

# **Protéger l'intégrité physique et psychologique de nos enfants et nos adolescentes aux prises avec la dysphorie de genre**

**Mémoire sur le projet de loi C-6**

**Présenté par :**

***Pour les droits des femmes du Québec (PDF Québec)***

**12 novembre 2020**



**Groupe féministe, citoyen, mixte et non partisan, créé en 2013,  
composé de plus de 500 membres d'origines diverses.**

**PDF Québec croit qu'une véritable démocratie n'est possible qu'à la  
condition de réaliser l'égalité de fait entre les femmes et les hommes.**

***PDF Québec soutient la société démocratique et laïque.***

**Auteures**

**Ghislaine Gendron**

**Analyste et Responsable du Comité de réflexion sur l'identité de genre de  
*PDF Québec***

**Michèle Sirois**

**Anthropologue et vice-présidente par intérim de *PDF Québec***

**Avec la précieuse collaboration des membres du conseil d'administration  
de *PDF Québec***

***Les auteures tiennent à remercier toutes les personnes qui leur ont  
apporté leur soutien.***

# TABLE DES MATIÈRES

|  |           |
|--|-----------|
| <i>Introduction</i> .....  | 1         |
| <b>1. L'amalgame douteux entre l'orientation sexuelle et la dysphorie de genre</b> .....                     | <b>2</b>  |
| 1.1. L'orientation sexuelle.....   | 2         |
| 1.2. L'identité de genre et la dysphorie de genre .....  | 2         |
| <b>2. L'absence de consensus sur le diagnostic et les traitements</b> .....                                  | <b>3</b>  |
| 2.1. L'approche psychothérapeutique prudente d'exploration .....   | 4         |
| 2.2. L'approche thérapeutique « affirmative » ou « d'affirmation » .....                                     | 5         |
| <b>3. La compétence de l'enfant à consentir à des traitements invasifs</b> .....                             | <b>6</b>  |
| 3.1. Les effets des bloqueurs d'hormone .....  | 7         |
| 3.2. L'administration d'hormones de l'autre sexe (« hormones croisées »).....                                | 7         |
| <b>4. Définition et interprétation du terme « thérapie de conversion »</b> .....                             | <b>8</b>  |
| <b>5. Les leçons des gouvernements étrangers : Les erreurs et volte-face des gouvernements étrangers ...</b> | <b>9</b>  |
| 5.1. La Suède .....  | 9         |
| 5.2. Au Royaume-Uni.....   | 9         |
| <i>Conclusion et recommandations</i> .....   | <b>10</b> |

## Résumé

Le 1<sup>er</sup> octobre 2020, le gouvernement canadien déposait à la Chambre des Communes du Canada le projet de loi C-6 : *Loi modifiant le Code criminel (thérapie de conversion)*. Ce projet de loi prévoit modifier le code criminel de manière à interdire de faire ou de publiciser des thérapies de conversion.

Le résumé législatif du projet de loi C-6 documente rigoureusement l'histoire et les preuves scientifiques ayant trait aux « thérapies de conversion » visant l'orientation sexuelle (Sexual Orientation Change Efforts - SOCE). *Pour les Droits des Femmes du Québec (PDF Québec)* adhère sans réserve aux conclusions et à la volonté de bannir ces thérapies par des mesures dissuasives. L'homosexualité n'est pas une maladie qu'on doit « traiter » afin de changer l'orientation sexuelle d'une personne.

Cependant, C-6 échoue à mettre en évidence les preuves soutenant l'existence de thérapies de conversion qui « viseraient à rendre une personne cisgenre » (pour reprendre les termes du projet de loi). Il échoue aussi à définir en quoi consisterait spécifiquement ces « efforts » de conversion.

Dans le résumé législatif du projet de loi C-6, le gouvernement renvoie simplement à un article paru dans la *Revue Canadienne de Psychiatrie*<sup>1</sup>, dans lequel l'auteur affirme à propos de ces « thérapies de conversion » visant les personnes transgenres qu'il n'y a pas de faits probants au sujet de la prévalence de ces thérapies au Canada.

Dans cet article, l'auteur s'abstient de décrire ou de définir ce que serait une « thérapie de conversion » visant les personnes transgenres et il associe indifféremment les termes « genre » et « sexe », comme s'il s'agissait de synonymes interchangeables, ce qui lui permet d'appliquer au transgenrisme les conclusions qu'il tire sur les thérapies visant à changer l'orientation sexuelle. L'auteur, tout comme le gouvernement, ne fait pas référence à la dysphorie de genre (DG) chez l'enfant, laquelle cause une souffrance pour laquelle des enfants consultent des thérapeutes. Contrairement à l'homosexualité, la DG correspond à un diagnostic de santé mentale qui requiert souvent des traitements, particulièrement pour les enfants et les adolescents.

