPTYL 0,1 MG
1375120	DECAPEPTYL	DECAPEPTYL 0,1 MG
1428143	DECAPEPTYL	DECAPEPTYL SUSTAINED RELEASE 11,25 MG
2713063	DECAPEPTYL	DECAPEPTYL SUSTAINED RELEASE 22,5 MG
793729	SALVACYL	SALVACYL 11,25 MG
2581882	SALVACYL	SALVACYL 11,25 MG
2716884	GONAPEPTYL	GONAPEPTYL DAILY 0,1MG/ML OPL INJ VOORGEVULDE SP 7
3398963	GONAPEPTYL	GONAPEPTYL DEPOT 3,75 MG
7715105	GONAPEPTYL	GONAPEPTYL DEPOT 3,75 MG

ANNÉES

Période de prestation : 2006-2022

Périodes comptables : premier trimestre 2006 – dernier trimestre 2022.

TYPE DE DONNÉES SOURCE

Bases de données **Pharmanet** (distribution par officines publiques) et **Soins de Santé** (distribution par officines hospitalières) :

- ▶ SS00010 (Code d'identification de la personne),
- ▶ SS00015 (Date de prestation/délivrance)
- ▶ SS00135 (Code CNK du médicament)

Base de données **Population** :

- ▶ PP0010 (Code d'identification de la personne)
- ▶ PP0015a (Année de naissance)
- ▶ PP0015b (Mois de naissance) (*)

(*) *A partir de 2012*