



Serment d'Hippocrate

Principe

Exigence professionnelle

Compétence médicale

Exercer avec rigueur scientifique et actualisation continue des connaissances

Respect de la personne

Garantir dignité, autonomie et consentement libre et éclairé

Bienfaisance / Non-malfaisance

Agir dans l'intérêt du patient et prévenir tout dommage évitable

Secret médical

Assurer confidentialité et protection des informations personnelles

Obligation de moyens

Délivrer des soins conformes aux données acquises de la science

Indépendance & responsabilité

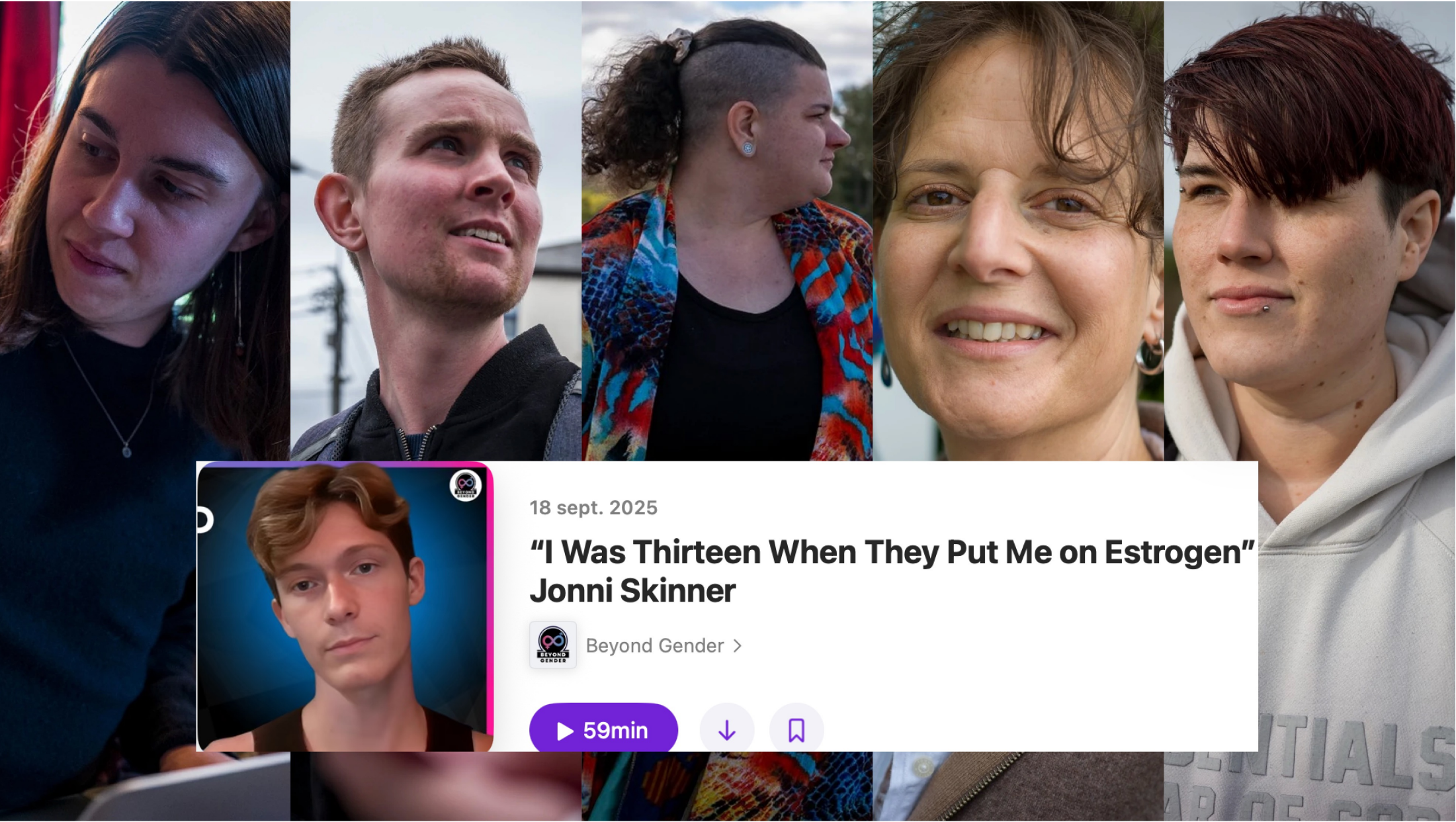
Décider sans influence extérieure et assumer pleinement ses choix cliniques

Exercer une médecine éthique, responsable et scientifiquement fondée, dans l'intérêt exclusif du patient, avec prudence, discernement et intégrité professionnelle.