**Il en va de la responsabilité du gouvernement face à des enfants et des adolescentes aux prises avec un problème de dysphorie de genre.**

**Leur souffrance nous impose de nous occuper de ces personnes vulnérables, ce que ne fait pas le PL C-6.**

---

<sup>1</sup> Travis Salway et al., « Prevalence of Exposure to Sexual Orientation Change Efforts and Associated Sociodemographic Characteristics and Psychosocial Health Outcomes among Canadian Sexual Minority Men », *Revue canadienne de psychiatrie*, 26 janvier 2020. <https://journals.sagepub.com/eprint/WD8EWWWHW6RZYUNVG8XR/full>

## Introduction

Le 12 septembre 2019, *PDF Québec* recevait un courriel de la part d'une jeune femme qui demandait de l'aide. Nous aimerions en partager un extrait avec les membres de ce comité.

*« Mon nom est Sarah<sup>2</sup> et je suis une femme de 19 ans, mutilée par un traitement inadéquat de dysphorie de genre lorsque j'étais adolescente. Considérant les problèmes de santé mentale sévère dont je souffrais à ce moment-là, je n'étais pas en mesure de donner un consentement éclairé. Comme vous le savez probablement, on donne des hormones et on offre des chirurgies à des filles mineures inconfortables avec leur corps (un malaise normal considérant l'hypersexualisation et les répercussions d'être perçue comme une fille/une femme).*

*C'est ainsi que plus d'un an après avoir cessé de prendre des hormones, je suis enceinte et je ne pourrai pas allaiter à cause de ma mastectomie qui n'était pas nécessaire. (...) Je sais que je ne suis pas la seule à avoir détransitionnée, puisqu'il y avait eu un article de Radio-Canada à ce sujet. (...) »*

Sarah nous a partagé son histoire et sa souffrance. Elle a aujourd'hui 20 ans. Suite aux traitements de « thérapie affirmative » (voir le point 2.2) qu'elle a suivi, elle parle d'une voix grave qu'elle assume difficilement. Elle a récemment accouché d'une petite fille qu'elle ne peut pas allaiter, ayant subi une mastectomie alors qu'elle était mineure (17 ans) et qu'elle souffrait d'un trouble de la personnalité diagnostiqué antérieurement à ses démarches pour recevoir une thérapie « d'affirmation de genre ». Elle a également perdu une partie de ses cheveux.

Suite à la prise de testostérone prescrite par une psychologue appliquant les principes des thérapies d'affirmation dans une clinique de genre à Montréal, l'adolescente a dû être internée dans un hôpital psychiatrique après avoir fait plusieurs tentatives de suicide. Elle avait 16 ans.

C'est à partir de ce témoignage et de cette rencontre que *PDF Québec* a commencé à s'intéresser à ce phénomène qui toucherait à la puberté deux fois plus d'adolescentes que de garçons. L'actuelle inversion du ratio masculin-féminin (2 :1)<sup>3</sup> observée depuis les années 2000, est inexpliquée par les experts médicaux mondiaux. C'est aussi un grave sujet de préoccupation pour notre groupe féministe, compte tenu des répercussions sur la santé de ces adolescentes.

De plus, *PDF Québec* s'alarme, tout comme de nombreux experts médicaux à travers le monde, de l'augmentation remarquable de cas d'adolescents s'identifiant à l'autre sexe ou souffrant de la dysphorie de genre (DG). Des augmentations de 1500% chez les jeunes filles en Suède et de 3000% chez les enfants du Royaume-Uni ont été rapportés dans des journaux réputés<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Nom fictif

<sup>3</sup> Kenneth J. Zucker, « Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues », *Archives of Sexual Behavior*, 2019, 48: <https://doi.org/10.1007/s10508-019-10518-8>

<sup>4</sup> Janice Turner, « Giving puberty blocker to “trans” children is a leap into the unknown », *Times, The (United Kingdom)*, February 21 2020 <https://www.thetimes.co.uk/article/giving-puberty-blocker-to-trans-children-is-a-leap-into-the-unknown-x3g37sb7f>

Au Canada, le résultat des recherches de Hayley Wood et al.<sup>5</sup> démontre aussi des statistiques comparables chez les adolescents qui ont été orientés vers les services traitant la DG à Toronto. D'une vingtaine d'adolescents par année (13-20 ans) référés à des cliniques de Toronto au début des années 2000, le nombre est passé à environ 95 adolescents par année en 2008. Sur ce nombre, on comptait deux fois plus de jeunes filles que de garçons.

Le PL C-6 entraîne une confusion considérable, car il applique les conclusions tirées des études sur les traitements thérapeutiques pour changer l'orientation sexuelle (SOCE) aux thérapies traitant la DG chez les enfants et les adolescent(e)s.

Nous demandons au gouvernement de soustraire la DG du projet de loi C-6 et de tenir compte de l'absence de consensus dans l'expertise médicale sur le traitement de la DG avant de se prononcer dans un projet de loi qui pourrait avoir de graves conséquences sur la santé des enfants, des adolescents et particulièrement celle des jeunes filles.

