Commentaires concernant la déclaration de l'Endocrine Society (ES) du 8 mai 2024 : Endocrine Society Statement in Support of Gender-Affirming Care

Magali Pignard,mai 2024

ES a réagi au rapport final de l'examen indépendant des services d'identité de genre, mineurs au Royaume-Uni : The Cass Review, publié le 10 avril 2024, et étalé sur 4 ans.

Par Magali Pignard, 20 mai 2024

1. ES affirme que les « soins d'affirmation de genre » **sont « souvent vitaux ».**

- une étude (Ruuska et al., 2024) a analysé la mortalité par suicide des Finlandais de moins de 23 ans ayant fréquenté les services d'identité de genre, en la comparant avec un groupe contrôle, a conclu que : « la réassignation médicale de genre (transition médicale) n'a pas d'impact sur le risque de suicide ».
- le Cass Review insiste sur le fait que « Certains cliniciens se sentent sous pression pour soutenir un parcours médical basé sur des **études largement répandues** selon lesquelles le traitement d'affirmation de genre **réduit le risque de suicide**. Cette conclusion **n'a pas été étayée par la revue systématique sur les hormones mascul./fémin.** » (p. 186, 15.36).
- cette affirmation est contredite par la propre revue publiée par l'Endocrine Society (Baker et al., 2021) : « Il était impossible de tirer des conclusions sur les effets de la thérapie hormonale sur la mort par suicide ».
- une étude américaine (Straub et al., 2024) sur les données de patients anonymisées impliquant 56 organismes de santé américains et plus de 90 millions de patients conclue que « Les individus qui ont subi une chirurgie d'affirmation de genre avaient un risque de tentative de suicide **12,12 fois plus élevé** que ceux [qu'ils se déclarent trans ou non] qui ne l'avaient pas fait ».

2. **ES dédaigne le Cass Review au motif qu'il « ne contient aucune nouvelle recherche** qui contredirait les recommandations formulées dans nos lignes directrices de pratique clinique (2017) »

- Le rapport Cass était accompagné de 9 études (dont 8 étaient des revues systématiques de preuves) appuyant les recommandations

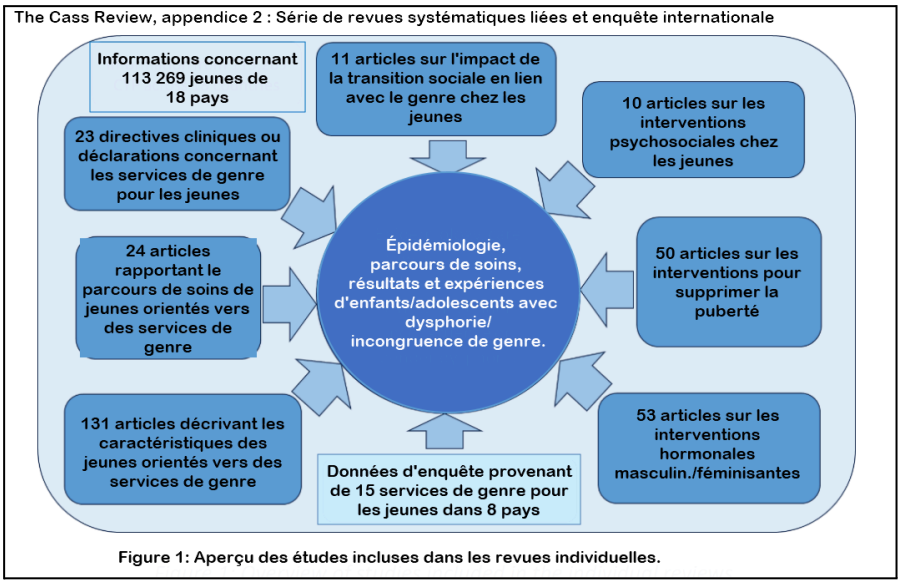


Figure 1: Aperçu des études incluses dans les revues individuelles.

- Selon l'endocrinologue Malone (thread X 16 mai 2024), membre de l'Endocrine Society : « Ce qui est nouveau, c'est l'évaluation de la totalité des preuves, ce qui modifie fondamentalement le rapport bénéfice-risque. Le plus grand changement réside dans la constatation qu'en dépit de 30

ans d'études, il n'existe aucune preuve crédible de bénéfices psychologiques durables - et les preuves de préjudices, bien qu'encore incertaines, commencent à s'accumuler. L'équilibre entre les avantages et les préjudices a basculé pour indiquer que les préjudices l'emporteront probablement sur les avantages pour la plupart des cas ».