Si tu me laisses te transformer,
tu connaîtras alors le bonheur
d'être vraiment toi !



K2 vier Grance-



18 sept. 2025

"I Was Thirteen When They Put Me on Estrogen" Jonni Skinner



Beyond Gender >

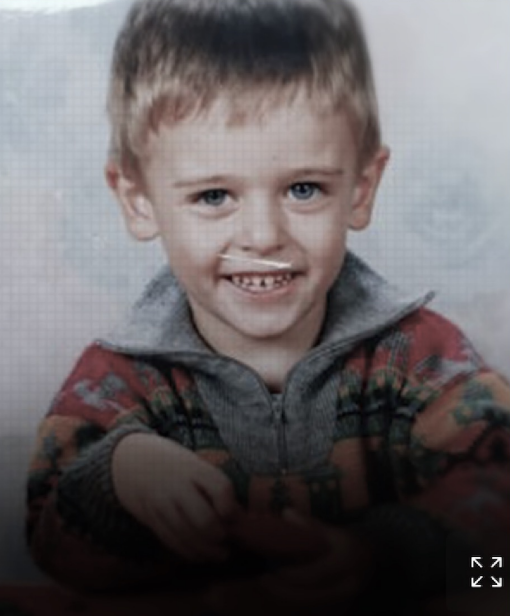
▶ 59min







'I WANT MY D*CK BACK!'



***I never wanted to
be a boy.
I just didn't want to
be me.***

Nik's Story





Rapport Cass (2024) - Synthèse

Constats

Données scientifiques limitées

Incertitudes sur effets à long terme

Situations souvent complexes

Suivi insuffisant

Débat polarisé

Orientation recommandée

Renforcer la recherche

Prudence clinique accrue

Évaluation pluridisciplinaire approfondie

Accompagnement prolongé

Neutralité médicale et scientifique

Message clé

Prudence clinique, évaluation individualisée, preuves robustes et accompagnement global avant toute médicalisation.

Étude Kaltiala (Finlande) - Synthèse

Élément	Données / Résultats
Objectif	Étudier la fréquence des troubles psychiatriques chez les adolescents adressés pour question d'identité de genre et leur évolution
Méthode	Cohorte nationale finlandaise (1996–2019), 2 083 jeunes vs 16 643 témoins
Avant prise en charge ≥ 2 ans après suivi	45,7 % de troubles psychiatriques vs 15,0 % chez témoins 61,7 % vs 14,6 % chez témoins
Après transition féminisante	9,8 % → 60,7 %
Après transition masculinisante	21,6 % → 54,5 %
Risque ajusté	~3× plus élevé (filles témoins) ; ~5× plus élevé (garçons témoins)
Conclusion	Les adolescents adressés présentent une morbidité psychiatrique élevée et persistante, y compris après transition médicale.

MacKinnon et al. (2026) - Dare Study (n = 957)