## **1. L'amalgame douteux entre l'orientation sexuelle et la dysphorie de genre**

### **1.1. L'orientation sexuelle**

Depuis 1973, l'*Association Américaine de Psychiatrie* a rayé l'homosexualité des pathologies et des troubles de personnalité recensées dans le « *Diagnostic and Statistic Manuel of Mental Disorders* » (DSM). Au Québec, l'*Association des Psychologues du Québec* et l'*Ordre des Psychologues du Québec (OPQ)* affirment très clairement que l'homosexualité n'est ni une maladie, ni un trouble mental et que tenter de changer l'orientation sexuelle « (...) *risquerait de susciter de faux espoirs et être à la source d'une plus grande détresse devant l'échec prévisible de ce traitement.* »<sup>6</sup>

PDF Québec appuie, salue et soutient les efforts du gouvernement pour bannir des thérapies de conversion qui sont, par ailleurs, déjà interdites par les codes de déontologie et d'éthique des ordres professionnels.

### **1.2. L'identité de genre et la dysphorie de genre**

Si l'homosexualité n'est pas une maladie et ne requiert aucun traitement, il en est autrement pour la DG qui est un diagnostic de santé mentale et requiert souvent des soins et des traitements, particulièrement pour

---

<sup>5</sup> Hayley Wood , Shoko Sasaki , Susan J. Bradley , Devita Singh , Sophia Fantus , Allison Owen-Anderson, Alexander Di Giacomo , Jerald Bain & Kenneth J. Zucker (2013) «Patterns of Referral to a Gender Identity Service for Children and Adolescents (1976–2011): Age, Sex Ratio, and Sexual Orientation», *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39:1, 1-6, DOI: 10.1080/0092623X.2012.675022, <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2012.675022>

<sup>6</sup> Avis de l'ordre des psychologues du Québec, 2012, « Les interventions qui visent à changer l'orientation sexuelle » [https://www.ordrepsy.qc.ca/c/document\\_library/get\\_file?uuid=b57fed59-38cb-4496-8976-2a5b832cf035&groupId=26707](https://www.ordrepsy.qc.ca/c/document_library/get_file?uuid=b57fed59-38cb-4496-8976-2a5b832cf035&groupId=26707)

les enfants et les adolescents. Leur souffrance nous impose de nous occuper de ces personnes vulnérables, ce qu'esquive malheureusement le PL C-6.

En effet, le second volet du PL C-6 mentionne l'interdiction de thérapies visant à « rendre une personne cisgenre ». Puisqu'il est question d'encadrement de thérapies, il nous paraît plus juste de parler de « dysphorie de genre » et non pas de « cisgenrisme », ce terme se référant aux discours sur les « identités de genre », et non pas à la souffrance ou à la détresse psychologique expérimentée par les enfants et les adolescents. On peut même se demander ce que vise le PL C-6 exactement ? Vise-t-il à établir une législation pour encadrer les traitements d'un diagnostic de santé mentale, basé sur les recommandations des spécialistes du ministère de la Santé et des experts internationaux ou vise-t-il à véhiculer les demandes des personnes transgenres de respecter leur ressenti quant à leur identité de genre ? Si ces deux objectifs sont légitimes, il nous paraît essentiel de bien les identifier, de les définir et les différencier.

Si on nous présente souvent la DG sous l'angle des droits humains, il n'en demeure pas moins qu'il est rarement présenté sous l'angle du diagnostic de santé mentale. Pourtant, c'est bien en vertu de ce diagnostic que les soins, les thérapies, les chirurgies et la bio-médicalisation sont dispensés et couverts par le Régime d'Assurance-Maladie du Québec (RAMQ) et les assurances-maladies privées au Canada et ailleurs.

La DG se définit comme la souffrance ressentie par les personnes du fait d'une inadéquation ressentie entre l'expérience psychologique de soi en tant qu'homme ou femme, (ou garçon ou fille), et les caractéristiques sexuelles de leur corps. Cette souffrance peut avoir besoin de soulagement, c'est-à-dire de soins, de traitements et de thérapies.

## **2. L'absence de consensus sur le diagnostic et les traitements**

À ce sujet, les experts sont divisés. Selon la littérature scientifique<sup>7</sup>, certaines autorités, comme le DSM 5, classent la DG comme un diagnostic de santé mentale, alors que certains chercheurs affirment que le diagnostic de DG chez les enfants est un exemple de conflit entre l'individu et la société dans laquelle il vit. Plusieurs ne voient dans la DG ni une maladie ni une construction sociale, mais une variation normale, quoique moins fréquente, de l'expression de genre.

Selon certains, le besoin de traitement est ce qui définit la DG comme un trouble. D'autres affirment qu'il s'agit d'une maladie dans le sens où il y a une déconnexion entre le corps et l'esprit, ce qui provoque la souffrance. Ce dernier point de vue apparenterait la DG au trouble de l'anorexie, qui est aussi catégorisé comme une dysphorie du corps.