3. **ES essaye de brouiller les pistes en mettant sur le même plan la prise de bloqueurs :**
   - pour bloquer une puberté précoce (arrêt des bloqueurs vers 10-11 ans, permettant une trajectoire développementale normale),
   - pour bloquer une puberté naturelle (bloqueurs pris durant la puberté naturelle), empêchant une trajectoire développementale normale.

Comme le souligne le Dr Cass dans une interview (radio WBUR, 10 mai 2024) : « Il y a eu des **études approfondies** sur l'utilisation de bloqueurs de puberté uniquement **pour arrêter cette puberté très précoce**. Et puis, lorsqu'ils reprennent leur puberté plus tard, toutes **les études à long terme ont été très rassurantes**, et c'est pour cela qu'il y a **une autorisation de mise sur le marché** pour ce groupe. C'est une chose très différente de prendre une jeune personne dont les hormones connaissent les augmentations normales que l'on s'attend à voir à la puberté et de mettre cela en pause.
Parce que **pendant la puberté [naturelle], votre cerveau se développe très rapidement**. Vous développez ce qu'on appelle votre fonctionnement exécutif, c'est-à-dire la façon dont vous résolvez des problèmes complexes et avez des capacités de jugement complexes. Et vous développez également votre **sexualité et votre identité.**

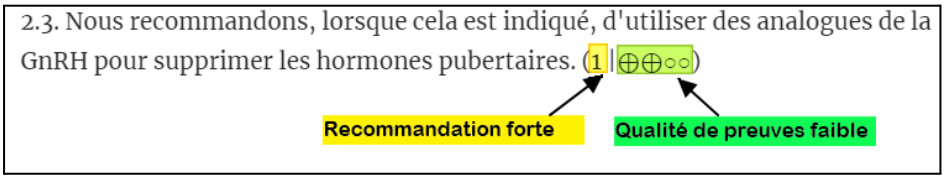
Et nous **ne savons tout simplement pas ce qui se passera** si vous freinez tout cela ».

4. **ES met ensuite en avant la supposée réversibilité des bloqueurs de puberté** :
   - Ce qui est réversible, c'est la reprise de sécrétion d'hormones sexuelles quand le médicament est arrêté (après un laps de temps).
   - À la puberté, l'hormone de croissance et les hormones sexuelles sont nécessaires au bon développement des os. Les bloqueurs de puberté perturbent et **découplent le moment de la libération de ces hormones :** leurs actions ne **sont pas synchronisées** au cours du développement pubertaire. La perturbation de ce processus temporel de développement **ne peut être inversée.** (Laidlaw, 2020**)**
   - On ne peut pas parler de réversibilité d'un traitement qui constitue la 1re étape vers la stérilité/infertilité : lorsque la puberté est bloquée au stade le plus précoce (Tanner 2) et suivie par des hormones de l'autre sexe (comme le font presque tous les jeunes), les ovules et les spermatozoïdes ne peuvent pas mûrir : l'infertilité et la stérilité probable sont assurées.

5. **ES parle ensuite de consentement éclairé chez des jeunes de 16 ans sous bloqueurs de puberté,** alors que leur **développement psycho-sexuel a été suspendu** : si un jeune commence à prendre des bloqueurs à 12 ans, sa **capacité de consentement à 16 ans** se rapprochera probablement plus de celle d'un jeune de 12 ans : comme le souligne le Dr Cass : « il devra prendre la décision de consentir aux hormones masculinisantes/féminisantes à un moment où son **développement psychosexuel a été suspendu**, et peut-être avec **peu d'expérience de sa puberté biologique** ». *(p. 196, 16.31)*

6. **ES met en avant la supposée rigueur** de leurs directives cliniques *:* « Nos panels de développement de lignes directrices passent des années à élaborer chaque ligne directrice en se basant sur un examen approfondi des preuves médicales, l'expertise des auteurs, un examen scientifique rigoureux et un processus transparent (...) »
   - Selon le British Medical Journal (23 février 2023), « Guyatt [professeur au Département des méthodes, des données probantes et de l'impact de la recherche en santé à l'Université McMaster, en Ontario], qui a co-développé GRADE [évaluation de la notation des recommandations], a trouvé de "sérieux problèmes" avec les lignes directrices de l'Endocrine

Society, notant que les revues systématiques n'ont pas examiné l'effet des interventions sur la dysphorie de genre elle-même, qui est sans doute “l'aspect le plus important“. Il a également noté que l'Endocrine Society avait parfois **associé des recommandations fortes – formulées comme** “**nous recommandons**“ **– à des preuves faibles**. Dans la section sur les adolescents, la formulation plus faible : “nous suggérons“ est utilisée pour les hormones de suppression de puberté lorsque les enfants “présentent pour la première fois des changements physiques de la puberté“; cependant, la formulation la plus forte est utilisée pour ‘recommander’ le traitement à la GnRHa (...) GRADE décourage les recommandations fortes avec des preuves de qualité faible ou très faible (...) ».



