

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

15 avril 2024

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**visant à adopter une approche prudente
en ce qui concerne la transition médicale
des enfants présentant une dysphorie
de genre et à charger le Centre fédéral
d'expertise des soins de santé (KCE)
de procéder à une évaluation indépendante
des transitions médicales réalisées
chez les mineurs dans les cliniques de genre
en Belgique**

(déposée par Mme Dominiek Sneppe et
M. Steven Creyelman)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

15 april 2024

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**teneinde te komen tot een terughoudende
aankpak wat betreft de medische transitie van
kinderen met genderdysforie, en
tot een onafhankelijke evaluatie
van de medische transitie uitgevoerd
in de genderklinieken in België bij
minderjarigen door
het Federaal Kenniscentrum voor
de Gezondheidszorg (KCE)**

(ingediend door mevrouw Dominiek Sneppe en
de heer Steven Creyelman)

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
Vooruit	: Vooruit
Les Engagés	: Les Engagés
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant – Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de nummering van de publicaties:	
DOC 55 0000/000	Document de la 55 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigegekleurig papier)

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Les médecins des cliniques de genre en Belgique affirment qu'ils aident les enfants présentant une dysphorie de genre en leur administrant des traitements fondés sur des preuves scientifiques¹. Cette assertion est toutefois battue en brèche par les médecins du Cebam, le Centre Belge pour l'*Evidence-Based Medicine*². Ceux-ci indiquent que l'administration d'un traitement comportant des bloqueurs de puberté ou des hormones sexuelles aux enfants présentant une dysphorie de genre est purement expérimentale, précisément en raison de l'absence de toute preuve scientifique. Ce débat polarisé entre médecins mérite également un débat politique, car il s'agit somme toute d'enfants vulnérables qui, à cause de ces interventions, nécessitent un suivi médical à vie. C'est pourquoi la présente résolution vise à ce que la Belgique, à l'instar d'autres pays européens, fasse preuve d'une plus grande prudence à l'égard de l'administration de bloqueurs de puberté et d'hormones de réassignation sexuelle aux mineurs présentant une dysphorie de genre. Il importe donc de charger le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et Sciensano de recueillir des données chiffrées sur l'étendue du problème, sur l'approche dans les cliniques de genre, sur l'approche alternative purement psychologique et psychiatrique, sur les preuves, sur l'impact de l'environnement social, etc.

1. Hausse rapide du nombre d'enfants présentant une dysphorie de genre

Au cours de la dernière décennie, le nombre d'enfants et d'adolescents diagnostiqués comme souffrant de dysphorie de genre a explosé³. Chez ces personnes, le sexe biologique ne correspond pas à l'identité de genre⁴. Par conséquent, de plus en plus d'enfants et de jeunes gens se présentent dans les établissements de soins⁵. Plusieurs pays ont tiré la sonnette d'alarme lorsqu'ils ont constaté une hausse fulgurante du nombre de cas de dysphorie de genre, passant de quelques dizaines à plusieurs milliers par an⁶. Force est de constater en l'espèce qu'il s'agit souvent de jeunes femmes sur le plan biologique, en l'occurrence des jeunes filles, qui

¹ <https://twitter.com/HoebekePiet/status/1707103730313683039>

² <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

³ Clayton, *Gender Affirming Treatment of Gender Dysphoria in Youth: A Perfect Storm Environment for the Placebo Effect – The Implications for Research and Clinical Practice*, Archives of Sexual Behavior, 2023.

⁴ <https://www.gezondheidenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media/terechte-vraagtekens-bij-puberteitsremmers-voor-genderdysforie>

⁵ Clayton, *op. cit.*

⁶ <https://www.gezondheidenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media/terechte-vraagtekens-bij-puberteitsremmers-voor-genderdysforie>

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Artsen van genderklinieken in dit land stellen dat ze kinderen met genderdysforie helpen door middel van het toepassen van behandelingen die op wetenschappelijke evidentie zijn gebaseerd¹. Dit wordt echter tegengesproken door de artsen van het Cebam, het Belgisch Centrum voor *Evidence-Based Medicine*². Deze artsen stellen dat behandeling met puberteitsremmers of geslachtshormonen van kinderen met genderdysforie louter een experiment is, juist omdat er geen wetenschappelijke evidentie bestaat. Dit gepolariseerd debat onder artsen is ook een politiek debat waard, het gaat tenslotte om kwetsbare kinderen die door de ingrepen levenslang patiënt worden. Deze resolutie beoogt daarom dat België, in navolging van andere Europese landen, terughoudender wordt wat betreft het toedienen van puberteitsremmers en cross-sekse hormonen aan minderjarigen met genderdysforie. Daarom is het van belang om eerst de omvang van het probleem, de aanpak in de genderklinieken, de alternatieve louter psychologische en psychiatrische aanpak, de evidentie, de impact van de sociale omgeving... te laten onderzoeken door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en Sciensano de opdracht te geven cijfermateriaal te verzamelen.

1. Snelle stijging van het aantal kinderen met genderdysforie

Het laatste decennium is er een sterke en snelle stijging vast te stellen van het aantal kinderen en adolescenten waarbij genderdysforie wordt gediagnosticeerd³. Bij deze personen komt het biologische geslacht niet overeen met hun genderidentiteit⁴. Dit vertaalt zich dan ook in stijgende cijfers van kinderen en jongeren die zich aanmelden bij zorginstellingen⁵. In verschillende landen gingen alarmbellen af toen werd vastgesteld dat het aantal aanmeldingen van genderdysforie pijnsnel steeg van enkele tientallen naar duizenden op jaarbasis⁶. Het valt in deze op dat het dikwijls gaat om jonge biologische vrouwen, in casu jonge meisjes, die vaak

¹ <https://twitter.com/HoebekePiet/status/1707103730313683039>

² <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

³ Clayton, *Gender Affirming Treatment of Gender Dysphoria in Youth: A Perfect Storm Environment for the Placebo Effect—The Implications for Research and Clinical Practice*, Archives of Sexual Behavior, 2023.

⁴ <https://www.gezondheidenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media/terechte-vraagtekens-bij-puberteitsremmers-voor-genderdysforie>

⁵ Clayton, *op. cit.*

⁶ <https://www.gezondheidenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media/terechte-vraagtekens-bij-puberteitsremmers-voor-genderdysforie>

sont souvent confrontées à des troubles psychiatriques et à des troubles du neuro-développement⁷.

La prudence doit être de mise dans la communication relative aux personnes transgenres. Certains canaux d'information (réseaux sociaux) emploient délibérément une stratégie qui consiste à présenter un récit déséquilibré, mettant en scène des célébrités transgenres qui promeuvent la transition médicale. Cette pratique peut contribuer à une "contagion sociale" et à des effets placebo⁸. Une couverture positive unilatérale dans les médias (et les réseaux sociaux) peut alimenter, chez les personnes présentant une dysphorie de genre, l'espoir que leurs problèmes mentaux, psychologiques et/ou neurologiques seront résolus par une intervention purement physique.

Or, il s'avère que la dysphorie de genre chez les enfants est généralement une phase passagère⁹. Il n'est pas rare que des enfants laissent entendre qu'ils préféreraient être une fille ou un garçon (identité de genre), alors qu'ils ne le sont pas sur le plan physique (sexe biologique). Ce phénomène est connu et il ressort des études que cette phase est passagère pour au moins 75 % des enfants¹⁰. De plus en plus d'études révèlent donc que la plupart des enfants présentant une dysphorie de genre finissent par trouver la paix après leur puberté. Il s'avère que les personnes qui souhaitent tout à coup une transition après la puberté ont souvent été influencées par leur environnement social. Les études qui ont démontré ce phénomène ont toutefois été ignorées ou rejetées parce qu'elles ne correspondent pas au discours militant sur le genre¹¹.

Or, lorsque les enfants ou leurs parents cherchent une aide médicale dans une clinique de genre, ils sont souvent confrontés à une approche d'affirmation de genre, et les enfants se voient administrer des bloqueurs de puberté qui aboutissent par la suite, dans presque tous les cas, à une thérapie hormonale ou à d'autres interventions médicales irréversibles. Ce protocole est notamment appliqué à la clinique de genre de l'hôpital universitaire de Gand, où tous les enfants qui ont commencé à prendre des bloqueurs de puberté se

kampen met psychiatrische aandoeningen en neurologische ontwikkelingsstoornissen⁷.

Bij de berichtgeving over transgenders moet men voorzichtigheid aan de dag brengen. Sommige (sociale) mediakanalen hanteren een doelbewuste strategie waarbij een onevenwichtig verhaal getoond wordt met transgender beroemdheden die een medische transitie promoten. Dit kan bijdragen tot zogenoemde sociale besmetting en placebo effecten⁸. Door een eenzijdige positieve berichtgeving in (sociale) media kan bij mensen met genderdysforie de verwachting gecreëerd worden dat hun mentale, psychische en/of neurologische problemen worden opgelost door een louter fysieke ingreep.

Toch blijkt dat genderdysforie bij kinderen meestal een voorbijgaande fase is⁹. Het is niet zo ongewoon dat kinderen laten uitschijnen dat ze liever een meisje of een jongen zouden zijn (genderidentiteit), terwijl ze dat niet lichamelijk zijn (biologisch geslacht). Dat fenomeen is bekend, en onderzoek wijst uit dat het voor minstens driekwart van alle kinderen een voorbijgaande fase is¹⁰. Meer en meer onderzoek toont dus aan dat de meeste kinderen met genderdysforie uiteindelijk toch tevreden zijn eens ze de puberteit hebben doorgemaakt. Degene die plots een transitie wensen na het doormaken van de puberteit blijken vaak beïnvloed te zijn geweest door hun sociale omgeving. De studies die dat aantoonen werden echter genegeerd of afgewezen omdat ze niet passen in het activistische gendernarratief¹¹.

Wanneer de kinderen of hun ouders echter medische hulp zoeken in een genderkliniek, wordt hierin vaak een gender-affirmerende aanpak toegepast, en starten de kinderen met puberteitsremmers en in bijna alle gevallen daarna ook met een hormoontherapie of andere medische onomkeerbare ingrepen. Dat is ook zo in de genderkliniek van het UZ Gent, waar alle kinderen die startten met puberteitsremmers daarna ook geslachtshormonen kregen, wat onomkeerbare gevolgen heeft. Hoewel men zegt ook in te zetten op psychologische

⁷ Clayton, *op. cit.*

⁸ Clayton, *op. cit.*

⁹ <https://www.gezondheidenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media/terechte-vraagtekens-bij-puberteitsremmers-voor-genderdysforie>

¹⁰ <https://www.gezondheidenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media/terechte-vraagtekens-bij-puberteitsremmers-voor-genderdysforie>

¹¹ <https://www.sott.net/article/480.555-Norway-bans-child-sex-changes-joins-Finland-Sweden-and-UK-in-rejecting-gender-ideology>

⁷ Clayton, *op. cit.*

⁸ Clayton, *op. cit.*

⁹ <https://www.gezondheidenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media/terechte-vraagtekens-bij-puberteitsremmers-voor-genderdysforie>

¹⁰ <https://www.gezondheidenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media/terechte-vraagtekens-bij-puberteitsremmers-voor-genderdysforie>

¹¹ <https://www.sott.net/article/480.555-Norway-bans-child-sex-changes-joins-Finland-Sweden-and-UK-in-rejecting-gender-ideology>

sont ensuite vu administrer des hormones sexuelles, qui ont des conséquences irréversibles. Bien qu'elle affirme également miser sur un soutien psychologique, la clinique de genre propose très souvent, en guise de réponse, une transition médicale.

2. Effets des transitions médicales sur les enfants et les jeunes gens

C'est il y a environ vingt-cinq ans que le bloqueur de puberté Decapeptyl a été utilisé pour la première fois pour traiter les enfants souffrant de dysphorie de genre¹². Étant donné que ce médicament bloque la production d'hormones sexuelles (testostérone ou œstrogènes) et que l'enfant traité ne développe alors aucun signe corporel de la puberté, ce médicament cause *de facto* une castration chimique. Les bloqueurs de puberté sont administrés aux enfants traités au début de la puberté (stade deux de l'échelle de Tanner, soit entre huit et treize ans pour les filles et entre neuf et quatorze ans pour les garçons) et ils peuvent être utilisés durant plusieurs années. Leur innocuité pour la santé des enfants et des jeunes gens n'a toutefois pas été prouvée. Par ailleurs, les bloqueurs de puberté diminuent la densité osseuse, augmentant ainsi le risque d'ostéoporose et de fractures¹³, et ils peuvent entraîner des troubles du développement cognitif (concentration, mémoire). Ainsi, une étude réalisée sur des animaux a accru les inquiétudes quant aux conséquences néfastes et irréversibles des bloqueurs de puberté sur le développement du cerveau durant cette phase critique du développement cérébral¹⁴.

Les jeunes ainsi traités commencent ensuite à suivre, dès seize ans, un traitement hormonal d'affirmation de genre¹⁵ qui se compose par exemple d'anti-androgènes (acétate de cyproterone) ou de fortes doses de progestines (lynestrénol)^{16,17,18}. Ce traitement à base d'hormones de réassignation sexuelle réduit notamment la fertilité et on ne sait pas encore si ses effets sont réversibles¹⁹. En outre, ces hormones sont associées au développement de problèmes cardiovasculaires et à une augmentation du risque d'être atteint de certains types de cancer²⁰.

¹² <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

¹³ Clayton, *op. cit.*

¹⁴ Clayton, *op. cit.*

¹⁵ Étude de l'Université de Gand (Ugent), "Impact of gender-affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth".

¹⁶ Étude de l'Université de Gand (Ugent), "Impact of gender-affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth".

¹⁷ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

¹⁸ Étude de l'Université de Gand (Ugent), "Impact of gender-affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth".

