

Cher Premier Ministre, Cher Ministre de la Santé,

nous considérons qu'il est de notre devoir et de notre droit d'engager le processus de négociation concernant la proposition de directive d'experts du ministère de la Santé de la République slovaque sur l'unification des procédures de fourniture de soins de santé pour le changement de sexe avant la délivrance d'un avis médical sur le changement de sexe d'une personne inscrite administrativement au registre (ci-après dénommée la "Recommandation de l'expert") et la Procédure standard de diagnostic et de prise en charge globale des soins de santé pour un adulte transsexuel (F64.0) (ci-après dénommée "Procédure standard"). Nous craignons que ces documents soient négociés à huis clos, et ne soient pas des procédures qui concerneraient un cercle restreint de spécialistes, mais la prise en charge de ces soins impliquera de nombreuses professions de santé (psychiatrie, médecine interne, chirurgie, oncologie, médecine générale et autre) et des experts d'autres domaines (psychologues, psychothérapeutes, logothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.). Dans le même temps, une expansion significative des possibilités de changement de sexe administratif (basé sur une intervention chirurgicale, ou l'utilisation d'hormones du sexe opposé, ou même sans de telles interventions) aura des impacts juridiques et sociétaux dépassant largement le domaine de la médecine. Nous vous exhortons à ne pas approuver la proposition de directives d'experts et de pratiques standard, mais à ouvrir d'abord ce sujet à une discussion sociétale et professionnelle.

1. Raisons professionnelles

Le contenu et l'intention des documents mentionnés ne tiennent pas compte des conclusions des dernières études qui ont été menées dans les pays où la transition a été approuvée et où elle n'a pas apporté les résultats escomptés.

Les lignes suivantes contiennent des faits étayés par des études spécifiques (les liens vers ces études se trouvent à la fin de la lettre).

Le transsexualisme est un diagnostic de F64.0, dans la Classification internationale des maladies (CIM 10), il est inclus dans les troubles de la personnalité et du comportement des adultes. Il se définit comme un désir de vivre et d'être accepté comme membre du sexe opposé, généralement accompagné d'un sentiment d'inconfort avec son propre sexe anatomique ou de son inadéquation et d'un désir de traitement chirurgical ou hormonal qui harmonise le corps du patient avec le sexe préféré. Cependant, le DSM-5 utilise le terme dysphorie de genre au lieu de transsexualisme et la classification du

diagnostic change également dans la CIM 11. Le nom et la classification changeants du trouble sont influencés par des pressions politiques : au début, certains groupes ont tenté de supprimer complètement le trouble de la classification internationale des maladies, affirmant qu'il n'est pas un trouble mais seulement une variante de la normalité ; d'autres groupes insistent pour maintenir le diagnostic dans la liste, car sans diagnostic, il est impossible de fournir et de rembourser les patients pour le traitement par les compagnies d'assurance.

Étiologie : La cause de la maladie est inconnue et, jusqu'à présent, les études scientifiques n'ont pas prouvé son origine génétique ou autre origine biologique. L'augmentation épidémique du transsexualisme, en particulier chez les enfants et les jeunes, confirme qu'il ne s'agit pas d'une question génétique.

La pathogenèse, c'est-à-dire comment le trouble se développe et ce qui l'affecte, est également inconnue (Laurence, 2018). Des études qui ont examiné les troubles de l'identité de genre chez les enfants ont montré que ces sentiments peuvent changer tout au long de la vie, et la plupart des enfants atteints de troubles de l'identité de genre dans l'enfance s'identifieront progressivement à leur sexe biologique naturel à mesure qu'ils grandissent (Drummond, 2008 ; Wallien, 2008) . Il faut également prendre en compte l'augmentation du nombre de personnes qui, après la transition, demandent la détransition, c'est-à-dire le retour à leur sexe biologique, ce qui confirme une fois de plus la variabilité de ces sentiments.

Diagnostic : Le diagnostic de transsexualisme ne repose sur aucun test médical objectif, qu'il s'agisse d'un examen génétique, hormonal ou cérébral, qui identifierait de manière fiable une personne transsexuelle .. Le diagnostic est basé sur les sentiments du patient et sa perception de lui-même. Dans l'anamnèse, elle repose en grande partie sur le fait que durant l'enfance la personne avait une forte préférence pour les vêtements, les jouets, les jeux ou les activités stéréotypées utilisées par l'autre sexe. Nous considérons cela comme un problème, car cela ne fait que renforcer les stéréotypes sur les hommes et les femmes, ou les garçons et les filles. Un garçon n'est pas une fille simplement parce qu'il se comporte d'une manière qui est la plupart du temps caractéristique des filles, et vice versa. De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, ces préférences peuvent changer au cours du développement, et il est particulièrement important de permettre à l'enfant de vivre une puberté saine et naturelle.