Qui croire? En fait, il n'y aurait pas besoin de procédures médicales pour rendre la vie des personnes atteintes plus satisfaisante s'il s'agissait simplement d'une « variation normale » de l'expression du genre. Autrement dit, s'il s'agit simplement d'une variation normale, comment justifier qu'une société médicalise et défraye

---

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

les coûts de la bio-médicalisation et des chirurgies qui font partie de l'approche dite « affirmative »? Une chose est cependant certaine et concluante : en légiférant pour couvrir les frais de traitements, de thérapies, de chirurgies et de biomédicalisation liés à l'identité de genre, les gouvernements se positionnent clairement dans ce débat et reconnaissent la DG comme un diagnostic de santé mentale.

Si les causes ne font pas consensus, il en va de même pour les approches thérapeutiques pour soigner la DG. La communauté internationale d'experts est divisée sur les causes et les traitements les mieux appropriés pour soigner les enfants souffrant de DG. L'étude empirique<sup>8</sup> « *Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria* » menée par le département de psychiatrie pour enfants et adolescents du Centre médical de l'Université Curium-Leiden aux Pays-Bas et du département de psychologie médicale de Centre Universitaire d'Amsterdam en fait un très bon résumé. Elle énumère dans sa conclusion les points de divergence des équipes interdisciplinaires d'experts consultés à travers le monde :

*« Sept thèmes donnent lieu à des opinions différentes, voire opposées sur le traitement :*

*La (non)-disponibilité d'un modèle exploratoire de la DG - La nature de la DG (variation normale, la construction sociale ou maladie (mentale) - Le rôle de la puberté physiologique dans le développement de l'identité sexuelle - Le rôle de la comorbidité - Les effets physiques ou psychologiques possibles des interventions médicales précoces (ou de l'abstention de celles-ci) - La compétence de l'enfant et de leur autorité décisionnelle - Le rôle du contexte social dans la perception de la DG »*

Ils concluent : « *Tant qu'il y aura un débat sur ces sept thèmes et que seules des données limitées dans le temps seront disponibles, il n'y aura pas de consensus sur le traitement. Par conséquent, une recherche interdisciplinaire et multicentrique mondiale plus systématique est nécessaire* ». <sup>9</sup>

En effet, pour diagnostiquer et soigner des enfants et des adolescents souffrant de la DG, deux approches thérapeutiques se dégagent des recherches médicales des 35 dernières années. Nous craignons malheureusement que l'interdiction de l'une d'entre elles soit visée par certains partisans soutenant le projet de loi C-6.

### **2.1. L'approche psychothérapeutique prudente d'exploration**

Une première approche psychothérapeutique exploratrice qu'on pourrait qualifier « d'attente vigilante » favorise une attitude ouverte pour accueillir les différents vécus des enfants souffrant de DG. Elle cherche à les comprendre et leur offrir du support tout au long de l'évolution de leur identité de genre. Cette approche favorise l'exploration des causes possibles de la souffrance de l'enfant sans jamais exclure la possibilité que la DG en soit une cause primaire. Cette thérapie comprend et tient compte du fait qu'environ 20% des enfants

---

<sup>8</sup> J.J.Vrouenraets et al., *Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study*, *Journal of Adolescent Health*, Volume 57, Issue 4, October 2015, Pages 367-373, [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(15\)00159-7/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00159-7/fulltext)

<sup>9</sup> Lieke J.J.J Vrouenratets et Al., Op. cit.



ne se réconcilient pas avec leur corps après l'adolescence et devront vivre des vies d'adulte en s'identifiant aux comportements sociaux-culturels généralement associés à l'autre sexe (ce que les militants appellent l'expression et l'identité de genre). Pour les autres (de 60 à 80% des enfants éprouvant les symptômes à divers degrés de sévérité)<sup>10</sup>, ils se réconcilieront avec leur sexe de naissance quand ils atteindront l'adolescence et vivront leur vie d'adulte normalement, sans avoir recours à de la médication ou des chirurgies comme la plupart d'entre nous.<sup>11</sup>

Les recherches permettent d'affirmer que, chez les personnes qui font l'expérience de la DG, un petit nombre sont des enfants et que seuls une minorité d'enfants pré-pubères persistera à l'adolescence ou à l'âge adulte. Le pourcentage de « persistance » de la DG semble se situer entre 10 et 27 %<sup>12 13</sup>.

*« Le traitement des enfants pré-pubères est donc essentiellement psychologique. Cependant, les enfants qui souffrent encore de la DG au moment de la puberté deviendront presque invariablement des adultes dysphores. »<sup>14 15</sup>*

## **2.2. L'approche thérapeutique « affirmative » ou « d'affirmation »**

Une seconde approche thérapeutique est dite « affirmative », en ce sens qu'elle centre son intervention sur les affirmations des enfants souffrant de DG quant à leur identité de genre qu'ils ressentent non-conforme à leurs caractéristiques sexuelles. Cette approche stipule que les individus, même les jeunes enfants, ont la capacité de savoir et ressentir s'ils ou elles sont des filles ou des garçons. À partir de ce fait, on recommande au thérapeute de croire l'enfant (ou le parent qui rapporte ces affirmations) et de l'aider à affirmer le genre ressenti en se nommant, s'habillant ou se comportant comme une personne du genre qu'il croit être.