¹⁹ Clayton, *op. cit.*

²⁰ Clayton, *op. cit.*

hulp, blijkt het antwoord van de genderkliniek heel vaak de medische transitie te omvatten.

2. Effecten van medische transitie op kinderen en jongeren

Zo'n 25 jaar geleden werd de puberteitsremmer Decapeptyl voor het eerst gebruikt voor kinderen met genderdysforie¹². Deze legt de productie van de geslachtshormonen (testosteron of oestrogeen) stil waardoor het kind géén lichamelijke puberteitskenmerken ontwikkelt, en het veroorzaakt dus eigenlijk een chemische castratie. De puberteitsremmers worden gegeven aan kinderen bij aanvang van de puberteit (tweede tannerstadium, meisje 8-13 jaar, jongen 9-14 jaar) en kunnen verschillende jaren worden gebruikt. Het is niet aangetoond dat puberteitsremmers veilig zijn voor de gezondheid van kinderen en jongeren met genderdysforie. Puberteitsremmers hebben een negatieve impact op de botdensiteit, met een verhoogd risico op osteoporose en botbreuken.¹³ Bovendien kunnen ze ook stoornissen in cognitieve ontwikkeling (concentratie, geheugen) veroorzaken. Zo heeft onderzoek bij dieren de bezorgdheid verhoogd dat deze puberteitsremmers een negatieve en onomkeerbare impact zouden kunnen hebben op de hersenontwikkeling, door het kritische tijdsbestek waarin het brein zich ontwikkelt¹⁴.

Vanaf de leeftijd van 16 jaar wordt vervolgens een gender-bevestigende hormoontherapie opgestart¹⁵, zoals antiandrogenen (cyproterone acetaat) of hoge dosissen progestines (lynestrénol)^{16,17,18}. Behandeling met deze cross-sekse hormonen leidt onder meer tot een verminderde vruchtbaarheid en het blijft onduidelijk of dit omkeerbaar is¹⁹. Verder worden cross-sekse hormonen ook geassocieerd met cardiovasculaire gezondheidsrisico's en een verhoogde kans op bepaalde kankers²⁰.

¹² <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

¹³ Clayton, *op. cit.*

¹⁴ Clayton, *op. cit.*

¹⁵ Studie Ugent "Impact of gender-affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth"

¹⁶ Studie Ugent "Impact of gender-affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth"

¹⁷ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

¹⁸ Studie Ugent "Impact of gender-affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth"

¹⁹ Clayton, *op. cit.*

²⁰ Clayton, *op. cit.*

Les jeunes concernés peuvent également subir des opérations comme la gonadectomie. En Belgique, par exemple, des mastectomies doubles sont pratiquées sur des mineurs qui présentent des symptômes de dysphorie de genre²¹. Les opérations génitales (hystérectomie + ovariectomie / orchidectomie (castration)) les rendent définitivement stériles. En outre, d'éventuelles complications ne sont jamais à exclure.

Ces interventions stérilisantes à un jeune âge (dix-huit ans) – souvent pratiquées sur des personnes souffrant de problèmes mentaux graves – ont de lourdes conséquences. Selon plusieurs études récentes, le postulat selon lequel les personnes transgenres n'ont aucun désir d'enfant est erroné²². Le point d'information flamand destiné aux personnes transgenres (*Transgender infopunt*) indique aussi que peu de jeunes gens se préoccupent de leur fertilité mais que, selon certaines études, de nombreux adultes transgenres ont fortement envie d'avoir des enfants. Les jeunes qui entament une transition médicale ne sont cependant pas suffisamment aptes à savoir s'ils voudront avoir des enfants plus tard. En effet, ces enfants, dont certains ont dix ans, ne sont pas capables d'en saisir les conséquences irréversibles, et ne sont donc pas aptes à donner un consentement éclairé. Par ailleurs, ces jeunes qui se sentent mal et font face à de nombreux problèmes ne se soucient absolument pas d'un éventuel désir d'enfant qu'ils pourraient avoir dans un avenir lointain. Pourtant, ces enfants suivent un traitement qui les rend infertiles ou stériles, ce qui soulève des questions bioéthiques. En Belgique aussi, des bloqueurs de puberté sont administrés à des enfants de dix ans, comme indiqué ci-après, et il apparaît inévitable que ce traitement soit suivi d'une transition médicale.

De plus, on manque d'études concernant les répercussions des interventions médicales d'affirmation de genre sur le fonctionnement sexuel des personnes qui les subissent. Les œstrogènes administrés aux femmes transsexuelles diminuent leur libido et provoquent des troubles de l'érection, tandis que la testostérone administrée aux hommes transsexuels provoque une atrophie vaginale et de la dyspareunie (douleurs durant les rapports sexuels)²³.

3. Plusieurs pays sont de plus en plus réticents

Plusieurs pays européens se montrent cependant de plus en plus réticents à l'égard du recours aux bloqueurs de puberté et aux traitements hormonaux, dans le cadre de la transition médicale de mineurs, en raison des incertitudes concernant leur sécurité et leur efficacité.

²¹ Question écrite n° 2187 de M. Creyelman au ministre Frank Vandenbroucke, QRVA, 55.119, p. 189.

²² Clayton, *op. cit.*

²³ Clayton, *op. cit.*

Jongeren kunnen ook operaties ondergaan zoals gonadectomie. In België worden bijvoorbeeld bij minderjarigen dubbele borstamputaties uitgevoerd, binnen de indicatie van genderidentiteitsstoornissen²¹. Genitale operaties (hysterectomie + ovariectomie / orchidectomie (castratie)) leiden onherroepelijk tot blijvende steriliteit. Bovendien zijn mogelijk complicaties nooit uitgesloten.

Dergelijke steriliserende ingrepen op jonge leeftijd (18 jaar) – vaak bij personen die kampen met ernstige mentale problemen – heeft belangrijke consequenties. Uit verschillende recente onderzoeken blijkt dat de aanname dat transgenders geen eigen kindwens hebben onjuist is²². Ook het Transgender infopunt geeft aan dat op jonge leeftijd weinig jongeren bezig zijn met vruchtbaarheid, maar dat onderzoek leert dat veel volwassen transgender personen een grote kindwens hebben. Jongeren die een medische transitie starten kunnen onvoldoende inschatten of ze later kinderen zouden willen krijgen. Kinderen zo jong als tien kunnen de onomkeerbare gevolgen niet overzien, en zijn dus niet in staat geïnformeerde toestemming te geven. Bovendien worstelen deze mensen met zichzelf en hebben talrijke problemen, waardoor ze helemaal niet bezig zijn met een eventuele kindwens in de verre toekomst. Toch start men bij deze kinderen een behandeling die hen onvruchtbaar of steriel maakt, wat bio-ethische vragen oproept. Ook in België worden kinderen van tien jaar oud behandeld met puberteitsremmers, zoals we verder zullen beschrijven, en blijkt het onvermijdelijk dat dit gevolgd wordt door een verdere medische transitie.

Daarnaast is er een gebrek aan studies naar de impact van de genderbevestigende medische ingrepen op het seksueel functioneren van deze mensen. Oestrogeen geeft in transvrouwen een verminderd seksueel verlangen en erectiestoornissen, terwijl testosteron in transmannen leidt tot vaginale atrofie en dyspareunie (pijn bij het vrijen)²³.

3. Verschillende landen worden terughoudender

Verschillende Europese landen worden echter terughoudender wat betreft het gebruik van puberteitsremmers en hormoonbehandelingen in het kader van een medische transitie bij minderjarigen omwille van onzekerheden over de veiligheid en effectiviteit. Deze landen schoven recent

²¹ Schriftelijke vraag 2187 van de heer Creyelman aan minister Frank Vandenbroucke, QRVA, 55.119, p. 189.

²² Clayton, *op. cit.*

²³ Clayton, *op. cit.*

Ces pays ont récemment pris leurs distances par rapport aux lignes directrices de l'Association professionnelle mondiale pour la santé des transgenres (WPATH). Ce n'est toutefois pas le cas de la Belgique, qui rembourse même d'office les bloqueurs de puberté depuis septembre 2022.

Finlande

La Finlande a été le premier pays à prendre ses distances par rapport aux lignes directrices (*Standards of Care*) de la WPATH en annonçant que la psychothérapie devait être la première étape du traitement. Ce revirement a eu lieu après une revue systématique. Il ressort en effet des recherches menées en Finlande qu'une partie importante (75 %) des adolescents admis dans une clinique de genre souffraient de troubles psychiatriques sévères qui s'étaient rarement manifestés après l'apparition de la dysphorie de genre. Dans le reportage Pano intitulé "*Transtieners*"²⁴, qui a beaucoup fait parler de lui, la pédopsychiatre finlandaise Riittakerttu Kaltiala déclare qu'il est essentiel de traiter les problèmes psychiques avant d'entamer la transition médicale, car les jeunes souffrant de problèmes psychiques ne sont pas en état de prendre des décisions mûrement réfléchies, comme nous l'avons souligné plus haut. Au cours de ce reportage, Riittakerttu Kaltiala déclare que la dysphorie apparaît généralement dans le contexte de troubles psychiatriques sévères pour lesquels un traitement spécialisé a été prodigué pendant plusieurs années. Elle ajoute que l'autisme, la dépression, l'anxiété et l'automutilation sont les troubles les plus fréquents et que ce n'est pas du tout ce qui était attendu. Mme Kaltiala et ses collègues ont souvent administré aux patients le traitement prescrit par les lignes directrices internationales, composé de bloqueurs de puberté et d'hormones, mais ils ont constaté que les troubles des jeunes concernés ne disparaissaient pas après leur transition. Selon Riittakerttu Kaltiala, l'idée que les troubles mentaux disparaîtraient si la dysphorie était traitée était très présente. Elle ajoute que la dysphorie était considérée comme le problème fondamental mais que ce postulat manque de logique, tout d'abord parce qu'il n'a jamais été établi que les troubles sévères disparaissent après une transition médicale mais aussi parce que la transition médicale ne suffit pas à faire disparaître la dépression. De plus, selon elle, ces jeunes qui ne parviennent pas à s'extirper de leur dépression ne sont pas simplement aptes à donner leur consentement éclairé.

Faut-il en déduire que les jeunes qui souffrent d'une forme de dépression sévère ou ne vont pas à l'école ne peuvent pas commencer à prendre des hormones ou des bloqueurs de puberté? Selon Riittakerttu Kaltiala, cette

de WPATH-richtlijnen (*World Professional Association for Transgender Health*) aan de kant. België blijft hier echter achter staan, sinds september 2022 worden puberteitsremmers zelfs standaard terugbetaald.

Finland

Finland nam als eerste land afstand van de WPATH-richtlijnen (*Standards of Care*) en meldde dat psychotherapie op de eerste plaats moet komen. Deze verandering vond plaats na een systematische review. Uit Fins onderzoek blijkt namelijk dat vele adolescenten (75 %) in een genderkliniek leden aan ernstige psychiatrische aandoeningen. Deze aandoeningen startten voor het optreden van de genderdysforie, zelden erna. De Finse kinderpsychiater Riittakerttu Kaltiala getuigde in de veelbesproken Pano-reportage '*Transtieners*'²⁴ dat het heel belangrijk is om eerst de psychische problemen aan te pakken vooraleer over te gaan tot medische transitie, omdat jongeren met psychische problemen geen weloverwogen beslissingen kunnen nemen, zoals we hierboven reeds beschreven. Zij verwoordde het in de reportage als volgt: "De dysforie begon typisch in de context van ernstige psychische stoornis waarvoor ze jarenlang gespecialiseerde behandeling kregen. Autisme, depressie, angsten en zelfverwonding zagen we het meest. Dat was helemaal niet wat we verwachtten." Kaltiala en haar collega's behandelden zoals de internationale richtlijnen het voorschreven vaak met puberteitsremmers en hormonen. Maar ze zagen dat de jongeren ook na hun transitie bleven kampen met problemen. Riittakerttu Kaltiala: "Het idee leefde heel erg dat de psychische stoornissen zouden verdwijnen als de dysforie zou behandeld worden. De dysforie werd beschouwd als het fundamentele probleem. De logica is wel problematisch. Ten eerste is door niemand bewezen dat een ernstige stoornis verdwijnt na een medische transitie. Medische transitie volstaat niet om een depressie te laten verdwijnen. En ten tweede zitten ze vast in hun depressie, dus kunnen ze niet zomaar geïnformeerde toestemming geven."

Betekent dat dat een jongere die erg depressief is, of niet naar school gaat, niet kan starten met hormonen of puberteitsremmers? Riittakerttu Kaltiala: "Ik denk dat de vraag naast de kwestie is. U suggereert zo dat ze

²⁴ Reportage Pano "*Trans tieners*", diffusé le 29 mars 2023.

²⁴ Pano Reportage "*Trans tieners*", uitgezonden op 29 maart 2023.

question est hors sujet car elle laisse entendre que des bloqueurs de puberté ou des hormones devraient leur être administrés. Elle ajoute que les jeunes atteints d'une dépression sévère, incapables d'aller à l'école et donc généralement incapables d'établir des contacts avec leurs camarades, ne peuvent pas développer leur identité. Mme Kaltiala ajoute que le risque est qu'ils espèrent que cette transition résoudra tous leurs problèmes, et que cette attente ne peut pas être considérée comme un consentement éclairé et équilibré.

Suède

Dans le cadre d'une revue systématique²⁵ de 2021, des chercheurs ont examiné plus de 9.900 résumés issus de 15 banques de données scientifiques et ils n'ont identifié que 24 études pertinentes. Ces études étaient de faible qualité et elles n'ont pas permis de fonder scientifiquement le changement de sexe médicalisé des mineurs. L'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm a ensuite décidé d'interdire les bloqueurs de puberté et de revoir le traitement de ces enfants. En février 2022, le Conseil national suédois de la santé et du bien-être a confirmé que l'administration d'hormones à des mineurs (bloqueurs de puberté ou hormones de réassignation sexuelle) présentait plus de risques que d'avantages.