Profil de l'échantillon

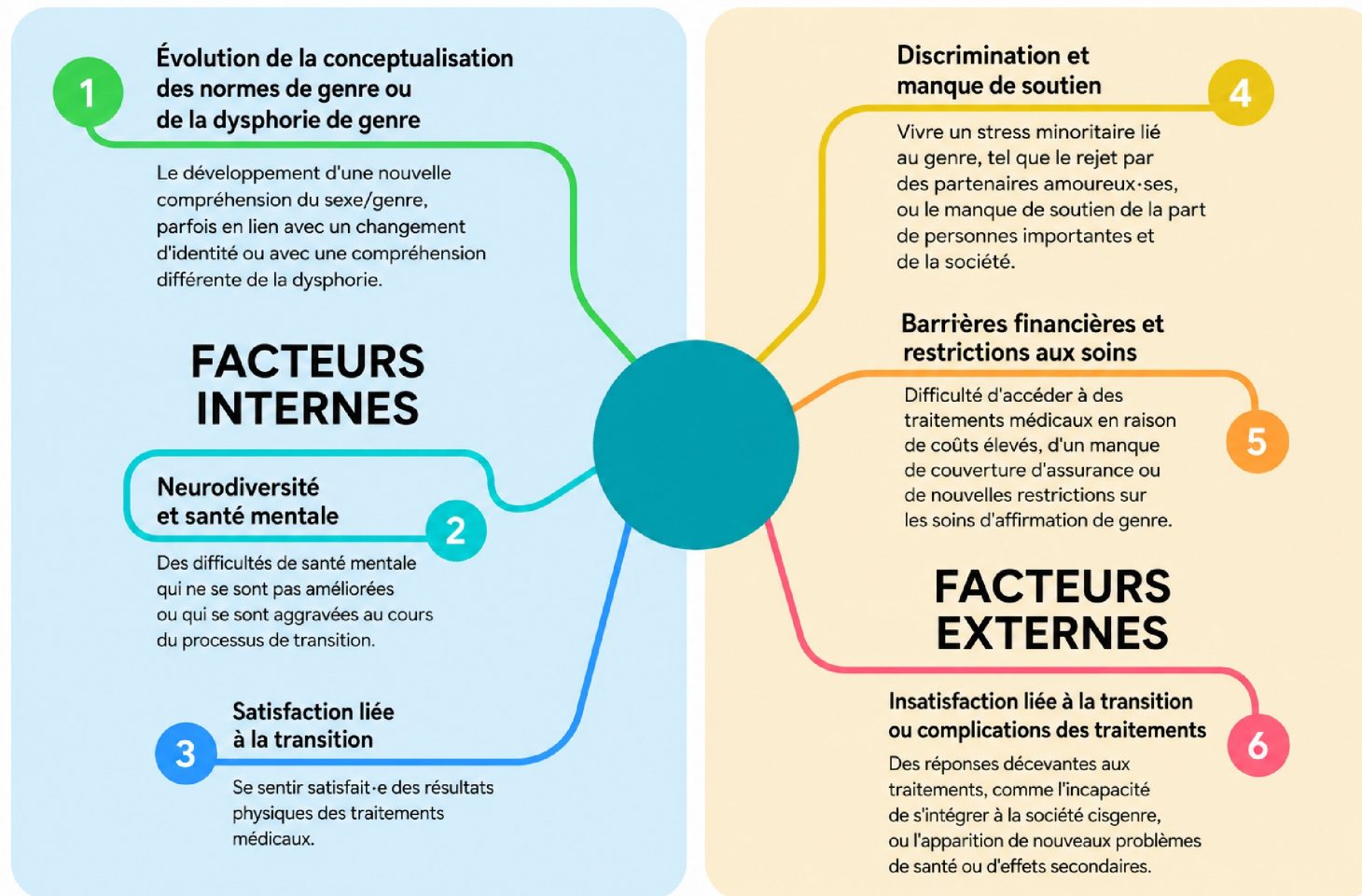
Nés femmes	(AFAB) 78,8 %
Vivant aux États-Unis	73,6 %
Âge moyen	26 ans
Transition médicale initiée	65 %
Transition sociale + médicale	Parcours majoritaire
Identité trans / non-binaire actuelle	≈ 50 %
Réidentification cis / incertaine / autre	≈ 50 %

Principales raisons de détransition

Changement de conception du genre	52 %
Changement d'identité	47 %
Dysphorie résolue ou atténuée	41 %
Absence d'amélioration psychique	40 %
Identification d'autres causes (trauma, autisme, etc.)	49 %
Discrimination	39 %
Difficulté de "passing" / perception persistante	32 %

La détransition est associée à des trajectoires multiples, combinant évolution identitaire, facteurs psychologiques, sociaux et expérience du traitement.