Selon cette approche, les enfants auraient la capacité cognitive et la « compétence » de consentir à des interventions biomédicales ayant pour but de changer leur identité sexuelle, impliquant l'administration des bloqueurs de puberté pour les enfants pré-pubères, d'hormones de l'autre sexe pour les adolescents et

---

<sup>10</sup> Une statistique, incontestée par le GIDS (Gender Identity Development Services sous la responsabilité du ministère de la Santé britannique et pourvoyeur de soins pour les enfants dysphoriques) et par les cliniques du genre nord-américaines, révèle qu'en l'absence d'une intervention d'ordre médical, environ 85 % des enfants dysphoriques de genre se réconcilient avec leur sexe biologique après la puberté - <https://t.co/CJWsLb358d?amp=1>

<sup>11</sup> International Journal of Transgenderism, ISSN: 1553-2739 (Print) 1434-4599 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/wijt20>, "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) », Kenneth J. Zucker

<sup>12</sup> Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT, Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008; 47.

<sup>13</sup> Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP et al. Factors associated with desistance and persistence of childhood gender dysphoria; A quantitative follow-up study. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2013

<sup>14</sup> Notre traduction. J.J.Vrouenraets et al., "Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study", Journal of Adolescent Health, Volume 57, Issue 4, October 2015, Pages 367-373, [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(15\)00159-7/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00159-7/fulltext)

<sup>15</sup> Cette affirmation ne tient pas compte de la récente augmentation attribuée à la « Rapid Onset Gender Dysphoria » que nous aborderons plus loin dans ce document

possiblement des chirurgies que l'on peut qualifier objectivement d'invasives (mastectomie, ablation d'organes sexuels ou reconstruction de caractères sexuels de l'autre sexe).

### 3. La compétence de l'enfant à consentir à des traitements invasifs

Nous sommes d'avis que cette « position » de reconnaissance de la compétence de l'enfant à consentir à de la bio-médicalisation devrait particulièrement interpeler le législateur, compte tenu de ce que les neurosciences nous apprennent sur la maturité cérébrale des adolescents (et à fortiori des enfants) à savoir que :

*« (...) l'acquisition de la maturité cérébrale est un processus continu, pouvant durer jusqu'à la mi-vingtaine, mais aussi que certaines habiletés décisionnelles de l'adolescent, comme l'évaluation des risques et bénéfices à court et à long terme seraient différentes de celles des adultes, surtout dans les situations émotionnellement chargées. »<sup>16</sup>*

Non moins troublant est le fait que les recherches révèlent une incidence inquiétante du taux de la comorbidité accompagnant les diagnostics de DG. En effet, les études révèlent que 52%<sup>17</sup> des enfants qui consultent pour la DG présentent au moins un autre diagnostic de santé mentale (autisme, dépression, personnalité limite, TDAH, etc.). Elle serait de 32% chez les adolescents<sup>18</sup>. Une autre étude<sup>19</sup> montre que 43% des enfants et des adolescents rencontrés dans un cadre clinique d'identité de genre souffrent d'une psychopathologie majeure. Cette dernière information devrait interroger le législateur sur la capacité d'un adolescent ou d'un enfant à exercer un choix éclairé concernant une prise de médication aussi invasive.

Une poursuite judiciaire intentée à Londres par une jeune fille ayant détransitionné doit nous questionner sur la compétence des enfants à consentir de façon éclairée à ces traitements<sup>20</sup>. Deux autres poursuites sont enregistrées à cette heure en Angleterre, dont celle de la mère d'une jeune fille autiste ayant aussi détransitionné. Un rapport indépendant a été demandé de la part du gouvernement britannique sur les pratiques de thérapies affirmatives et la bio-médicalisation de personnes mineures.

Au Canada, au moment du dépôt de ce mémoire (novembre 2020), une mère vient d'obtenir une injonction temporaire de la cour suprême de la Colombie-Britannique pour empêcher sa fille de 17 ans de subir une « opération de réaffirmation de genre » annonce pudiquement Radio-Canada. Dans les faits, la jeune fille

---

<sup>16</sup> Brigitte Brabant. Bioéthique On Line 2016. « Adolescents, neurosciences et prise de décisions médicales: devrions-nous revoir certaines dispositions du Code civil du Québec ? » 2016. <https://aqec.ca/wp-content/uploads/2018/10/BBrabant.pdf>

<sup>17</sup> Wallien MS, Swaab H. Cohen-Kettenis PT. La comorbidité psychiatrique chez les enfants cliniquement référés souffrant de troubles de l'identité sexuelle. AM Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007

<sup>18</sup> De Vries Al,, Doreleijers TA. Steensma TD. Cohen-Kettenis PT. Psychiatrie comorbidité chez les adolescents dysphoriques de genre. Psychiatrie de l'enfant, 2012

<sup>19</sup> Meyenburg B. Dysphorie de genre chez les adolescent : Difficultés de traitement. Prax Kinderspsychol Kinderpsychiatr, 2014

<sup>20</sup> <https://www.thetimes.co.uk/article/can-life-changing-decisions-be-left-to-children-ng8rs9kmr>

désire obtenir une mastectomie. La mère de l'enfant affirme que son enfant est victime d'une mode.<sup>21</sup> Combien de parents ont le courage de cette mère?