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, l'approche de la clinique Tavistock, l'unique centre du NHS (*National Health Service*) chargé d'accompagner et de traiter les enfants atteints de dysphorie de genre, a suscité beaucoup d'émotion et de colère. Au total, plus de 5.000 enfants, dont plusieurs dizaines âgés de quatre à cinq ans, atteints de dysphorie de genre ont été orientés vers la clinique Tavistock en 2021 et 2022²⁶. La moitié de ces enfants avaient moins de 15 ans.

L'approche de cette clinique de genre a entre-temps été évaluée par le NHS, à la demande de la pédiatre de renom Hilary Cass, et ces travaux ont donné lieu à la rédaction d'un rapport intermédiaire intitulé "*the Cass Review*". Il s'agit d'une analyse étayée et très critique des soins de transition de genre prodigués à des enfants britanniques, fondée sur deux revues systématiques²⁷ de l'Institut national britannique pour la santé et l'excellence des soins (NICE). La *Cass Review* met en évidence le manque de preuves scientifiques

pubertésremmers ou hormones devraient leur être administrés. Als een jongere ernstig depressief is, niet naar school kan en dus meestal ook geen contact kan leggen met leeftijdsgenoten, dan kunnen ze geen identiteit ontwikkelen. Het risico bestaat dat ze hun hoop vestigen op die transitie om al hun problemen op te lossen. Dit soort verlangen kan je niet zien als evenwichtige, geïnformeerde toestemming."

Zweden

In een systematische review²⁵ in 2021 beoordeelden onderzoekers ruim 9.900 abstracts uit vijftien wetenschappelijke databases en identificeerden ze slechts 24 relevante onderzoeken. Deze onderzoeken waren van lage kwaliteit en vormden geen wetenschappelijke basis voor gemedicaliseerde geslachtsverandering bij minderjarigen, waarop het Karolinska University Hospital in Stockholm besloot pubertétsremmers te verbieden en de zorg voor deze kinderen te herzien. In februari 2022 bevestigde de Zweedse Nationale Gezondheids- en Welzijnsraad dat er meer risico's dan voordelen verbonden zijn aan de behandeling van minderjarigen met hormonen (pubertétsremmers of cross-seks hormonale).

Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk was er veel commotie en woede rond de aanpak in de Tavistock kliniek, het enige NHS (*National Health Service*) gendercentrum dat instond voor de begeleiding en behandeling van kinderen met genderdysforie. In totaal werden in 2021-2022 meer dan 5.000 kinderen met genderdysforie verwezen naar Tavistock, waaronder zelfs enkele tientallen vier- en vijfjarigen²⁶. De helft van deze kinderen was jonger dan 15 jaar.

De aanpak in deze genderkliniek werd ondertussen in opdracht van de NHS geëvalueerd door de gerenommeerde kinderarts Hilary Cass, wat leidde tot een tussentijds rapport, het zogenaamde "*Cass-rapport*". Dit is een zeer kritische en onderbouwde analyse van de transgenderzorg aangeboden aan kinderen in het V.K., gebaseerd op twee systematische reviews²⁷ door het *Britse National Institute for Health and Care Excellence* (NICE). Het *Cass-rapport* wijst op het feit dat er onvoldoende wetenschappelijke evidentie voor handen is,

²⁵ Systematic review on outcomes of hormonal treatment in youths with gender dysphoria – <https://news.ki.se/systematic-review-on-outcomes-of-hormonal-treatment-in-youths-with-gender-dysphoria>

²⁶ <https://www.dailymail.co.uk/health/article-11.340.221/15-FOURS-referred-NHS-Tavistock-clinic-undergo-gender-care-services.html> (consulté le 20 juin 2023)

²⁷ <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>

²⁵ Systematic review on outcomes of hormonal treatment in youths with gender dysphoria – <https://news.ki.se/systematic-review-on-outcomes-of-hormonal-treatment-in-youths-with-gender-dysphoria>

²⁶ <https://www.dailymail.co.uk/health/article-11.340.221/15-FOURS-referred-NHS-Tavistock-clinic-undergo-gender-care-services.html> (geraadpleegd op 20 juni 2023)

²⁷ <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>

disponibles et le caractère “très peu fiable” de toutes les études évaluées, compte tenu de leurs graves lacunes méthodologiques et de leur manque d’objectivité. Elle confirme l’existence de recherches sur les effets à court terme des bloqueurs de puberté sur la santé mentale des enfants et sur les effets secondaires physiques qui y sont associés. Elle affirme, en revanche, qu’il existe très peu de recherches sur les effets de ces médicaments sur le développement sexuel, cognitif ou général. En outre, la littérature consacrée à l’histoire et aux effets du traitement de la dysphorie de genre se fonde en grande partie sur un ensemble de cas qui concernent principalement des hommes sur le plan biologique, chez qui la dysphorie de genre s’est manifestée dès la petite enfance. Or les données relatives aux cas que l’on rencontre aujourd’hui, à savoir principalement des filles qui se définissent comme des hommes transgenres au début de l’adolescence (dysphorie de genre à apparition rapide, ROGD), sont beaucoup moins nombreuses. Hillary Cass déplore de surcroît que certains aspects de la littérature puissent être interprétés de différentes manières et suspecte certains auteurs d’interpréter les données en fonction de leur positionnement idéologique ou théorique²⁸.

En réponse à ce rapport intermédiaire, le NHS a publié son “*Interim Service Specification*” à l’intention des cliniques spécialisées dans le traitement des enfants souffrant de dysphorie de genre: “Chez les jeunes gens, l’intervention primaire consistera en un soutien psychosocial et en une intervention psychologique. La prudence est de mise en ce qui concerne la transition sociale: les bloqueurs de puberté ne seront délivrés que dans le cadre d’un protocole de recherche formel.”²⁹ “La plupart des traitements proposés actuellement sont davantage axés sur la psychologie que sur la médecine. En effet, chez de nombreux enfants, les divers comportements ou émotions liés au genre disparaissent au moment de la puberté.”³⁰ (traduction)

Norvège

En mai 2023, le *Norwegian Healthcare Investigation Board* a annoncé réviser les lignes directrices en matière de soins d’affirmation de genre pour les mineurs dans la mesure où elles ne sont plus reconnues comme fondées sur des preuves scientifiques³¹. Ces lignes directrices revues et corrigées prévoient de limiter l’utilisation de bloqueurs de puberté, d’hormones de réassignation sexuelle et de chirurgie de transition de genre à un

en dat alle geëvalueerde onderzoeken ernstige methodologische gebreken vertonen en onderhevig waren aan vooringenomenheid, wat resulteert in “zeer lage betrouwbaarheid”. Ze bevestigt dan wel het bestaan van onderzoek naar de korte termijneffecten op de mentale gezondheid en de fysieke bijwerkingen van puberteitsremmers bij kinderen, maar stelt daarentegen dat er slechts zeer beperkt onderzoek is naar de effecten op seksuele, cognitieve of bredere ontwikkeling. Bovendien is veel van de bestaande literatuur over de geschiedenis en behandelingseffecten van genderdysforie gebaseerd op een case-mix van voornamelijk biologische mannen waarbij de genderdysforie reeds optrad in de vroege kindertijd. Er zijn veel minder data beschikbaar over de behandeling en de effecten ervan op de case-mix die we vandaag zien; voornamelijk meisjes die zich als transman uiten in de vroege tienerjaren (*Rapid-onset gender dysphoria*, ROGD). Bovendien klaagt Cass aan dat aspecten van de literatuur op vele manieren kunnen geïnterpreteerd worden, en dat het risico bestaat dat sommige auteurs de data interpreteren vanuit hun ideologische of theoretische standpunt²⁸.

Als antwoord op het interim Cass-rapport publiceerde de NHS haar “*Interim Service Specification*” voor de gespecialiseerde klinieken voor kinderen met genderdysforie: “De primaire interventie voor jongeren zal bestaan uit psychosociale ondersteuning en psychologische interventies. Er wordt een voorzichtige benadering van sociale transitie aanbevolen, en puberteitsremmers zullen alleen beschikbaar zijn in het kader van een formeel onderzoeksprotocol.”²⁹ “De meeste behandelingen die op dit moment worden aangeboden, zijn eerder psychologisch dan medisch. Dit komt omdat in veel gevallen gender-variant gedrag of gevoelens verdwijnen wanneer kinderen de puberteit bereiken.”³⁰

Noorwegen

In mei 2023 kondigde de Noorse *Healthcare Investigation Board* aan dat het de richtlijnen betreffende de gender-bevestigende zorg herzielt voor minderjarigen omdat deze niet langer beschouwd worden als *evidence-based*³¹. In de aangepaste richtlijnen wordt het gebruik van puberteitsremmers, cross-sekse hormonen en transitie-gerelateerde operaties gelimiteerd tot gebruik in een context van onderzoeken, en niet langer

²⁸ <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>

²⁹ NHS, 2022

³⁰ <https://www.nhs.uk/conditions/gender-dysphoria/treatment/>

³¹ <https://www.sott.net/article/480.555-Norway-bans-child-sex-changes-joins-Finland-Sweden-and-UK-in-rejecting-gender-ideology>

²⁸ <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>

²⁹ NHS, 2022

³⁰ <https://www.nhs.uk/conditions/gender-dysphoria/treatment/>

³¹ <https://www.sott.net/article/480.555-Norway-bans-child-sex-changes-joins-Finland-Sweden-and-UK-in-rejecting-gender-ideology>

contexte de recherche et non plus à un cadre clinique³². En outre, cet organisme reconnaît que le nombre croissant d'adolescentes s'identifiant comme hommes après la puberté n'est pas suffisamment étudié³³.

Danemark

Le Danemark a rejoint ces pays, en décidant de limiter strictement les transitions de genre chez les jeunes. Cette décision a été confirmée par la revue médicale *Ugeskrift for Læger*. La plupart des jeunes orientés vers la clinique de genre ne se verront donc plus prescrire de bloqueurs de puberté, d'hormones ou d'opérations, ils bénéficieront plutôt d'un accompagnement et d'un soutien thérapeutiques.

Irlande

Dans le même temps, le service de santé publique irlandais a lui aussi décidé de revoir les modalités de prescription des bloqueurs de puberté chez les enfants atteints de dysphorie de genre³⁴.

4. La Belgique maintient l'utilisation des bloqueurs de puberté et des hormones chez les enfants

4.1. Chiffres connus pour la Belgique

Bien que les équipes belges chargées des questions de genre se soient montrées plus prudentes par le passé, lors de l'introduction des bloqueurs de puberté, et que des excès comparables à ceux des pays anglo-saxons n'aient pas encore été constatés en Belgique, la problématique se pose certainement et elle nécessite une attention particulière. Car tandis que de nombreux pays reviennent à leur approche et cessent de procéder à des transitions médicales chez les enfants pour se concentrer avant tout sur l'accompagnement psychologique, il n'en est rien en Belgique. En effet, M. Vandenbroucke, ministre de la Santé publique, avait répondu que la première étape pour l'équipe chargée des questions de genre était bien l'écoute afin de trouver des réponses; or, parmi ces réponses figure souvent la thérapie hormonale³⁵.

En Belgique aussi, un nombre croissant d'enfants et de jeunes veulent entamer une transition basée sur la prise d'hormones de réassignation sexuelle, qu'ils se

voirent en une clinique setting³². De Noorse Healthcare Investigation Board erkent bovendien ook dat het stijgende aantal tienermeisjes dat zichzelf na de puberteit identificeert als man onvoldoende bestudeerd wordt³³.

Denemarken

Inmiddels sloot ook Denemarken zich bij deze landen aan, en besliste gendertransities voor jongeren sterk in te perken. Dit heeft het medische tijdschrift *Ugeskrift for Læger* bevestigd. De meeste jongeren die naar de gecentraliseerde genderkliniek worden verwezen, zullen niet langer een recept krijgen voor puberteitsremmers, hormonen of operaties, maar zullen therapeutische begeleiding en ondersteuning krijgen.

Ierland

De Ierse *Health Service Executive* besliste ondertussen ook om een review uit te voeren naar het gebruik van puberteitsremmers bij kinderen met genderdysforie³⁴.

4. België blijft bij het gebruik van puberteitsremmers en hormonen bij kinderen

4.1. Cijfers die we kennen in België

Hoewel de genderteams in België voorzichtiger blijken te zijn geweest in het verleden met de opstart van puberteitsremmers, en we de excessen zoals deze in de Angelsaksische wereld hier nog niet hebben vastgesteld, is de problematiek ook zeker aanwezig en verdient ze de nodige aandacht. Want terwijl vele landen terugkomen op hun aanpak en stoppen met een medische transitie bij kinderen en vooral focussen psychologische begeleiding, is dit in België niet het geval. Zo bleek uit een antwoord van minister van Volksgezondheid Vandenbroucke dat de eerste stap bij het genderteam dan wel luisteren is om antwoorden te zoeken, een hormoontherapie blijkt echter vaak tot de antwoorden te horen³⁵.

Ook in België willen alsmaar meer kinderen en jongeren een transitie met cross-sekse hormonen nadat zij al dan niet puberteitsremmers voorgeschreven kregen.

³² <https://www.sott.net/article/480.555-Norway-bans-child-sex-changes-joins-Finland-Sweden-and-UK-in-rejecting-gender-ideology>

³³ <https://www.sott.net/article/480.555-Norway-bans-child-sex-changes-joins-Finland-Sweden-and-UK-in-rejecting-gender-ideology>

³⁴ <https://www.irishtimes.com/health/2023/06/27/use-of-puberty-blockers-in-childrens-gender-service-to-be-reviewed/>

³⁵ Question n° 55.035.797 de Mme Kathleen Depoorter à M. Frank Vandenbroucke, CRIV 55 COM 1065, p. 13.