Voies vers l'interruption et la détransition



Rapport Gitnux (2026)

Synthèse de bases de données sur détransitionneurs

Profil général	55 % femmes à la naissance Âge moyen de détransition : 24,8 ans 65 % homosexuels avant transition
Facteurs de détransition	15,9 % pression sociale / entourage 70,2 % lien avec causes psychologiques ou comorbidités identifiées 5 % résolution spontanée de la dysphorie
Contexte de transition	65 % auraient préféré une thérapie avant transition 44 % détérioration de la santé mentale pendant transition
Résultats subjectifs	82 % regret d'au moins un aspect de la transition 46 % idées suicidaires durant la détransition
Santé physique	66 % infertilité post-transition médicale 58 % perte de densité osseuse (bloqueurs / hormones)
Données cliniques spécifiques	13,1 % chez jeunes avec dysphorie ayant fait transition sociale 32,2 % dans cohorte de la clinique néerlandaise (suivi 16 ans)

Les données agrégées rapportent des trajectoires de détransition associées à des facteurs psychologiques, sociaux et médicaux multiples, avec une forte proportion de regret partiel et d'impacts sur la santé mentale et physique

Évolution de l'identité de genre chez les enfants

Les trajectoires sont variables et dépendent des populations étudiées

	ANCIENNES COHORTES CLINIQUES (avant transition sociale généralisée)	ÉTUDES RÉCENTES (enfants en transition sociale)
 POPULATION	Enfants adressés pour non-conformité de genre	Enfants s'identifiant explicitement comme trans
 TRANSITION SOCIALE	Rare ou absente	Fréquente
 "CHANGEMENT D'AVIS" / DÉSISTANCE	~70 à 90 % ne persistent pas	~5 à 15 % changement d'identité rapporté
 PERSISTANCE DE L'IDENTITÉ TRANS	~6 à 27 % persistent à l'adolescence ou à l'âge adulte	~85 à 95 % maintiennent une identité trans à moyen terme (≈ 5 ans)
 INTERPRÉTATION PRINCIPALE	Grande variabilité développementale et exploration de genre	Identité plus stable dans le temps chez les enfants qui s'identifient comme trans

POURQUOI DES RÉSULTATS DIFFÉRENTS ?



Populations différentes



Critères d'inclusion et diagnostic non identiques



Âge et stade de développement variables



Contexte social, familial et culturel différent



Durée de suivi non comparable



MESSAGE CLÉ

- ✓ Les études ne parlent pas des mêmes enfants.
- ✓ Les trajectoires de genre chez l'enfant sont diverses et évolutives.
- ✓ Il n'existe pas un taux unique applicable à tous.



À RETENIR

"La question n'est pas 'combien changent d'avis', mais 'quels enfants sont inclus dans l'étude'.

Sources principales : Steensma et al., 2013 - Ristori & Steensma, 2016
Olson et al., 2016 - Turban et al., 2020 - Clark et al., 2022
(Données arrondies - Range selon les études)