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

### 3.1. Les effets des bloqueurs d'hormone

Dans une lettre à l'éditeur de la prestigieuse revue scientifique « *Archives of Sexual Behavior* » publiée le 21 octobre 2020, le docteur en psychanalyse Robert D'Angelo de l'*Institut de Psychanalyse Contemporaine* de Los Angeles écrit ceci à propos de l'administration de bloqueurs d'hormones aux adolescents :

*« Jusqu'à récemment, les bloqueurs de puberté étaient considérés comme sûrs et totalement réversibles, mais de nouvelles preuves de leurs effets néfastes sur la santé des os et du cerveau apparaissent aujourd'hui (Klink, Caris, Hejboer, van Trotsenburg et Tootveel, 2015; Joseph, Ting et Butler, 2019 : Schneider et al. 2017). »<sup>22</sup>*

Il faut savoir que la « triptoréline » communément appelée « bloqueur de puberté » est homologuée pour traiter le cancer avancé de la prostate chez les hommes, l'endométriose chez les femmes et pour « castrer chimiquement » les délinquants sexuels masculins. Ils sont aussi utilisés chez les enfants pour mettre un terme aux rares cas de puberté précoce. Dans ce dernier cas, ce médicament est administré et homologuée **pour une courte période seulement** puisque l'administration de ces produits à long terme, sur des enfants, n'a jamais fait l'objet d'une étude scientifique reposant sur des données probantes. Ce médicament est administré hors indications (AMM ou « off-label ») aux enfants souffrant de la DG.

### 3.2. L'administration d'hormones de l'autre sexe (« hormones croisées »)

Voici ce qu'on peut lire sur les « hormones croisées » dans la lettre le Dr D'Angelo à l'éditeur du « *Archives of Sexual Behavior* » : « Les hormones sexuelles croisées sont associées à des complications cardiovasculaires, notamment un risque quatre fois plus élevé de crise cardiaque chez les femmes

---

<sup>21</sup> Radio-Canada, 10 novembre 2020. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1748403/justice-operation-transgenre-cour-supreme-cb-injonction>

<sup>22</sup> Notre traduction. D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S. et al. One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. Arch Sex Behav (2020). <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>

biologiques et un incidence trois fois plus élevée de thrombo-embolie veineuse chez les hommes biologiques (Alzahrani et al., 2019; Nota et al., 2019) »<sup>23</sup>

Tout aussi alarmants sont ces résultats de recherche publiés récemment<sup>24</sup> (2020) par le Dr Michael Biggs, professeur agrégé au département de sociologie d'Oxford, dans la revue *Archives of Sexual Behavior*. Le Dr Biggs aurait observé un effet contraire aux effets souhaités des protocoles de thérapies affirmatives chez les jeunes filles souffrant de DG. Non seulement l'administration de testostérone n'aurait pas atténué la souffrance associée à la DG, elle aurait eu des effets amplificateurs sur leur détresse psychologique.

#### 4. Définition et interprétation du terme « thérapie de conversion »

Comment pourrait-on reprocher à un thérapeute de vouloir faciliter la remise en question et l'exploration psychologique de son patient, particulièrement s'il s'agit d'un enfant, compte tenu que l'identité de genre est fluide et qu'elle varie avec l'âge et les expériences individuelles? Est-ce que le projet de loi C-6 criminaliserait un thérapeute qui offrirait à son jeune patient la possibilité d'explorer toutes les avenues, y compris l'option de se réconcilier avec son corps et son sexe ? Est-ce que ce thérapeute devrait craindre d'être accusé de pratiquer des « thérapies de conversion » ?

Il faut savoir que l'expertise médicale contredit fermement le préambule du projet de loi C-6 quand celui-ci qualifie de « mythe » la possibilité que l'identité de genre puisse être modifiée.<sup>25</sup> Il y a en effet consensus au sein de la communauté scientifique à savoir que le « genre » tendrait à varier avec l'âge, le sexe, les circonstances environnementales et l'expérience individuelle.

Dans sa lettre adressée à l'éditeur de la revue *Archives of Sexual Behavior*, le Dr D'Angelo dénonce l'amalgame qui est fait entre les psychothérapies d'exploration de la DG et les accusations de « conversion ». Il critique sévèrement le choix fait par d'autres chercheurs d'envisager sous une forme binaire les thérapies en opposant les thérapies d'« affirmation » aux thérapies dites de « conversion » qu'ils associent aux psychothérapies exploratoires. Le Dr D'Angelo appelle la communauté scientifique à résister à la stigmatisation de la psychothérapie pour traiter la DG et à soutenir une recherche rigoureuse sur l'efficacité des différents traitements psychologiques visant à améliorer ou à résoudre la DG.