³² <https://www.sott.net/article/480.555-Norway-bans-child-sex-changes-joins-Finland-Sweden-and-UK-in-rejecting-gender-ideology>

³³ <https://www.sott.net/article/480.555-Norway-bans-child-sex-changes-joins-Finland-Sweden-and-UK-in-rejecting-gender-ideology>

³⁴ <https://www.irishtimes.com/health/2023/06/27/use-of-puberty-blockers-in-childrens-gender-service-to-be-reviewed/>

³⁵ Vraag nr. 55.035.797 van Kathleen Depoorter aan de heer Frank Vandenbroucke, CRIV 55 COM 1065, p. 13.

soient ou non vu prescrire au préalable des bloqueurs de puberté. L'équipe chargée des questions de genre de l'hôpital universitaire de Gand observe, elle aussi, une augmentation significative du nombre de traitements chez les mineurs. En 2022, le nombre de nouveaux trajets entamés était 42 fois plus élevé qu'il y a 15 ans et 425 mineurs figurent actuellement sur une liste d'attente³⁶.

Le plus jeune enfant ayant débuté un traitement à base de bloqueurs de puberté à Gand était âgé de 10 ans et 5 mois³⁷. Au total, 88 jeunes enfants ont entamé un traitement de ce type entre 2007 et 2022, car la majorité des jeunes gens reçus en consultation à Gand se présentent à un stade trop avancé dans leur puberté pour pouvoir encore l'inhiber. Ces jeunes se lancent alors immédiatement dans un traitement par hormones de réassignation sexuelle³⁸.

4.2. Absence de chiffres en Belgique et manque d'études pertinentes

Différents pays se sont penchés sur la sécurité des bloqueurs de puberté après que des jeunes ont exprimé des regrets concernant leur transition³⁹. L'Angleterre, par exemple, a été secouée par l'affaire Keira Bell, la jeune femme qui a porté plainte contre la clinique de genre Tavistock car elle estimait que l'équipe médicale n'avait pas suffisamment remis en question sa décision d'entamer une transition. Ses avocats avaient argué que les enfants ne pouvaient pas donner de consentement éclairé pour entamer un traitement visant à ralentir la puberté ni pour obtenir une aide dans le cadre d'une transition.

À la question de savoir s'il avait une idée du nombre de personnes revenant sur leur décision de transition, M. Vandenbroucke, ministre de la Santé publique, a répondu sans ambages: "Dans les systèmes d'enregistrement dont disposent mes services du SPF Santé publique, à savoir le Résumé Hospitalier Minimum et le Résumé Psychiatriques Minimum, les chiffres demandés ne sont pas disponibles"⁴⁰. Le ministre ne connaissait pas non plus le nombre de personnes ayant interrompu prématurément une transition médicale, et il ne disposait pas du nombre de personnes en transition qui se sont suicidées ou ont fait une tentative de suicide. Le nombre

Ook bij het genderteam van UZ Gent wordt een grote stijging in het aantal behandelingen van minderjarigen waargenomen. In 2022 werden er 42 keer zoveel nieuwe trajecten opgestart als 15 jaar geleden, en 425 minderjarigen staan vandaag op de wachtlijst³⁶.

Het jongste kind dat in Gent startte met puberteitsremmers was 10 jaar en 5 maanden oud³⁷. In totaal gaat het om 88 jonge kinderen die met puberteitsremmers startten (2007-2022), want de meerderheid van de jongeren die op gesprek komen in Gent, zit al te ver in de puberteit om die nog te kunnen afremmen. Deze jongeren gaan dan meteen van start met cross-sekse hormonen³⁸.

4.2. Gebrek aan cijfers in België en gebrek aan degelijke studies

Verschillende landen onderzochten de veiligheid van puberteitsremmers, nadat klachten opdoken van jongeren die spijt kregen van hun transitie³⁹. Zo is er in Engeland de bekende zaak rond Keira Bell, die de Tavistock genderkliniek aanklaagt omdat ze meent onvoldoende te zijn uitgedaagd door de medische staf over haar beslissing om een transitie te starten. De advocaten brachten aan dat kinderen geen geïnformeerde toestemming kunnen geven voor een behandeling die hun puberteit vertraagt of om hulp te ontvangen voor een transitie.

Op de vraag aan minister van Volksgezondheid Vandenbroucke of hij een zicht heeft op het aantal mensen die terugkomen op hun beslissing tot transitie, was het antwoord botweg "In de registratiesystemen waarover mijn diensten van de FOD Volksgezondheid beschikken, namelijk de Minimale ziekenhuis gegevens en de Minimale psychiatrische gegevens is het gevraagde cijfermateriaal niet beschikbaar"⁴⁰. De minister had ook geen zicht op het aantal mensen dat een medische transitie start maar hiermee vroegtijdig stopt. Zicht op het aantal personen in transitie dat zelfmoord pleegt of een poging ondernam is er ook niet. Er is evenmin zicht

³⁶ <https://www.gezondheidenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media/terechte-vraagtekens-bij-puberteitsremmers-voor-genderdysforie>

³⁷ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

³⁸ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

³⁹ <https://www.gezondheidenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media/terechte-vraagtekens-bij-puberteitsremmers-voor-genderdysforie>

⁴⁰ <https://www.lachambre.be/kvvcr/showpage.cfm?section=qrva&language=fr&cfm=qrvaXml.cfm?legislat=55&dossierID=55-B107-1320-1954-2022202319018.xml>

³⁶ <https://www.gezondheidenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media/terechte-vraagtekens-bij-puberteitsremmers-voor-genderdysforie>

³⁷ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

³⁸ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

³⁹ <https://www.gezondheidenwetenschap.be/gezondheid-in-de-media/terechte-vraagtekens-bij-puberteitsremmers-voor-genderdysforie>

⁴⁰ <https://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=qrva&language=nl&cfm=qrvaXml.cfm?legislat=55&dossierID=55-B107-1320-1954-2022202319018.xml>

de personnes regrettant la transition n'est pas davantage connu. Il est donc évident que les conséquences des transitions médicales pratiquées chez les enfants et les jeunes restent inconnues en Belgique et qu'aucun effort n'est fourni pour les identifier.

En Belgique, il n'est toujours pas question d'évaluer le protocole ni de mettre en place une autre approche – plus prudente – au sein des cliniques de genre, pour s'écarter des lignes directrices de la WPATH. Au contraire, M. Vandenbroucke, ministre de la Santé publique, défend l'approche préconisée par la clinique de genre de Gand, comme cela a déjà été mentionné précédemment. Il indique que de nombreuses études sur l'impact de ce traitement, en particulier chez les jeunes, y ont déjà été réalisées. Pour appuyer ses dires, le ministre renvoie à "une page entière d'articles scientifiques publiés dans des revues internationales évaluées par des pairs"⁴¹. Les études auxquelles le ministre fait référence ne sont cependant pas suffisamment convaincantes et elles ne constituent en aucun cas un corpus scientifique suffisant pour défendre les soins transaffirmatifs.

Il ne s'appuyait en effet que sur huit articles, dont deux^{42,43} n'avaient pas encore été publiés au moment où il a répondu à la question parlementaire. Les références

op het aantal mensen dat spijt heeft na de transitie. Het is dus duidelijk dat men geen zicht heeft op de gevolgen van de medische transitie die in dit land worden uitgevoerd bij kinderen en jongeren, en deze ook niet tracht in kaart te brengen.

In België is vooralsnog geen sprake van een evaluatie of het instellen van een andere (i.e. voorzichtigere) aanpak binnen de genderklinieken, weg van de WPATH richtlijnen. Minister van Volksgezondheid Vandenbroucke verdedigt juist de aanpak in de Gentse genderkliniek, zoals hierboven reeds aangegeven. Hij stelt dat daar reeds heel wat onderzoek naar de impact van deze behandeling, specifiek bij jongeren, werd uitgevoerd. Om zijn betoog te ondersteunen verwijst de minister naar "een blad vol wetenschappelijke artikelen gepubliceerd in peer-reviewed internationale tijdschriften"⁴¹. De studies waarnaar de minister verwijst zijn echter onvoldoende overtuigend en zijn helemaal geen wetenschappelijk studiewerk waarmee je trans-affirmatieve zorg kunt verdedigen.

Het ging namelijk slechts over 8 artikels, waarvan er twee^{42,43} nog niet gepubliceerd zijn op het moment van het beantwoorden van de parlementaire vraag. Het gaat

⁴¹ Question n° 55037324C de Mme Dominiek Sneye à M. Frank Vandenbroucke, CRIV 55 COM 1123, p. 49.

⁴² Silvia Cancia, Vanessa Dubois, Margarita Craen, Daniel Klink, Dirk Vanderschueren, Martine Cools. *Effects of long-term GnRHa on bone, body composition, handgrip strength and glucolipid profile in early pubertal trans adolescents, MS in preparation*

⁴³ Silvia Cancia, Daniel Klink, Margarita Craen, Martine Cools. *Early-pubertal puberty suppression and gender-affirming hormones modulate pubertal growth but do not alter final height in transgender adolescents. European Journal of Endocrinology, submitted.*

⁴¹ Vraag nr. 55037324C van Dominiek Sneye aan de heer Frank Vandenbroucke, CRIV 55 COM 1123, p. 49.

⁴² Silvia Cancia, Vanessa Dubois, Margarita Craen, Daniel Klink, Dirk Vanderschueren, Martine Cools. *Effects of long-term GnRHa on bone, body composition, handgrip strength and glucolipid profile in early pubertal trans adolescents, MS in preparation*

⁴³ Silvia Cancia, Daniel Klink, Margarita Craen, Martine Cools. *Early-pubertal puberty suppression and gender-affirming hormones modulate pubertal growth but do not alter final height in transgender adolescents. European Journal of Endocrinology, submitted.*

avancées correspondent donc à six articles publiés: une revue de littérature⁴⁴, une étude prospective⁴⁵ et trois études rétrospectives⁴⁶. Aucune étude randomisée ou contrôlée n'a été effectuée et les auteurs reconnaissent eux-mêmes les limites de leurs recherches. Le nombre de participants est trop faible et des données portant sur des périodes plus longues sont requises, mais pas disponibles. Dans une étude, nous pouvons par exemple lire ce qui suit: "L'effet de la suppression de la puberté et des hormones d'affirmation de genre sur la minéralisation et la croissance osseuses n'est pas tout à fait connu⁴⁷. C'est pourquoi il convient de mener des études de suivi de longue durée chez les jeunes transgenres en vue de comprendre les effets des thérapies hormonales d'affirmation de genre sur la croissance et la minéralisation osseuses." (traduction). Une étude porte même sur des tests réalisés sur des souris, mais le ministre s'en sert pour démontrer que l'impact du traitement est étudié et que ces études justifient le traitement des enfants⁴⁸. Presque tous les articles traitent de l'impact des bloqueurs de puberté sur la densité minérale osseuse. En outre, ces articles révèlent un impact négatif et confirment donc l'apparition d'ostéoporose chez ces enfants, comme nous l'avons déjà décrit. Ces études réalisées au sein de la clinique de genre de Gand ne suffisent pas, en revanche, à démontrer que le traitement administré est fondé sur des preuves scientifiques ni qu'il

dus om 6 gepubliceerde artikels, waaronder: 1 review⁴⁴, 1 prospectieve⁴⁵, en 3 retrospectieve studies⁴⁶. Er werden geen gerandomiseerde of gecontroleerde studies uitgevoerd en de auteurs geven zelf ook de beperkingen van de studies aan. Het aantal deelnemers is te klein en gegevens over langere periodes zijn nodig maar zijn niet voorhanden. Zo lezen we in een studie het volgende: "Het effect van puberteitssuppressie en genderbevestigende hormonen op botmineralisatie en groei is niet helemaal gekend⁴⁷. Het is daarom noodzakelijk dat langdurige follow up studies bij transgender jeugd wordt uitgevoerd om de effecten van genderbevestigende hormoontherapieën op botgroei en mineralisatie te begrijpen." Eén studie gaat zelfs over testen in muizen maar wordt dus wel door de minister aangegrepen om aan te tonen dat de impact van de behandeling wordt onderzocht en dat deze studies de behandeling van kinderen verantwoorden⁴⁸. Nagenoeg alle artikels gaan over de impact van puberteitsremmers op de botmineraaldichtheid. Deze wijzen bovendien op een negatieve impact en bevestigen dus het ontstaan van osteoporose bij deze kinderen, zoals we reeds beschreven. Deze studies uitgevoerd in de Gentse genderkliniek zijn daarentegen onvoldoende om aan te tonen dat de gehanteerde behandeling *evidence-based* is én zorgt voor een fundamentele verbetering van het welzijn van de kinderen, nu en in de toekomst. Een vaststelling in het Cass-rapport is dus ook van toepassing op België: zowel

⁴⁴ *Impact of gender affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth.* Silvia Cancia, Vanessa Dubois, Martine Cools. *Endocrine Connections* 2022, 11(11): e220280. DOI: doi: 10.1530/EC-22-0280.

⁴⁵ Gaia Van Cauwenberg, Karlien Dhondt, Joz Motmans. *Ten years of experience in counseling gender diverse youth in Flanders, Belgium. A clinical overview.* *Int J Impot Res* 2020 Nov;33(7):671-678. doi: 10.1038/s41443-021-00.441-8. Epub 2021 May 5.

⁴⁶ *Pro- and antiandrogenic progestins in transgender youth: Differential effects on body composition and bone metabolism.* LJW Tack, M Craen, B Lapauw, S Goemaere, K Toye, J Kaufman, S Vandewalle, G T'Sjoen, HG Zmierzczak, M Cools. *J Clin Endocrinol Metab* 2018 Jun 1, 103: 2147-56; *Consecutive cyproterone acetate and estradiol treatment in late-pubertal transgender female adolescents.* LJW Tack, R Heyse, M Craen, K Dhondt, H Van Den Bossche, J Laridaen, M Cools. *J Sex Med* 2017 May, 14(5): 447-57; *Consecutive lynestrenol and cross-sex hormones treatment in biological female adolescents with gender dysphoria: A retrospective analysis.* LJW Tack, M Craen, K D'Hondt, H Vandebossche, J Laridaen, M Cools. *Biology of Sex Differences* 2016 Feb 16;7:14. doi: 10.1186/s13293-016-0067-9. eCollection 2016.