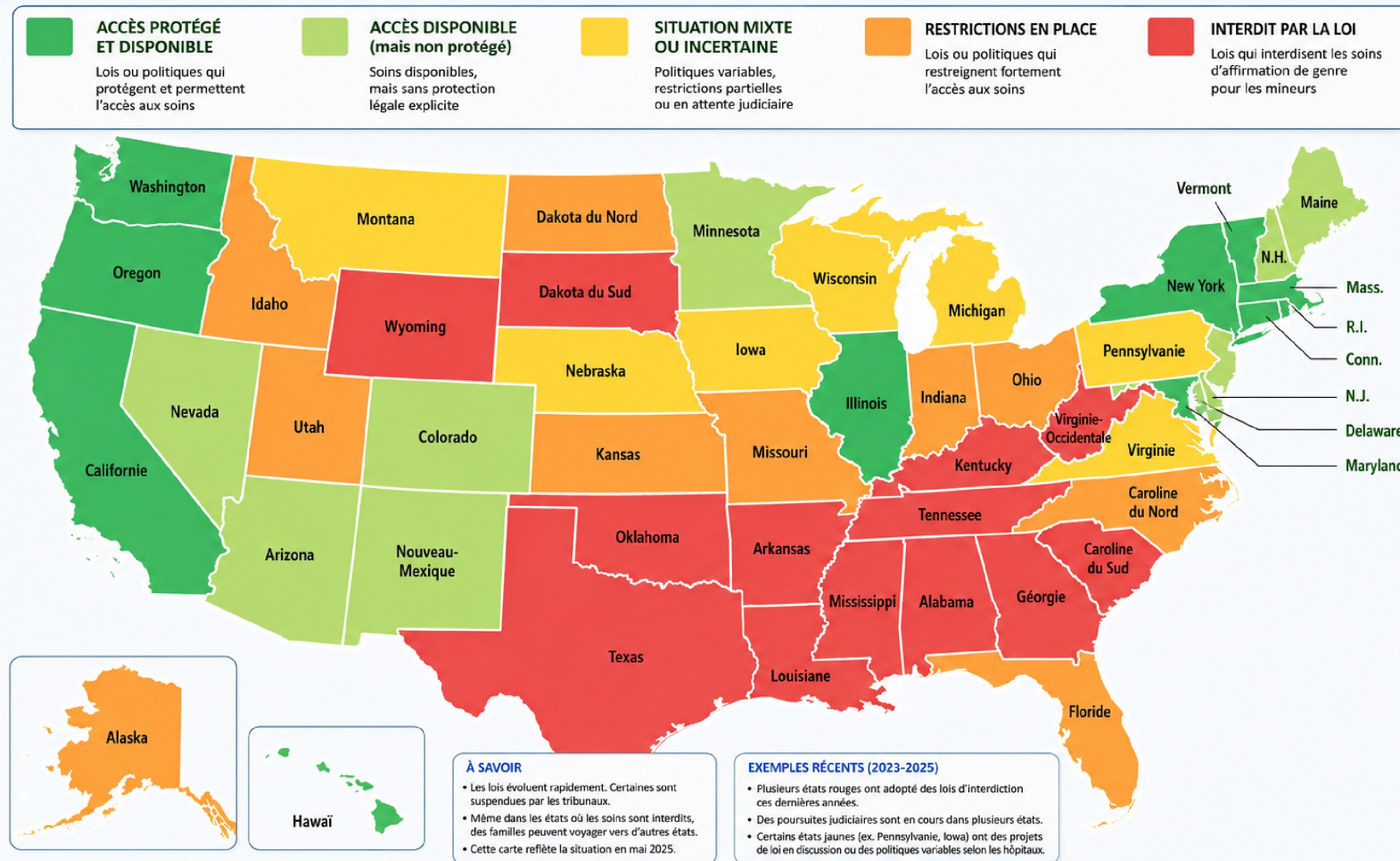
Prédiction de la stabilité de l'identité de genre : état des connaissances

Études / données disponibles	Observations principales	Limites prédictives
Cohortes longitudinales cliniques	Persistance chez certains jeunes, évolution ou atténuation chez d'autres	Forte hétérogénéité interindividuelle
Études populationnelles	Variabilité des trajectoires identitaires à l'adolescence	Résultats difficilement extrapolables aux situations cliniques
Facteurs associés identifiés (âge, intensité, durée, puberté, contexte psychosocial, comorbidités)	Corrélations statistiques observées	Absence de valeur prédictive individuelle fiable
Revue systématique récentes	Pas de consensus sur des marqueurs robustes	Aucun modèle pronostique validé
Suivis à long terme	Trajectoires parfois non linéaires	Impossibilité d'anticipation certaine

À ce jour, aucun outil validé ne permet de prédire avec fiabilité la stabilité ou l'évolution future de l'identité de genre chez un jeune donné.