C’est une des raisons pour laquelle cette directive a reçu un score **de seulement 42 % concernant la rigueur** et le développement, dans la revue systématique sur les directives cliniques internationales, partie 1 (Taylor et al., 2024).

- L’Endocrine society sait que les preuves des bénéfices sont de faible qualité. Ils reconnaissent également le risque de préjudice. Ils justifient leurs recommandations pour les traitements hormonaux des mineurs en **accordant une plus grande importance à l'apparence du sexe désiré qu'à l'évitement des préjudices**. (chapitre 2, traitement des adolescents).
- Comme le souligne Malone, « Donner la priorité aux « avantages » cosmétiques des bloqueurs de puberté plutôt qu’à l’évitement des préjudices aurait pu être justifié en 2017, alors qu’on s’attendait à ce que les effets psychologiques en aval soient significatifs. Maintenant que la Cass Review (ainsi que la Suède, la Finlande et l'Allemagne) ont évalué systématiquement et de manière critique les études et n'ont trouvé aucune preuve crédible de leurs bénéfices, l'objectif du traitement avec des bloqueurs de puberté a été effectivement réduit à répondre à la peur de la puberté et au désir de l'enfant. conserver une apparence prépubère. Le désintérêt de l’ES à l'égard des préjudices croissants (physiques, développementaux et psychologiques) soulève de sérieuses préoccupations éthiques et professionnelles quant à l'engagement des dirigeants actuels en faveur de soins fondés sur des données probantes ».
- Cette approche **s’éloigne du principe « D’abord ne pas nuire »,** principe rappelé par l’ESCAP (European Society of Child and Adolescent Psychiatry) dans son communiqué du 27 avril 2024 : « L’ESCAP appelle (...) à **ne pas promouvoir des traitements expérimentaux et inutilement invasifs avec des effets psychosociaux non prouvés** et, par conséquent, à respecter le principe primum-nil-nocere (d’abord, ne pas nuire). »

7. **Enfin, ES conclut que « Les preuves médicales, et non la politique**, devraient guider les décisions de traitement », faisant référence aux États US qui interdisent la transition médicale aux mineurs.
   - ES « oublie » simplement d’en mentionner la justification : parce que, selon 21 experts de 9 pays : « les revues systématiques des preuves à ce jour, y compris une publiée dans le Journal of the Endocrine Society, ont trouvé que **les preuves des avantages pour la santé mentale des interventions hormonales pour les mineurs étaient de faible ou très faible certitude**. En revanche, les **risques sont importants** et comprennent la stérilité, la dépendance à vie aux médicaments et l'angoisse du regret ». Youth Gender Transition Is Pushed Without Evidence, WSJ, juillet 2023.
   - A propos de politique, la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la violence à l'égard des femmes et des filles, Reem Alsalem mentionne, concernant le Cass Review : « le Cass Review a clairement montré les **conséquences dévastatrices** que les politiques en matière de

traitements liés au genre **ont eu sur les droits de l'enfant,** y compris les filles. Ces politiques ont enfreint des principes fondamentaux, tels que la **nécessité de défendre l'intérêt supérieur de l'enfant** dans toutes les décisions qui affectent leur vie, et le **droit des enfants aux normes de santé les plus élevées possibles** ».

- Tout comme l'AAP et la WPATH, les recommandations de l'ES ne sont pas basées sur des preuves solides mais reposent plutôt sur le « référencement circulaire » des directives de chacun, tel que démontré par la revue systématique des lignes directrices cliniques (partie 1). Comme mentionné par l'examen Cass, « La circularité de cette approche pourrait expliquer pourquoi il y a eu un consensus apparent sur les principaux domaines de pratique malgré la faiblesse des preuves ». (p. 130, 9.22). Pour en savoir plus : Buttons, 11 avril 2024.