⁴⁷ *Impact of gender-affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth.*

⁴⁸ *Testosterone restores body composition, bone mass and bone strength following early puberty suppression in a mouse model mimicking the clinical strategy in trans boys.* Vanessa Dubois, Silvia Cancia, Stefanie Doms, Sarah El Kharraz, Vera Sommers, Na Ri Kim, Karel David, Jolien Van Dijck, Roger Valle Tenney, Christa Maes, Leen Antonio, Brigitte Decalonne, Geert Carmeliet, Frank Claessens, Martine Cools, Dirk Vanderschueren. *Journal of Bone and Mineral Research*. 2023 May 24. DOI: 10.1002/jbmr.4832.

⁴⁴ *Impact of gender affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth.* Silvia Cancia, Vanessa Dubois, Martine Cools. *Endocrine Connections* 2022, 11(11): e220280. DOI: doi: 10.1530/EC-22-0280.

⁴⁵ Gaia Van Cauwenberg, Karlien Dhondt, Joz Motmans. *Ten years of experience in counseling gender diverse youth in Flanders, Belgium. A clinical overview.* *Int J Impot Res* 2020 Nov;33(7):671-678. doi: 10.1038/s41443-021-00.441-8. Epub 2021 May 5.

⁴⁶ *Pro- and antiandrogenic progestins in transgender youth: Differential effects on body composition and bone metabolism.* LJW Tack, M Craen, B Lapauw, S Goemaere, K Toye, J Kaufman, S Vandewalle, G T'Sjoen, HG Zmierzczak, M Cools. *J Clin Endocrinol Metab* 2018 Jun 1, 103: 2147-56; *Consecutive cyproterone acetate and estradiol treatment in late-pubertal transgender female adolescents.* LJW Tack, R Heyse, M Craen, K Dhondt, H Van Den Bossche, J Laridaen, M Cools. *J Sex Med* 2017 May, 14(5): 447-57; *Consecutive lynestrenol and cross-sex hormones treatment in biological female adolescents with gender dysphoria: A retrospective analysis.* LJW Tack, M Craen, K D'Hondt, H Vandebossche, J Laridaen, M Cools. *Biology of Sex Differences* 2016 Feb 16;7:14. doi: 10.1186/s13293-016-0067-9. eCollection 2016.

⁴⁷ *Impact of gender-affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth.*

⁴⁸ *Testosterone restores body composition, bone mass and bone strength following early puberty suppression in a mouse model mimicking the clinical strategy in trans boys.* Vanessa Dubois, Silvia Cancia, Stefanie Doms, Sarah El Kharraz, Vera Sommers, Na Ri Kim, Karel David, Jolien Van Dijck, Roger Valle Tenney, Christa Maes, Leen Antonio, Brigitte Decalonne, Geert Carmeliet, Frank Claessens, Martine Cools, Dirk Vanderschueren. *Journal of Bone and Mineral Research*. 2023 May 24. DOI: 10.1002/jbmr.4832.

améliore fondamentalement le bien-être des enfants aujourd'hui et à l'avenir. Une constatation de la *Cass Review* s'applique donc également à la Belgique: tant à l'échelle internationale qu'à l'échelon national, la disponibilité de données de suivi à long terme concernant les enfants et les jeunes traités dans des cliniques de genre est très limitée, y compris pour les patients qui ont subi des interventions physiques, pour ceux qui ont été orientés vers des cliniques de genre pour adultes ou vers des établissements de soins privés, pour ceux qui mettent fin à la transition, qui ont eu des regrets ou qui ont subi une détransition⁴⁹.

Les médecins de la clinique de genre de Gand l'admettent aussi explicitement. La professeure Cools, endocrinologue pédiatrique dans l'équipe chargée des questions de genre, reconnaît que l'absence d'un groupe de contrôle constitue une limitation importante, tout en considérant qu'il n'est en l'espèce pas possible ni éthique de refuser un traitement aux jeunes qui éprouvent de telles souffrances mentales. "Lorsque vous savez que la souffrance de ces jeunes est immense et n'est plus supportable, et que vous disposez d'un traitement qui peut les aider à ce moment-là, vous souhaitez tenter de l'administrer. Nous travaillons avec beaucoup de précaution et ne prescrivons le Decapeptyl qu'à un groupe restreint de jeunes, lorsque nous sommes parvenus, avec le jeune et ses parents, à la conclusion que ce médicament est, à ce moment-là, la mesure adéquate pour ces jeunes."⁵⁰ (traduction)

Le reportage de Zembla intitulé "*Het transgender-protocol*"⁵¹ (le protocole transgenre) et diffusé le 24 octobre 2023 sur la chaîne BNNVARA NPO2 a non seulement démontré que le "protocole néerlandais" qui sert de référence pour le traitement des mineurs présentait de graves lacunes méthodologiques et ne constituait pas un fondement scientifique suffisant, mais qu'il ne s'appliquait en outre pas aux nouveaux groupes de jeunes qui se présentent actuellement aux cliniques de genre. Pour approfondir la question, la docteure Annelou de Vries de l'UMC Amsterdam a introduit, en 2021, une demande de subvention pour une étude de cinq ans consacrée aux "preuves manquantes" (*missing evidence base*)⁵². La *Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek* (Organisation néerlandaise pour la recherche scientifique) lui a alloué à cet effet une bourse de 800.000 euros⁵³. En d'autres termes, il n'existe aucune preuve.

internationaal als nationaal, is de beschikbaarheid van lange termijn opvolgdata van kinderen en jongeren die behandeld werden in genderklinieken zeer gelimiteerd, inclusief voor zij die fysieke interventies ondergingen, voor zij die naar genderklinieken voor volwassenen werden doorverwezen of naar private zorgvoorzieningen, voor zij die de transitie stop zetten, spijt kregen of een detransitie ondergingen⁴⁹.

Dit wordt ook met zoveel woorden toegegeven door de artsen van de Gentse genderkliniek zelf. Professor Cools, kinderendocrinologe in het Genderteam, erkent dat het ontbreken van een controlegroep een belangrijke beperking is, maar volgens haar is het in dit geval onmogelijk en onethisch om jongeren die mentaal zo zwaar lijden, medicatie te ontfeggen. "Wanneer je weet dat de lijdenslast van die jongeren oneindig groot en niet meer draaglijk is, en je hebt iets ter beschikking dat hen op dat moment kan helpen, dan wil je daar ook voor een stukje op inspelen. We gaan heel omzichtig te werk en schrijven Decapeptyl enkel voor bij een beperkte groep jongeren, wanneer we samen met de jongere en de ouders allemaal tot het besluit zijn gekomen dat het voor die jongeren op dat moment als de juiste stap aanvoelt."⁵⁰

De Zembla reportage "*Het transgenderprotocol*"⁵¹ van 24 oktober 2023 op BNNVARA NPO2 maakte niet alleen duidelijk dat het "Nederlands protocol" dat als referentie dient voor de behandeling van minderjarige, ernstige methodologische gebreken vertoont en niet voldoet als wetenschappelijk basis, maar bovendien niet van toepassing is op de nieuwe groep jongeren die zich nu aanmelden in genderklinieken. Om dit uit te zoeken diende Dr. Annelou de Vries – UMC Amsterdam, in 2021 een subsidieaanvraag in voor een vijf jaar durend onderzoek naar de "*missing evidence base*"⁵². De Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek kende daarvoor een beurs toe van 800.000 euro.⁵³ Met andere woorden er is geen evidentie.

⁴⁹ <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>

⁵⁰ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

⁵¹ <https://www.bnnvara.nl/zembla/artikelen/het-transgenderprotocol>

⁵² <https://twitter.com/AnnelouDe/status/1542783026568040448>

⁵³ <https://www.amsterdamumc.org/nl/vandaag/800.000-euro-voor-onderzoek-naar-transgenderzorg-jongeren.htm>

⁴⁹ <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>

⁵⁰ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

⁵¹ <https://www.bnnvara.nl/zembla/artikelen/het-transgenderprotocol>

⁵² <https://twitter.com/AnnelouDe/status/1542783026568040448>

⁵³ <https://www.amsterdamumc.org/nl/vandaag/800.000-euro-voor-onderzoek-naar-transgenderzorg-jongeren.htm>

La professeure Cools juge qu'il est éthiquement inadmissible de ne pas administrer de traitement. Mais comment peut-elle justifier sur le plan éthique un traitement qui n'est fondé sur aucune preuve? Aucune donnée probante n'atteste que l'utilisation de bloqueurs de puberté améliore la santé mentale de ces jeunes. De surcroît, le traitement entraîne des conséquences irréversibles à vie et consolide la dysphorie de genre, qui incite ces patients à subir une transition médicale. Le site web du *Transgender infopunt* mentionne que "Même s'il peut être mis fin à tout moment au traitement à base de bloqueurs de puberté, nous savons par expérience que c'est rarement le cas. Prendre des bloqueurs de puberté n'équivaut donc pas à appuyer sur un bouton "pause".⁵⁴ (traduction). Tous les jeunes gens qui ont commencé à prendre des bloqueurs de puberté à l'hôpital universitaire de Gand ont enchaîné avec une transition médicale.⁵⁵ La nature irréversible des effets des hormones de réassignation sexuelle et la possibilité que les bloqueurs de puberté puissent altérer la formation de l'identité devraient inciter les médecins éthiques à réfléchir. Il ressort des études que la grande majorité des personnes qui ne sont pas confirmées par une "transition sociale" ou traitées médicalement deviennent des adultes LGB.⁵⁶

Pour l'équipe chargée des questions de genre de Gand, la dépression ou l'autisme ne constituent même pas, en tant que tels, des obstacles suffisants pour renoncer à l'administration d'un traitement hormonal⁵⁷.

L'honnêteté ne nous impose-t-elle pas de reconnaître, à l'instar de la Finlande, de la Suède, de l'Angleterre, de la Norvège et du Danemark, que la seule option raisonnable est de mettre immédiatement fin aux "soins d'affirmation de genre"?

La science est en constante évolution et l'approche médicale suit ce processus. Nous l'observons non seulement dans l'approche des enfants présentant une dysphorie de genre, mais également dans celle, par exemple, des personnes intersexes. Alors qu'autrefois, ces personnes étaient souvent opérées à un jeune âge, les médecins sont désormais plus réticents. Plusieurs organisations telles que Cavaria, Intersekse Vlaanderen, RainbowHouse Brussels, Prisme, Intersex Belgium, Genres Pluriels, affirment qu'il s'agit d'une mutilation chirurgicale aux conséquences désastreuses

Professor Cools noemt het niet behandelen ethisch onverantwoord. Maar hoe kan zij het wel behandelen ethisch verantwoorden zonder dat daar evidentie voor is? Er is geen bewijs dat een verbetering van de mentale gezondheid van deze jongeren bevestigd door het gebruik van puberteitsremmers. Bovendien leidt behandeling tot onomkeerbare levenslange gevolgen en consolideert de genderdysforie, die hen doet doorgaan naar een medische transitie. De website van het Transgender Infopunt vermeldt: "Hoewel de behandeling met puberteitsremmers op elk ogenblik kan gestopt worden, weten we uit ervaring dat dit zelden gebeurt. Puberteitsremmers zijn dus geen pauzeknop".⁵⁴ Alle jongeren in het UZ Gent die starten met puberteitsremmers, vervolgden een medische transitie.⁵⁵ De onomkeerbare aard van de effecten van cross-sekse hormonen en de mogelijkheid dat puberteitsremmers de identiteitsvorming kunnen veranderen, zou ethische artsen moeten tot nadenken stemmen. Uit onderzoek blijkt dat de overgrote meerderheid die niet worden bevestigd door "sociale transitie" of medisch behandeld, uitgroeien tot LGB volwassenen.⁵⁶

Bovendien vormt voor het Gentse genderteam zelfs depressie of autisme op zich geen belemmering om te mogen starten met een hormonale behandeling.⁵⁷

Verplicht de eerlijkheid ons niet de onmiddellijk stopzetting van "gender affirmatieve zorg" te erkennen als de enige verantwoorde optie voor minderjarigen, in navolging van Finland, Zweden, Engeland, Noorwegen en Denemarken?

De wetenschap evolueert constant en de medische aanpak evolueert hiermee mee. Dat zien we niet alleen bij de aanpak van kinderen met genderdysforie, maar ook bijvoorbeeld bij intersekse personen. Terwijl men deze personen in het verleden op jonge leeftijd vaak opereerde, is men hier nu terughoudender in geworden. Verschillende organisaties zoals Cavaria, Intersekse Vlaanderen, RainbowHouse Brussels, Prisme, Intersex Belgium, Genres Pluriels, stellen dat het gaat om chirurgische verminking met rampzalige en pijnlijke gevolgen in de rest van het volwassen leven van deze intersekse

⁵⁴ <https://www.transgenderinfo.be/nl/transgenderzorg/hormonen/puberteitsremmers>

⁵⁵ Reportage Pano "Trans Tieners", diffusé le 29 mars 2023.