USA - Accès aux soins d'affirmation de genre pour les mineurs (2025)

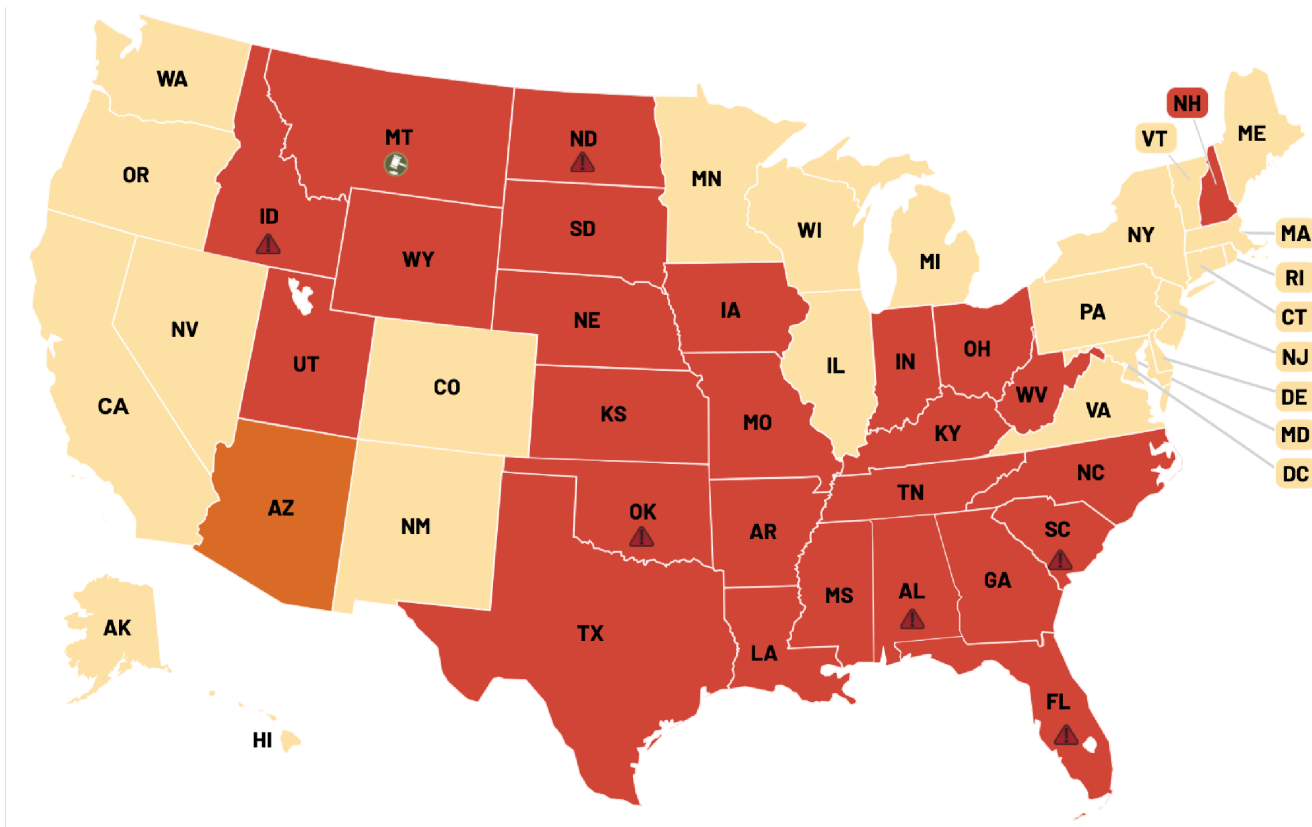
Lois et politiques en vigueur concernant les bloqueurs de puberté et les hormones croisées



Sources : ACLU (2025) • KFF (mai 2025) • Human Rights Campaign (2025) • Media locaux

Cette carte est une synthèse d'information publique et ne constitue pas un avis juridique.