Il invite à la plus grande prudence quant aux thérapies affirmatives : « *Dans la mesure où les traitements psychologiques peuvent aider un individu à obtenir un soulagement de sa maladie sans subir d'interventions*

---

<sup>23</sup> D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S. *et al.* One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav* (2020). <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>

<sup>24</sup> Biggs, M. Gender Dysphoria and Psychological Functioning in Adolescents Treated with GnRHs: Comparing Dutch and English Prospective Studies. *Arch Sex Behav* **49**, 2231–2236 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01764-1>

<sup>25</sup> Chambre des Communes du Canada, Deuxième session quarante troisième législature, 1<sup>er</sup> Octobre 2020, Projet de loi C-6, « Loi modifiant le Code criminel (thérapie de conversion) » <https://parl.ca/DocumentViewer/fr/43-2/projet-loi/C-6/premiere-lecture#ID2EDBBA>

*modifiant son corps, il est non seulement éthique et prudent, mais aussi essentiel de garantir l'accès à ces interventions.* »<sup>26</sup> (notre souligné)

D'autant plus que plusieurs de ces cas ont été associés à un phénomène nommé la « dysphorie du genre à déclenchement rapide » (Rapid Onset Gender Dysphoria-ROGD)<sup>27</sup>. Il s'agit d'adolescentes, n'ayant jamais éprouvé d'inconfort dans leur enfance relativement à l'identification de leur « genre », mais qui estiment qu'ils sont de l'autre sexe parce qu'ils éprouvent de l'inconfort, un rejet, une honte ou un malaise en lien avec les changements hormonaux et physiologiques se produisant dans leur corps à l'adolescence.

## 5. Les leçons des gouvernements étrangers : Les erreurs et volte-face des gouvernements étrangers

### 5.1. La Suède

Le 22 février 2020<sup>28</sup>, le journal britannique *The Guardian* informait ses lecteurs qu'il y a une explosion de cas de DG chez les jeunes filles de 13 à 17 ans en Suède et avance le chiffre effarant d'une augmentation de 1500%. À l'automne 2018, sous la pression de groupes LGBTQ, le gouvernement social-démocrate proposait une loi pour abaisser l'âge légal pour obtenir des chirurgies sexuelles, de 18 à 15 ans, sans avoir à obtenir le consentement des parents.

C'est en mars 2019 que les choses commencent à tourner en Suède quand une psychiatre de l'académie Gothenburg's Sahlgrenska écrit un article dans un journal à large tirage (le Svenska Dagbladet) avertissant le public que les traitements aux hormones et les chirurgies d'ablation des organes sexuels chez les enfants constituaient une large **expérimentation qui risquait de devenir l'un des pires scandales médicaux que la Suède ait connus**, notamment à cause des mastectomies sur des enfants aussi jeunes que 14 ans et cela sans avoir investigué si la détresse des enfants pouvait être imputable à d'autres causes que la DG.

Les études et les rapports qui avaient servi à justifier l'abaissement d'âge et qui avaient été communiqués à la ministre de la Santé suédoise ont été sévèrement critiqués par l'Agence suédoise d'évaluation des technologies de la Santé : le 20 décembre 2019, l'agence concluait : « (...) qu'il y avait très peu de recherches sur les raisons expliquant la récente flambée d'adolescentes signalant une dysphorie de genre et qu'il y avait très peu de recherches sur les risques ou avantages du traitement hormonal et de la chirurgie ».

### 5.2. Au Royaume-Uni

En attendant le dépôt d'un rapport indépendant commandé par le gouvernement, la principale clinique britannique de traitement de la dysphorie du genre pour les enfants, la clinique Tavistock & Porter fait l'objet

---

<sup>26</sup> Idem, Notre traduction

<sup>27</sup> Littman L (2018) Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. PLoS ONE 13(8): e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>

<sup>28</sup> Source Journal britannique « The Guardian », journaliste : Richard Orange, « Teenage transgender row splits Sweden as dysphoria diagnoses soar by 1,500% », 22 février 2020 -

de poursuites judiciaires et de vagues de démissions et de dénonciations de la part du personnel soignant, des psychologues et des infirmières.

Plusieurs allèguent que la clinique induit en erreur les enfants patients et leurs parents, en omettant de préciser que « près de 100 % des enfants qui entament la prise de bloqueurs hormonaux finissent par prendre des hormones de l'autre sexe, aux effets irréversibles ».<sup>29</sup>

Voici le cri d'alarme d'un spécialiste démissionnaire de la clinique Tavistock & Porter à Londres :

*« One psychologist, who wished to remain anonymous, said: "Our fears are that young people are being over-diagnosed and then over - medicalized.*

*"We are extremely concerned about the consequences for young people... For those of us who previously worked in the service, we fear that we have had front row seats to a **medical scandal**." <sup>30</sup>*

## Conclusion et recommandations

Les jeunes filles subissent des changements biologiques et hormonaux considérables pendant leur adolescence. Il n'est pas rare qu'elles éprouvent des douleurs menstruelles et des malaises qui peuvent être significatifs. Dans le regard de certains hommes et garçons de leur âge, plusieurs jeunes filles sont soudainement perçues comme des objets de convoitise sexuelle, sans y être préparées et sans le vouloir. Certaines ressentent de la douleur quand leur poitrine se féminise et plusieurs découvrent leur orientation sexuelle. Ce sont des bouleversements très importants, qui peuvent amener un enfant dont le cerveau n'a pas encore atteint sa maturité, à prendre des décisions et subir des traitements thérapeutiques qui peuvent avoir des conséquences sur toute sa vie.