⁵⁶ https://segm.org/NICE_gender_medicine_systematic_review_finds_poor_quality_evidence

⁵⁷ <https://www.transgenderinfo.be/nl/gezondheid/autisme-en-genderdiversiteit>

⁵⁴ <https://www.transgenderinfo.be/nl/transgenderzorg/hormonen/puberteitsremmers>

⁵⁵ Pano Reportage "Trans Tieners", uitgezonden op 29 maart 2023

⁵⁶ https://segm.org/NICE_gender_medicine_systematic_review_finds_poor_quality_evidence

⁵⁷ <https://www.transgenderinfo.be/nl/gezondheid/autisme-en-genderdiversiteit>

et douloureuses pour le reste de la vie adulte de ces personnes intersexes et exigent que ces opérations soient interdites⁵⁸. La Chambre des représentants a récemment adopté une résolution⁵⁹ soulignant la nécessité de protéger de manière adéquate l'intégrité physique des mineurs intersexes. Dans sa dernière note de politique générale Égalité des genres, Égalité des chances et Diversité, la secrétaire d'État indique que le gouvernement développe un cadre législatif visant à protéger l'intégrité physique des mineurs intersexes. On peut donc se demander pourquoi il n'existe pas une volonté de mieux protéger l'intégrité physique des enfants présentant une dysphorie de genre. Par ailleurs, la résolution relative aux personnes intersexes dénonce également le manque de données dans ce domaine. En Belgique, le nombre de personnes présentant une variation des caractéristiques sexuelles n'est pas enregistré et le nombre d'opérations chirurgicales qui se déroulent ou se sont déroulées sans en connaître la nécessité sur le plan médical est inconnu.

4.3. *La Belgique continue à miser sur la médication*

Alors que plusieurs autres pays ont principalement recours au soutien psychologique, la Belgique ne subordonne le traitement hormonal à aucune condition. Rien ne garantit dès lors qu'un patient mineur prenant des bloqueurs de puberté soit suivi psychologiquement.

Or, les traitements médicamenteux expérimentaux, dont les effets positifs sur le bien-être mental et physique à long terme des enfants ou des jeunes dysphoriques n'ont pas été prouvés, ont des effets irréversibles, faisant de ces enfants des patients à vie.

Il apparaît en outre que les informations fournies par l'hôpital universitaire de Gand au sujet de ces effets irréversibles sont malgré tout assez tendancieuses. Sur le site web *transgenderinfo.be*, on peut lire que les bloqueurs de puberté peuvent servir à "découvrir, au travers d'entretiens psychologiques, dans quelle direction évolue l'identité de genre des patients et à réduire leur pression émotionnelle" (traduction). Le *Transgenderboek*, rédigé par des médecins de la clinique de genre de Gand, indique également que le recours aux bloqueurs de puberté permet notamment au patient d'appréhender sérieusement la question de savoir s'il souhaite poursuivre ou non la transition (médicale). La professeure Cools – endocrinologue pédiatrique de l'équipe gantoise chargée des questions de genre

personnes et exigent que ces opérations soient interdites⁵⁸. Recent werd in de Kamer van volksvertegenwoordigers een resolutie⁵⁹ aangenomen waarbij men wijst op de noodzaak om de fysieke integriteit van de interseksuele minderjarigen passend te beschermen. Ook in de laatste beleidsnota Gendergelijkheid, Gelijke Kansen en Diversiteit schrijft de staatssecretaris dat de regering een wettelijk kader ontwikkelt om de lichamelijke integriteit van intersekse-minderjarigen te beschermen. We moeten ons dus afvragen waarom men de fysieke integriteit van kinderen met genderdysforie ook niet beter wil beschermen. Bovendien stelt de resolutie voor intersekse personen ook hier het gebrek aan data aan de kaak. In België wordt enerzijds het aantal mensen met een variatie in geslachtskenmerken niet geregistreerd, anderzijds is er ook geen kennis betreffende het aantal heelkundige ingrepen die gebeuren of gebeurd zijn zonder de medische noodzaak hiervan te kennen.

4.3. *België blijft inzetten op medicatie*

Hoewel in verschillende andere landen dus vooral wordt ingezet op psychologische hulp wordt er bij ons geen conditionaliteit gekoppeld aan een behandeling met hormonen. Er is geen garantie dat een minderjarige patiënt die puberteitsremmers neemt psychologisch wordt opgevolgd.

De experimentele medicamenteuze behandeling, waarvan niet bewezen is een positieve impact te hebben op het mentaal en fysiek welzijn op de lange termijn van het kind of de jongere met dysforie, zorgt wel zeker voor onomkeerbare gevolgen, en maakt van deze kinderen levenslang patiënten.

Bovendien blijkt dat de info die het UZ Gent over deze onomkeerbare gevolgen verstrekt toch wel misleidend is. Op haar website *transgenderinfo.be* staat dat puberteitsremmers kunnen dienen om "via psychologische gesprekken uit te zoeken in welke richting zijn of haar genderidentiteit evolueert en dat de emotionele druk afneemt." Ook in het "Transgenderboek", geschreven door artsen van de Gentse genderkliniek, staat te lezen dat je met puberteitsremmers onder meer "zorgvuldig kan overwegen om al dan niet een verdere (medische) transitie na te streven". Echter, professor Cools – kinderendocrinoloog van het Gentse genderteam – ontkent dan weer met klem dat het genderteam puberteitsremmers inzet als pauzeknop. Ze stelt dat het tegendeel waar is en dat het gebruik van puberteitsremmers juist

⁵⁸ <https://www.cavaria.be/stop-de-verminking-van-intersekse-personen>

⁵⁹ <https://www.lachambre.be/doc/flwb/pdf/55/0043/55k0043008.pdf>

⁵⁸ <https://www.cavaria.be/stop-de-verminking-van-intersekse-personen>

⁵⁹ <https://www.dekamer.be/doc/flwb/pdf/55/0043/55k0043008.pdf>

– conteste toutefois avec véhémence que son équipe utilise les bloqueurs de puberté pour marquer une pause dans le processus de transition. Elle affirme que c’est tout le contraire et que l’utilisation des bloqueurs de puberté sert précisément à activer ce processus.⁶⁰ La preuve en est que tous les enfants qui ont commencé à prendre des bloqueurs de puberté poursuivent ensuite la transition médicale en ayant recours à des hormones. Il ressort des chiffres diffusés dans le cadre du reportage Pano que 100 % des enfants qui ont pris des bloqueurs de puberté poursuivent la transition médicale avec des hormones.⁶¹ Ce pourcentage illustre clairement que les traitements bloqueurs de puberté ne servent pas à marquer une pause pour laisser au patient le temps de la réflexion, mais qu’ils tendent plutôt à consolider la dysphorie de genre chez des enfants pour qui il ne s’agissait en réalité que d’une phase passagère (ce qui représente 75 à 85 % des cas en moyenne).

Ce constat a également été dressé dans le documentaire de Zembla intitulé *Het transgenderprotocol*. Hannah Barnes y déclare: “J’ai discuté avec de nombreux médecins, qui m’ont tous dit que l’objectif n’est pas d’accorder un moment de réflexion aux patients. En entamant ces traitements, on s’engage dans une voie déterminée. Les médecins ont constaté en pratique que les jeunes ne réfléchissaient plus une fois qu’ils commençaient à prendre des bloqueurs de puberté. Ainsi, 95 à 98 % des jeunes concernés passent à l’étape suivante de la transition. Or, quelle est la probabilité que chaque jeune envisage ce processus exactement de la même manière? Ce n’est tout simplement pas possible dès lors qu’il s’agit d’adolescents et de jeunes gens.”

4.4. Critiques formulées par le Cebam

Durant le fameux reportage Pano, le président du Cebam (Centre belge pour l’Evidence-Based Medicine) déclare que ces traitements ne sont pas fondés sur des preuves scientifiques. De grandes études observationnelles sont actuellement menées, mais les études contrôlées randomisées font défaut. Dans un article intéressant de Clayton, on peut lire ce qui suit à ce sujet: “Les cliniciens en médecine genrée et les chercheurs ont toujours affirmé que les essais contrôlés randomisés (ECR) seraient contraires à l’éthique. Cependant, comme l’a fait valoir Valenstein (1986) dans son étude sur l’histoire de la lobotomie, l’éthique du recours à de nouveaux traitements sans une base factuelle approfondie doit également être prise en considération. Les dommages qui peuvent être occasionnés par des avis médicaux bien intentionnés mais incorrects, fondés sur

een actieve stap in het transitieproces is.⁶⁰ Dat het toedienen van puberteitsremmers aan kinderen inderdaad een actieve stap is, en geen pauzeknop, blijkt uit het feit dat alle kinderen die begonnen met puberteitsremmers ook effectief de medische transitie verderzetten met hormonen. Uit cijfers die Pano opvroeg blijkt dat 100 % van de kinderen die puberteitsremmers namen, ook de verdere medische transitie met hormonen ondergaan⁶¹. Dit toont duidelijk aan dat behandeling met puberteitsremmers geen pauzeknop is die tijd biedt tot verdere reflectie maar dat deze behandeling eerder de genderdysforie consolideert bij kinderen die er anders zouden uitgroeien (gemiddeld 75-85 %).

Dit werd ook bevestigd tijdens de Zembla documentaire “Het transgenderprotocol”. Hannah Barnes: “Ik heb veel artsen gesproken die allemaal zeiden: het is geen “tijd om na te denken”. Je slaat namelijk een weg in. Ze zagen in de praktijk dat jongeren niet verder meer nadachten als ze met de remmers begonnen. 95 tot 98 procent van de jongeren die beginnen met puberteitsremmers gaan door naar de volgende stap van de transitie. Hoe groot is de kans dat elke jongere er op exact dezelfde manier over denkt? Dat gebeurt gewoon niet met tieners en jongeren.”

4.4. Kritiek Cebam

Tijdens de veelbesproken Pano reportage stelde de voorzitter van het Cebam (Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine) dat de behandeling niet *evidence-based* is. Er lopen momenteel grote observationele studies, maar er is een gebrek aan gerandomiseerde gecontroleerde studies. In een interessante paper van Clayton wordt hierover het volgende gezegd: “Gendergeneeskundeclinici en onderzoekers hebben consequent verklaard dat gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT’s) onethisch zouden zijn. Echter, zoals Valenstein (1986) besprak in zijn studie naar de geschiedenis van de lobotomie, moeten ook de ethiek van het implementeren van nieuwe behandelingen zonder een grondige bewijsbasis in overweging worden genomen. De schade die kan worden toegebracht door goedbedoeld maar onjuist medisch advies gebaseerd

⁶⁰ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

⁶¹ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

⁶⁰ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

⁶¹ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/26/puberteitsremmers-en-mannelijke-vrouwelijke-hormonen-wat-jullie/>

le jugement clinique de médecins prestigieux sans base factuelle appropriée à l'appui, peuvent être illustrés par la position de sommeil des nourrissons et le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). ... Entre les années 1950 et 1990, la recommandation de faire dormir les nourrissons sur le ventre, qui émanait de cliniciens bien intentionnés et d'organisations médicales prestigieuses, aurait ainsi contribué à la mort de dizaines de milliers de nourrissons (Gilbert et al., 2005; Sperhake et al., 2018)."

4.5. *L'Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres (WPATH) et l'hôpital universitaire de Gand*

Le ministre de la Santé publique, M. Vandenbroucke, indique que l'équipe de l'hôpital universitaire de Gand respecte les protocoles de traitement, qui sont systématiquement alignés sur les nouvelles connaissances scientifiques. Le ministre ajoute que de nouvelles lignes directrices pour les soins de transition de genre viennent encore récemment d'être publiées, après avoir fait l'objet d'une préparation approfondie pendant quatre ans. Il s'agit en l'espèce des lignes directrices de la WPATH. Le ministre affirme que celles-ci ont été élaborées sur la base de preuves⁶². Le Dr Van Krunkelsven, directeur du Cebam, ne mâche toutefois pas ses mots au sujet de ces lignes directrices: "Si nous devions en faire l'examen en qualité de Centre belge pour l'*Evidence-Based Medicine*, nous les jetterions en fait à la poubelle. Certes, elles contiennent de bons éléments, mais en ce qui concerne les bloqueurs de puberté, les preuves scientifiques font défaut. Elles ne valent dès lors rien à nos yeux." (traduction)

Dans le documentaire de Zembla, quatre méthodologues et un professeur d'orthopédagogie ont été invités à donner leur avis sur le protocole néerlandais – publié par l'équipe chargée des questions de genre d'Amsterdam, qui est dirigée par le Dr Annelou de Vries – qui sert mondialement de référence en matière de soins de transition de genre pour les mineurs. Ils en ont conclu que ce protocole ne constituait pas une base solide pour pratiquer des interventions médicales radicales et irréversibles sur des adolescents et des jeunes adultes. Le protocole néerlandais repose sur des recherches bancales et des partis pris. Les résultats de ce protocole n'ont pu être confirmés nulle part.

Par ailleurs, les relations étroites entre l'équipe gantoise chargée des questions de genre et la WPATH détonnent également et sont de nature à susciter une certaine méfiance. Guy T'Sjoen – endocrinologue et chef de service du *Centrum voor Seksuologie en Gender* (centre

op het klinisch oordeel van prestigieuze artsen zonder een adequate bewijsbasis, kan worden geïllustreerd aan de hand van de slaaphouding van zuigelingen en het plotseling overlijden van zuigelingen (*Sudden Infant Death syndrome* SIDS). ... Er wordt geschat dat tussen de jaren 1950 en 1990 het advies om zuigelingen op de buik te laten slapen, aanbevolen door goedbedoelende klinici en prestigieuze medische organisaties, mogelijk heeft bijgedragen aan de dood van tienduizenden zuigelingen (Gilbert et al., 2005; Sperhake et al., 2018)."

4.5. *WPATH en het UZ Gent*

Minister van Volksgezondheid Vandenbroucke stelt dat het team in Gent handelt naar de behandelingsprotocollen die steeds aangepast worden aan nieuwe wetenschappelijke inzichten. Vervolgens stelt de minister dat er recent nog nieuwe richtlijnen voor transgenderzorg bekendgemaakt zijn die tot stand gekomen zijn na vier jaar grondige voorbereiding. Er wordt hiervoor verwezen naar de richtlijnen van WPATH, en de minister zegt dat de richtlijnen zijn ontwikkeld op basis van evidentie, zo onderstreept men⁶². Dr. Van Krunkelsven, directeur van Cebam, is echter heel duidelijk over deze richtlijnen: "Als we die als Cebam zouden moeten doorlichten, dan zouden we die eigenlijk in de vuilbak gooien. Er zitten uiteraard goede elementen in, maar als het over puberteitsremmers gaat, ontbreekt de wetenschappelijke evidentie. Daarvoor zijn ze voor ons gebuisd."