USA - Lois par états



-  L'état interdit les traitements médicamenteux et les soins chirurgicaux conformes aux meilleures pratiques pour les jeunes transgenres, bien que cette interdiction ne soit peut-être pas encore en vigueur (26 états + 1 territoire)
-  Un état interdit les soins chirurgicaux conformes aux meilleures pratiques pour les jeunes transgenres (1 état)
-  L'état n'interdit pas les soins médicaux conformes aux meilleures pratiques pour les jeunes transgenres (23 états + 4 territoires + D.C.)
-  Une loi adoptée par un état érige en crime la prestation de certains soins médicaux conformes aux meilleures pratiques destinées aux jeunes transgenres (6 états + 1 territoire)
-  Une décision de justice empêche actuellement l'application de l'interdiction de l'état en matière de soins de santé

Europe - Accès aux soins d'affirmation de genre pour les mineurs (2025)

Bloqueurs de puberté et hormones croisées

**ACCÈS POSSIBLE
ET ENCADRÉ**

Bloqueurs et hormones possibles dans des centres spécialisés. Évaluation pluridisciplinaire requise et accord parental.

- Pays-Bas
- Belgique
- France
- Irlande

● ACCÈS POSSIBLE MAIS PLUS PRUDENT / EN ÉVOLUTION

Accès possible mais avec des restrictions accrues, réévaluations ou débats en cours.

- Danemark
- Allemagne (selon les Länder)
- Italie
- Portugal
- Autriche
- Espagne (selon les régions)
- Norvège
- Estonie
- Lettonie
- Lituanie
- République tchèque
- Slovaquie
- Slovénie
- Croatie

**RESTRICTIONS FORTES /
ACCÈS TRÈS LIMITÉ**

Bloqueurs très limités (cas exceptionnels). Priorité aux approches psychologiques. Révisions majeures récentes.

- Suède
- Finlande
- Royaume-Uni
- Bulgarie
- Grèce
- Roumanie

INTERDIT PAR LA LOI

Lois interdisant les traitements d'affirmation de genre pour les mineurs.

- Hongrie
- Pologne

À RETENIR
Les politiques évoluent

Les politiques évoluent rapidement.
Cette carte reflète la situation
en 2025 et peut changer.

POINTS CLÉS

-  Aucun pays européen n'a de politique uniforme : les pratiques varient selon les lois, les recommandations médicales et les régions.

-  La majorité des pays exigent une évaluation psychologique approfondie, un suivi médical spécialisé et l'accord parental.

-  La tendance générale en Europe est à plus de prudence et d'encadrement, notamment depuis 2022-2025.

● DONNÉES LIMITÉES /
INDISPONIBLES

Données limitées ou indisponibles :
les informations disponibles sont
insuffisantes ou incomplètes.

Russie, Biélorussie, Ukraine,
Suisse, Bosnie-Herzégovine,
Serbie, Kosovo, Monténégro,
Albanie, Islande, Turquie, Chypre

Sources :
ILGAEurope
(2024),
Equinet
(2025),
Rapports
nationaux et
communiqués
officiels
(2024-2025)

Protocole et accompagnement - Parcours clinique

Phase	Contenu essentiel	Objectif clinique
1. Exploration initiale (3–6 mois)	Écoute neutre, histoire de genre, contexte familial, évaluation psychique, dépistage troubles associés	Comprendre sans orienter
2. Évaluation pluridisciplinaire (6–12 mois)	Bilans médicaux et biologiques, suivi psy, entretiens familiaux, concertation collégiale	Évaluer stabilité, maturité et cohérence
3. Intervention graduée	Mesures sociales réversibles → bloqueurs sous critères stricts → hormonothérapie très encadrée	Garantir progressivité et prudence

Règles :

Consentement éclairé – Réversibilité prioritaire – Pas de chirurgie chez les mineurs

Protocole et accompagnement - Suivi & garanties

Phase	Mesures prévues	Finalité
4. Suivi long terme	Continuité de l'équipe, relais adulte, suivi physique/psychique/social/fertilité	Ajustement individualisé
Réajustement possible	Poursuite, suspension, détransition sans stigmatisation	Sécurité psychologique
5. Gouvernance éthique	Audit indépendant, données anonymisées, formation continue	Qualité et transparence
Pluralité des regards	Participation trans et détrans, sans domination idéologique	Neutralité clinique

Principes directeurs :

Prudence • Temps clinique suffisant • Neutralité • Réversibilité • Décision individualisée