Les femmes ne peuvent, en aucun cas, considérer comme des « thérapies de conversion » une approche thérapeutique qui aiderait ces jeunes filles à identifier les causes profondes de leur détresse psychologique, ou de leur mal-être, et qui leur donnerait des outils pour se réconcilier avec la réalité de leur corps.

Notre préoccupation réside dans la crainte que certaines dispositions de C-6 puissent avoir un effet dissuasif sur les professionnels de pratiquer une psychothérapie exploratoire, à savoir une pratique thérapeutique qui n'entre ni dans la catégorie de « l'affirmation » de genre, ni dans la pratique d'une « conversion ». Cette limitation aura aussi un impact dans l'éventail d'offre de services et d'options de traitement thérapeutiques offerts aux parents d'enfants et d'adolescents souffrant de DG.

---

<sup>29</sup> Janice Turner, « Giving puberty blocker to "trans" children is a leap into the unknown ». *Times, The (United Kingdom)*. February 21 2020. <https://www.thetimes.co.uk/article/giving-puberty-blocker-to-trans-children-is-a-leap-into-the-unknown-x3g37sb7f>

<sup>30</sup> Laura «Children's transgender clinic hit by 35 resignations in three years as psychologists warn of gender dysphoria 'over-diagnosed' », 12 décembre 2019, <https://www.telegraph.co.uk/news/2019/12/12/childrens-transgender-clinic-hit-35-resignations-three-years/>

En fait, tel que rédigé, ce projet de loi pourrait signifier que le gouvernement intervient dans un débat médical en dissuadant des thérapeutes de choisir des pratiques moins invasives que les thérapies affirmatives de peur de subir des poursuites au criminel pour cause de thérapies de conversion. Ceci paraît relever d'une ingérence inédite de la sphère législative dans le domaine médical, et contournerait par surcroît le rôle du ministère de la Santé, lequel devrait être l'expert médical pour examiner et évaluer de manière indépendante les thérapies avec médication sur des enfants. Or, le ministère de la Santé ne semble pas avoir été consulté dans le processus législatif, alors qu'il y va de la santé des enfants.

### Liste des recommandations

1. Nous demandons au gouvernement de **soustraire** les thérapies de « conversion » visant à « rendre des personnes cisgenres » (sic) de son projet de loi C-6.
2. Nous demandons au gouvernement de **s'abstenir d'intervenir dans un débat médical** sur le meilleur traitement de la dysphorie de genre, par une législation qui risque de dissuader des professionnels de la santé de choisir de pratiquer des psychothérapies d'exploration non-invasives pour traiter des enfants souffrant de la dysphorie de genre. Le législateur doit tenir compte de l'absence de consensus au Canada et au plan international quant au meilleur traitement pour soigner la dysphorie de genre.
3. Nous demandons au gouvernement **de faire appel à des études indépendantes**, et à consulter des experts reconnus en traitement de la dysphorie de genre et à s'adjoindre des experts du ministère de la Santé quant au processus thérapeutique, comme le font les gouvernements britannique et suédois.
4. Nous appelons le législateur et les politiciens à **ne pas inciter à criminaliser la psychothérapie « non affirmative »** pour traiter la dysphorie de genre en l'assortissant de pénalités et de poursuites et à ne pas réduire ainsi l'accès aux alternatives de traitements reconnus par la communauté médicale pour les patients qui cherchent d'autres solutions à leur détresse que les interventions biomédicales.
5. Nous demandons de retirer du projet de loi C-6 des termes et des notions **profondément sexistes**, tels que le terme « cisgenre », qui dérivent de la confusion entre sexe biologique à la naissance et genre construit socialement. Des termes contenues dans le résumé législatif, comme « **le sexe assigné à la naissance** »<sup>31</sup>, nient les réalités biologiques; le sexe n'est pas assigné, mais constaté à la naissance et même avant. Ce discours contribue de façon nocive, à nourrir et renforcer des stéréotypes quant aux rôles et comportements socio-culturels dans lesquels les femmes et les hommes sont enfermés du seul fait du sexe auxquels ils appartiennent.

---

<sup>31</sup> Les médecins constatent le sexe de l'enfant. Seuls les cas d'enfants intersexués amènent des professionnels de la santé à devoir trancher sur la mention du sexe de l'enfant inscrite sur les documents officiels, ce pourquoi on a pu affirmer que le sexe de ces enfants était « assigné ». Dans l'immense majorité des cas, toutefois, le sexe peut être constaté très facilement par les professionnels de la santé et n'est aucunement « assigné »