In de Zembla documentaire werd aan vier methodologen en een hoogleraar orthopedagogie naar hun mening gevraagd over het Nederlands protocol – bekendgemaakt door het Amsterdamse genderteam o.l.v. dr. Annelou de Vries – dat wereldwijd fungeert als de referentie inzake transgenderzorg voor minderjarigen. Hun besluit was dat het geen solide basis biedt voor het uitvoeren van radicale en onomkeerbare medische interventies bij tieners en jongvolwassenen. Het Nederlands protocol berust op slecht onderzoek en vooringenomenheid. Nergens konden de resultaten opnieuw worden bevestigd.

Wat bovendien ook opvalt is de nauwe betrokkenheid van het Gentse genderteam met het WPATH, wat toch enige argwaan moeten wekken. Guy T'Sjoen – endocrinoloog en diensthoofd van het Centrum voor Seksuologie en Gender – en Joz Motmans – coördinator van het

⁶² <https://www.lachambre.be/doc/CCRI/pdf/55/ic1065.pdf>

⁶² <https://www.dekamer.be/doc/CCRI/pdf/55/ic1065.pdf>

de sexologie et de genre) – et Joz Motmans – coordinateur de ce centre et, jusqu'il y a peu, coordinateur du *Transgender Infopunt* – sont tous deux d'anciens présidents de l'EPATH, la section européenne de la WPATH. Annelou de Vries, de la clinique de genre d'Amsterdam, en est actuellement la présidente. Ce n'est donc pas un hasard si l'équipe gantoise renvoie aux standards de soins de la WPATH.

5. Effet placebo

Il est supposé que l'effet placebo pourrait jouer un rôle important dans les traitements d'affirmation de genre. La qualité de nombreuses études étant insuffisante, il est impossible de déterminer si certains effets qu'elles mettent en évidence découlent du traitement suivi ou sont des effets placebo.

“Evidence on the appropriate management of youth with gender incongruence and dysphoria is inconclusive and has major knowledge gaps. Previous papers have discussed that the weaknesses of the studies investigating the efficacy of GAT for young people with gender dysphoria mean they are at high risk of bias and confounding and, thus, provide very low certainty evidence”.

‘To date, however, there has been little discussion of the inability of these studies to differentiate specific treatment from placebo effects.’ Of note, the term “placebo effect” is no longer used to just simply refer to the clinical response following inert medication; rather, it describes the beneficial effects attributable to the brain-mind responses evoked by the treatment context rather than the specific intervention⁶³.

Clayton évoque une “perfect storm”: *“In the field of GD youth medicine, there is a combination of features that seems to create a perfect storm setting for placebo effect. Thus, we have a population of vulnerable youth presenting with a condition, which has no objective diagnostic tests, and that is currently undergoing an unexplained rapid increase in prevalence and marked change in patient demographics. The treatment response is mainly based on patient-reported outcomes (yes, this can be the case for other conditions but remember we are considering the combination of features, not just a feature in isolation). Some clinicians, who may be affiliated with prestigious institutions, enthusiastically promote GAT, including on the media, social media, and alongside celebrity patients. Some make overstated claims about the strength of evidence and the certainty of benefits of GAT, including an emphasis on their “life-saving” qualities, and under acknowledge the*

⁶³ Clayton, op. cit.

Centrum voor Seksuologie en Gender en tot voor kort coördinator van het Transgender Infopunt – zijn beide voormalig voorzitter van het EPATH, de Europese afdeling van het WPATH. Momenteel is Annelou de Vries van de Amsterdamse genderkliniek voorzitter. Dat het Gentse genderteam refereert naar de *Standards of Care* van het WPATH, is dus geen toeval.

5. Placebo effect

Er wordt gedacht dat het mogelijke placebo effect bij genderbevestigende behandelingen substantieel kan zijn. Omdat de kwaliteit van vele studies onvoldoende is, is het niet mogelijk te achterhalen of bepaalde effecten die worden geobserveerd in deze studies te wijten zijn aan de behandeling zelf, of aan het placebo effect.

“Evidence on the appropriate management of youth with gender incongruence and dysphoria is inconclusive and has mayor knowledge gaps. Previous papers have discussed that the weaknesses of the studies investigating the efficacy of GAT for young people with gender dysphoria mean they are at high risk of bias and confounding and, thus, provide very low certainty evidence”.

‘To date, however, there has been little discussion of the inability of these studies to differentiate specific treatment from placebo effects.’ Of note, the term “placebo effect” is no longer used to just simply refer to the clinical response following inert medication; rather, it describes the beneficial effects attributable to the brainmind responses evoked by the treatment context rather than the specifc intervention⁶³.

Clayton spreekt van een “perfect storm”: *“In the field of GD youth medicine, there is a combination of features that seems to create a perfect storm setting for placebo effect. Thus, we have a population of vulnerable youth presenting with a condition, which has no objective diagnostic tests, and that is currently undergoing an unexplained rapid increase in prevalence and marked change in patient demographics. The treatment response is mainly based on patient-reported outcomes (yes, this can be the case for other conditions but remember we are considering the combination of features, not just a feature in isolation). Some clinicians, who may be affiliated with prestigious institutions, enthusiastically promote GAT, including on the media, social media, and alongside celebrity patients. Some make overstated claims about the strength of evidence and the certainty of benefits of GAT, including an emphasis on their “life-saving” qualities, and under acknowledge the*

⁶³ Clayton, op. cit.

risks. Alternative psychosocial treatment approaches are sometimes denigrated as harmful and unethical conversion practices or as “doing nothing.” This combination of features increases the likelihood that there will be a complex interplay of heightened placebo and nocebo effects in this area of medicine, with significant implications for research and clinical practice.”⁶⁴

Clayton explique que certaines organisations professionnelles et certains médecins réputés en matière de transition médicale ont exagéré les avantages du traitement et n'ont pas prévu assez d'échanges au cours desquels les risques auraient pu être débattus. Ces déclarations publiques ont naturellement été entendues par les jeunes atteints de dysphorie de genre ainsi que par les décideurs politiques, qui s'y sont ralliés. Il a par exemple été soutenu que les thérapies d'affirmation de genre “sauvaient absolument des vies” et il a également été question d'études scientifiques solidement étayées bien que les organisations et les médecins concernés reconnaissent que les données empiriques sont peu nombreuses et demandent, eux aussi, que le bien-fondé de ce traitement relativement neuf soit étayé davantage. Clayton résume bien cette situation: *“Thus, there seems to be a kind of Janus-faced narrative, with a placebo effect-enhancing face of overstated certainty/strong evidence of benefit displayed to GD youth, their families, and policy makers, and the more realistic face of uncertainty/lack of evidence turned toward peer reviewers and the research community. Of note, several publications in the peer review literature that have made overstated claims about GAT have recently required correction (Bränström & Pachankis, 2020; Pang et al., 2021; Zwickl et al., 2021).”* Ce constat vaut également pour la Belgique: le ministre Vandenbroucke et l'équipe chargée des questions de genre de l'hôpital universitaire de Gand se réfèrent à des études, mais ces études soulignent les lacunes qu'elles présentent⁶⁵.

Que faut-il faire, dès lors, si nous estimons qu'il convient de réfréner la distribution de médicaments aux mineurs?

Les médecins et les groupes de pression qui défendent les soins d'affirmation de genre tentent de présenter toute autre approche comme nuisible, inefficace et contraire à l'éthique. Certains vont même jusqu'à assimiler l'approche psychothérapeutique aux pratiques de conversion.⁶⁶ Ce point de vue est également défendu en Belgique par le *Transgender Infopunt* (TIP) qui, en réaction au reportage *Pano*, a publié la déclaration suivante: “Il importe de comprendre que laisser la puberté survenir chez des adolescents atteints d'incongruence ou de dysphorie de

risks. Alternative psychosocial treatment approaches are sometimes denigrated as harmful and unethical conversion practices or as “doing nothing.” This combination of features increases the likelihood that there will be a complex interplay of heightened placebo and nocebo effects in this area of medicine, with significant implications for research and clinical practice.”⁶⁴

Clayton beschrijft dat sommige professionele organisaties en leidende artsen op het vlak van medische transitie, de voordelen van de behandeling hebben overroepen terwijl ze onvoldoende discussies voorzagen waarin de risico's konden besproken worden. Deze communicatie was publiek en werd uiteraard opgevangen door jongeren met genderdysforie en door de politiek die hierin mee ging. Zo werd gesteld dat de gender bevestigende therapieën “*absolutely life-saving*” waren⁶⁵. Men sprak ook van robuust wetenschappelijk onderzoek, terwijl deze organisaties en artsen wel degelijk het schaars empirisch bewijs erkennen en zelf ook oproepen tot meer evidentie voor deze relatief nieuwe behandeling. Clayton vat het mooi samen als volgt: *“Thus, there seems to be a kind of Janusfaced narrative, with a placebo effect-enhancing face of overstated certainty/strong evidence of benefit displayed to GD youth, their families, and policy makers, and the more realistic face of uncertainty/lack of evidence turned toward peer reviewers and the research community. Of note, several publications in the peer review literature that have made overstated claims about GAT have recently required correction (Bränström & Pachankis, 2020; Pang et al., 2021; Zwickl et al., 2021).”* Dit is ook iets wat we in België zien; er wordt door minister Vandenbroucke en het Gentse genderteam naar studies verwezen, maar in deze studies geeft men zelf aan dat ze verschillende gebreken vertonen.

Wat moeten we dan wel doen indien we terughoudender worden betreffende het gebruik van medicatie bij minderjarigen?

Medici en drukingsgroepen die voorstander zijn van de genderbevestigende aanpak binnen de zorg proberen elke niet-affirmerende aanpak te framen als schadelijk, ineffectief, onethisch en soms vergelijken ze psychotherapeutische aanpak met conversiepraktijken.⁶⁶ Dat is ook het narratief in België van het *Transgender Infopunt* (TIP) die het volgende stelde als antwoord op de *Pano*-reportage: “Het is belangrijk om te beseffen dat wanneer we de puberteit bij adolescenten die genderincongruentie of -dysforie ervaren laten gebeuren, dit geen neutrale

⁶⁴ Clayton, *op. cit.*

⁶⁵ Clayton, *op. cit.*

⁶⁶ Clayton, *op. cit.*

⁶⁴ Clayton, *op. cit.*

⁶⁵ Clayton, *op. cit.*

⁶⁶ Clayton, *op. cit.*

genre n'est pas sans conséquence et que l'adolescent transgenre devra parfois en supporter les effets délétères pour le restant de sa vie."⁶⁷ (traduction)

6. Suicide

Il est souvent allégué que le traitement peut sauver une vie et éviter un suicide. Or, aucune étude n'a jamais démontré que les transitions entraînaient une réduction du nombre de tentatives de suicide graves.

Selon une étude⁶⁸ récemment menée par l'une des plus grandes cliniques de genre pédiatriques au monde, sur une période de dix ans, le taux de suicide chez les jeunes en situation de transidentité serait de 0,03 %, ce taux étant similaire au pourcentage de jeunes qui nécessitent des soins psychiques. Une étude suédoise⁶⁹ indique même que les personnes qui ont subi une transition seraient dix-neuf fois plus susceptibles de se suicider que les témoins choisis dans la population générale. Il s'en déduit que la transition ne prévient pas le suicide. Une autre publication remarquable de l'*American Journal of Psychiatry*⁷⁰ donne suite à un rectificatif exceptionnel concernant une publication de l'Institut suédois *Karolinska (Brånström & Pachankis, 2019)*, qui prétendait être le premier à avoir démontré les effets bénéfiques à long terme des traitements biomédicaux pour adultes sur la santé mentale. Après ce rectificatif⁷¹, il a été conclu que ni les hormones ni la chirurgie n'apportaient le moindre bénéfice à long terme aux personnes présentant des troubles de santé mentale et un risque de suicide. À ce jour, il s'agit de la plus grande étude objective de ce type jamais réalisée à partir de données de santé de patients intégralement enregistrées.

handeling is en zelfs levenslang schadelijke effecten voor een transgender jongere kan meebrengen".⁶⁷

6. Zelfmoord

Vaak wordt aangehaald dat een behandeling levensreddend is, en verwijst men naar zelfdoding. Maar tot op heden heeft geen enkele studie aangetoond dat een transitie het aantal ernstige zelfmoordpogingen vermindert.

In recent onderzoek⁶⁸ van één van 's werelds grootste pediatrische genderklinieken werd het zelfmoordpercentage bij trans-geïdentificeerde jongeren op 0,03 % geschat over een periode van 10 jaar, wat vergelijkbaar is met jongeren die zich aanmelden voor zorg met psychische problemen. Er is zelfs een Zweedse studie⁶⁹ waarin werd gekeken naar de algemene populatie, waaruit bleek dat degenen die een transitie hadden ondergaan 19 keer meer zelfmoord pleegden dan controles overeenkomstig met de algemene bevolking. Dit vertelt ons dat een transitie zelfmoord niet voorkomt. Een andere opmerkelijke publicatie is die van het *American Journal of Psychiatry*⁷⁰ naar aanleiding van een buitengewone correctie op een publicatie van het Zweedse Karolinska-instituut (Brånström & Pachankis 2019), die beweerde de eerste te zijn die bewijs leverde van de voordelen van biomedische behandeling voor volwassenen op de geestelijke gezondheid op lange termijn. Na correctie⁷¹ werd geconcludeerd dat noch hormonen, noch chirurgie enig voordeel opleveren in termen van geestelijke gezondheid en suicidaliteit op lange termijn. Dit is tot op heden de grootste objectieve studie in zijn soort met volledig geregistreerde gezondheidsgegevens van patiënten.

Dominiek Sneppe (VB)
Steven Creyelman (VB)

⁶⁷ <https://www.transgenderinfo.be/nl/nieuws/transgender-en-genderzoekende-jongeren-en-hun-ouders-verdienen-de-beste-zorg>

⁶⁸ *Suicide by Clinic-Referred Transgender Adolescents in the United Kingdom*, Biggs, 2022

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-022-02.287-7>
⁶⁹ *Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden*, Dhejne et al, 2011 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0.016.885>

⁷⁰ *Correction to Brånström and Pachankis* <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2020.1778correction>

⁷¹ https://segm.org/ajp_correction_2020

⁶⁷ <https://www.transgenderinfo.be/nl/nieuws/transgender-en-genderzoekende-jongeren-en-hun-ouders-verdienen-de-beste-zorg>

⁶⁸ *Suicide by Clinic-Referred Transgender Adolescents in the United Kingdom*, Biggs, 2022

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-022-02.287-7>
⁶⁹ *Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden*, Dhejne et al, 2011 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0.016.885>

⁷⁰ *Correction to Brånström and Pachankis* <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2020.1778correction>

⁷¹ https://segm.org/ajp_correction_2020

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant que chaque enfant qui doute de son genre a le droit de bénéficier des meilleurs soins selon les règles de la médecine fondée sur les données probantes et dans le respect des normes les plus élevées;

B. vu la problématique décrite à la clinique de genre Tavistock, où des problèmes de santé mentale ont été éclipsés en faveur d'une intervention médicale d'affirmation de genre reposant sur de puissants traitements hormonaux;

C. considérant qu'il ressort de revues systématiques sur le fondement scientifique de la transition de genre effectuées en Finlande, en Suède, au Royaume-Uni et dans l'État américain de Floride que les données probantes sont très mauvaises, incertaines ou inexistantes dans ce domaine et que cela indique que les interventions médicales visées constituent des expériences réalisées sur des enfants sans garanties éthiques et sans que des données soient collectées avec soin en vue de leur étude formelle;

D. considérant que les traitements d'affirmation de genre sur des mineurs sont actuellement remis en question et réévalués dans de nombreux pays;

E. considérant que, compte tenu des conséquences souvent irréversibles des traitements visés, il convient d'appliquer le principe de précaution;

F. vu l'influence potentielle de l'environnement (parents, médias sociaux, médias) et d'une communication unilatéralement positive;

G. considérant que dans de nombreux pays, lorsqu'il s'agit de mineurs, le recours à des traitements d'affirmation de genre reposant sur des bloqueurs de puberté, des hormones de réassignation sexuelle et des opérations est actuellement limité dans le cadre spécifique des études scientifiques et que l'accent est davantage mis sur les soins psychologiques;

H. considérant qu'un certain nombre de médecins et d'institutions de soins de plusieurs pays estiment que les traitements sur les enfants sont expérimentaux et qu'ils émettent dès lors d'importantes réserves à leur égard;

I. considérant qu'en Belgique, des médecins tirent également la sonnette d'alarme et évoquent, dans des lettres ouvertes, un sérieux problème de santé publique;

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. gelet op het feit dat elk kind dat zijn gender in vraag stelt recht heeft op de beste zorg, die gebaseerd is op *evidence based medicine* en voldoet aan de hoogste standaarden;

B. gelet op de beschreven problematiek bij de Tavistock Genderkliniek waarbij mentale gezondheidsproblemen overschaduwd werden ten voordele van een genderbevestigende behandeling met sterke hormoonbehandelingen;

C. gelet op het feit dat uit systematische *reviews* over de wetenschappelijk basis voor gendertransitie in Finland, Zweden, het Verenigd Koninkrijk en de Amerikaanse staat Florida blijkt dat het bewijs zeer slecht, onzeker of ontbrekend is, wat erop wijst dat de medische interventies een experiment zijn op kinderen, zonder ethische waarborgen of zorgvuldige gegevensverzameling van formeel onderzoek;

D. gelet op het feit dat op dit moment genderbevestigende zorg voor minderjarigen in veel landen ter discussie gesteld wordt en opnieuw geëvalueerd wordt;

E. overwegende dat – rekening houdend met de dikwijls onomkeerbare gevolgen – het voorzichtigheidsprincipe dient gehanteerd te worden;

F. gelet op de potentiële impact van de omgeving (ouders, sociale media, media) en van eenzijdig positieve berichtgeving;

G. gelet op het feit dat op dit moment genderbevestigende zorg met puberteitsremmers, cross-sekse hormonen, en operaties, voor minderjarigen in veel landen beperkt wordt binnen het specifieke kader van wetenschappelijke studies en men meer nadruk legt op de psychologische zorg;

H. gelet op het feit dat verscheidene artsen en gezondheidsinstellingen van verscheidene landen de behandeling bij kinderen als experimenteel beschouwen en hierdoor zeer terughoudend zijn geworden;

I. gelet op het feit dat ook in België artsen aan de alarmbel trekken en spreken over een ernstig probleem voor de volksgezondheid via open brieven;

J. vu l'évolution frappante de la prévalence de la dysphorie de genre dans de nombreux pays européens, après la création de cliniques de genre pédiatriques, celle-ci ayant fortement augmenté ces dix dernières années sans que l'on puisse expliquer ce phénomène;

K. considérant qu'il est surtout question, en l'occurrence, de jeunes enfants ou de jeunes gens qui souffrent d'une dépression ou d'une autre maladie mentale ou psychique grave qui les empêche de simplement donner un consentement éclairé;

L. vu le manque de consensus observé à tous les niveaux et, dans de nombreux cas, l'absence de débat ouvert sur la mesure dans laquelle l'incongruence de genre durant l'enfance et l'adolescence peut être un phénomène inhérent et immuable, la transition constituant alors la meilleure solution pour l'individu, ou sur l'hypothèse qu'une réponse plus flexible et temporaire est préférable face à un ensemble de facteurs de développement, de facteurs sociaux et de facteurs psychologiques;

M. considérant que la littérature médicale rapporte un nombre croissant de témoignages de personnes qui mettent fin à leur traitement hormonal, regrettent leur transition et optent en faveur d'une détransition;

N. vu l'absence de données disponibles et d'études en cours pour la Belgique concernant le nombre de patients qui mettent fin à leur traitement hormonal, regrettent leur transition et optent en faveur d'une détransition, ce qui incite à faire preuve de prudence;

O. considérant que l'on ignore dans quelle mesure les avantages psychologiques présumés à court terme, tels que rapportés dans certaines études, du traitement d'affirmation de genre sont dus à un effet placebo ou aux interventions hormonales ou chirurgicales elles-mêmes;

P. vu la nécessité d'une plus grande conscientisation et d'un débat approfondi sur la manière dont la recherche et la pratique clinique doivent aborder cette problématique;

Q. vu les conséquences des traitements médicaux et opératoires d'affirmation de genre prodigués à des personnes vulnérables, à savoir une médicalisation à vie et un risque d'effets graves et irréversibles, comme la stérilité et une vie sexuelle perturbée;

R. considérant que l'on ne connaît pas suffisamment l'impact de ces traitements sur la santé physique et mentale à long terme et que la sécurité n'est pas garantie;

J. gelet op het feit dat de opmerkelijke evolutie in prevalentie van genderdystrofie in veel Europese landen, na de introductie van pediatrische genderklinieken, de afgelopen tien jaar enorm is toegenomen en hiervoor geen verklaringen worden gegeven;

K. gelet op het feit dat het veelal gaat om jonge kinderen of jongeren die kampen met een depressie of andere zware mentale of psychische aandoening, waardoor ze niet in staat zijn om zomaar een geïnformeerde toestemming te geven;

L. gelet op het feit dat op alle niveaus een gebrek heerst aan overeenkomst, en in veel gevallen ook een gebrek aan een open discussie, over de mate waarin genderincongruentie in de kindertijd en adolescentie een inherent en onveranderlijk fenomeen kan zijn, waarvoor dus transitie de beste optie is voor het individu, of dat een meer wendbaar en tijdelijk antwoord het beste is op een reeks aan ontwikkelings-, sociale en psychologische factoren;

M. gelet op het feit dat de medische literatuur beschrijft dat er een toenemend aantal getuigenissen is van mensen die stoppen met hun hormoonbehandeling, spijt hebben van hun transitie en kiezen voor een detransitie;

N. gelet op het feit dat er geen gegevens beschikbaar zijn en geen studies lopen voor België wat betreft het aantal patiënten dat stopt met hormoonbehandeling, spijt heeft van hun transitie en kiest voor een detransitie en hierdoor dus voorzichtigheid geboden is;

O. gelet op het feit dat men niet weet in welke mate de vermeende psychologische voordelen op korte termijn, zoals in sommige studies gerapporteerd, een gevolg zijn van de genderbevestigende zorg waarbij het effect te wijten is aan een placebo-effect, of aan de hormonale of chirurgische ingrepen zelf;

P. gelet op het feit dat meer bewustwording noodzakelijk is alsook een grondig debat over hoe het onderzoek en de klinische praktijk moeten omgaan met deze problematiek;

Q. gelet op de gevolgen van medische en operatieve genderbevestigende zorg, die aan kwetsbare mensen wordt gegeven, met als gevolgen een levenslange medicalisering, een risico op ernstige en onomkeerbare effecten, zoals steriliteit en een verstoorde seksuele beleving;

R. gelet op de impact op de fysieke en mentale gezondheid op lange termijn die onvoldoende gekend is en de veiligheid die niet gegarandeerd is;

S. considérant que l'utilisation de bloqueurs de puberté et d'hormones de réassignation sexuelle chez les enfants et les jeunes n'est pas une thérapie innocente et qu'il importe dès lors que les bénéfices – à court et long terme – sur la santé mentale et physique de l'enfant ou du jeune soient prouvés dans des études sérieuses et que ces avantages l'emportent sur les inconvénients pour le patient;

T. considérant que les données probantes sur lesquelles repose le traitement irréversible à base de bloqueurs de puberté ou d'hormones sur des mineurs ne sont pas infaillibles et qu'il n'existe dès lors aucune certitude que cette intervention médicale est la meilleure manière de résoudre les problèmes liés au genre;

U. considérant que le gouvernement élabore un cadre légal en vue de protéger l'intégrité physique des mineurs intersexes, car ces enfants subissent souvent des opérations ou des traitements hormonaux inutiles, ce qui a déjà amené plusieurs pays à interdire ces pratiques;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de charger un organisme indépendant de collecter des données concernant le nombre d'enfants qui entament une transition médicale et leur âge, le nombre de personnes en transition qui se sont suicidées ou ont fait une tentative de suicide, le nombre de personnes qui ont eu des regrets après la transition et le nombre de personnes qui interrompent prématurément leur transition;

2. de faire réaliser une étude clinique approfondie en vue de connaître les effets des bloqueurs de puberté sur le développement du cerveau;

3. de faire réaliser une étude sur la possibilité d'un effet de "verrouillage" des bloqueurs de puberté chez les personnes concernées, dont la dysphorie de genre aurait, sinon, pu être passagère;

4. de charger un organisme ou un centre indépendant de réaliser une étude objective en vue de cartographier et d'évaluer les traitements de transition de genre sur des mineurs;

5. de lancer un débat ouvert sur la base d'études internationales concernant le traitement de mineurs présentant une dysphorie de genre;

S. gelet op het feit dat het gebruik van puberteitsremmers en cross-sekse hormonen bij kinderen en jongeren geen onschuldige therapie is, en het daarom juist belangrijk is dat de baten – op korte en lange termijn – op de mentale en fysieke gezondheid van het kind of de jongere worden aangetoond in degelijke studies en dat deze baten hoger moeten zijn dan de nadelen die de patiënt ondervindt;

T. gelet op het feit dat de evidentie waarop de onomkeerbare behandeling met puberteitsremmers en hormonen gestoeld is bij minderjarigen niet waterdicht is, en er dus grote onzekerheid is of deze medische interventie de beste manier is om gender gerelateerde problemen op te lossen;

U. gelet op het feit dat de regering een wettelijk kader ontwikkelt om de lichamelijke integriteit van intersekse-minderjarigen te beschermen omdat intersekse kinderen geregeld onnodige operaties of hormoonbehandelingen ondergaan. Verschillende landen hebben deze praktijken al verboden,

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. een onafhankelijke instelling opdracht te geven data te verzamelen ivm het aantal en de leeftijd van kinderen die een medische transitie starten, het aantal mensen in transitie die zelfmoord plegen of een poging ondernomen hebben, het aantal mensen die spijt heeft na de transitie, het aantal mensen die vroegtijdig stoppen met hun transitie;

2. uitgebreid klinisch onderzoek te laten verrichten naar de effecten van puberteitsremmers op de hersenontwikkeling;

3. een onderzoek uit te laten voeren naar de mogelijkheid van een zogenaamd "lock-in" effect ten gevolge van puberteitsremmers, van wat anders een voorbijgaande genderdysforie zou zijn geweest;

4. een onafhankelijke instelling of centrum de opdracht te geven een objectieve studie uit te voeren om de transgenderzorg voor minderjarigen in kaart te brengen en te evalueren;

5. aan de hand van internationale studies over de behandeling van minderjarigen met genderdysforie het open debat aan te zwengelen;

6. d'évaluer dans quelle mesure l'environnement et les parents jouent un rôle dans la décision de subir une transition médicale.

4 mars 2024

6. te evalueren in hoeverre de omgeving en de ouders een rol spelen in het aangaan van een medische transitie.

4 maart 2024

Dominiek Sneppe (VB)
Steven Creyelman (VB)