Diagnostic différentiel : Les troubles psychiatriques surviennent souvent en association. Comme de nombreux diagnostics psychiatriques sont encore perçus comme stigmatisants dans la société, il n'est pas rare qu'une personne préfère un diagnostic accepté par la société de manière plus positive et avec plus d'empathie.

La dépression, l'anxiété, les tentatives de suicide et d'autres formes d'automutilation sont des problèmes psychologiques courants dont souffrent les personnes atteintes d'un trouble de l'identité de genre. Plusieurs études montrent que ces problèmes psychologiques précèdent la dysphorie de genre. Des études sur un échantillon d'adolescents ont montré que l'apparition de la dysphorie de genre était souvent précédée d'une psychopathologie sévère, ainsi que de troubles du spectre autistique et de TDAH (Kaltiala, 2015 ; Becerra-Culqui, 2019). Il montre également que les traumatismes infantiles non résolus et la perturbation des liens de la petite enfance sont souvent présents (Giovanardi, 2018).

Certaines personnes embrassent l'idée qu'elles sont à l'opposé de leur sexe biologique dans l'espoir que ce changement dans leur vie et l'adoption d'une nouvelle identité résoudra les problèmes psychologiques et la douleur émotionnelle qu'elles éprouvent. Ce n'est qu'avec le temps qu'ils découvriront qu'il n'en est rien.

Thérapie: Le transsexualisme n'a pas de base biologique, mais est une condition psychologique. Semblable à d'autres diagnostics, dont la base est un écart entre la perception d'une personne et la réalité, il n'est pas justifié de recourir à des interventions médicales invasives, à la suite desquelles un corps sain sera endommagé. Dans le passé, la méthode de l'attente vigilante, de la psychothérapie, du conseil psychologique et du conseil familial était utilisée comme norme en thérapie. Ils ont recherché les causes possibles de problèmes psychologiques de base, ainsi que des traumatismes dans le processus de création d'un lien relationnel, qui ont ensuite été travaillés. Tout cela dans le but de trouver l'harmonie de l'esprit avec la réalité physique. Récemment, plusieurs sociétés professionnelles ont demandé cette forme d'assistance (par exemple, l'American College of Pediatricians et la Czech Society for Psychoanalytic Psychotherapy).

D'autre part, la transformation médicale est recommandée aujourd'hui sans une base scientifique appropriée, qui ne guérit pas le trouble psychologique, ni ne recherche et n'élimine les causes possibles des problèmes psychologiques. Il consiste principalement en l'administration permanente d'hormones de changement de sexe et plus tard également en interventions chirurgicales. Chacune de ces procédures

comporte ses propres risques médicaux pouvant entraîner des dommages irréversibles pour la santé et l'infertilité.

L'administration d'hormones féminines artificielles aux hommes entraîne une augmentation de la coagulation sanguine avec des conséquences possibles telles qu'embolie pulmonaire, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral. Le risque de cancer augmente également pour les utilisateurs. La prise de testostérone chez les femmes biologiques augmente considérablement le risque de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de cancer du sein et de l'utérus, d'hypertension, d'acné sévère, etc. (Alzahrani, Talal, 2019 ; Irwig, 2018 ; Nota, 2019, Getahun, 2018).

Les chirurgies de changement de sexe mutilent un corps humain en bonne santé et rendent infertile une personne en bonne santé physique. Les adolescents et les jeunes adultes ne pensent pas beaucoup à la parentalité ; ils ne peuvent se rendre compte de la gravité et de l'irréversibilité de la castration qu'après de nombreuses années.

Pronostic : La transition est souvent préconisée en affirmant qu'elle réduit les problèmes psychologiques rencontrés par les personnes atteintes d'un trouble de l'identité de genre. Cependant, cette affirmation ne tient pas la route et a été remise en question par plusieurs études.

Une étude suédoise a montré que les personnes après une chirurgie de changement de sexe ont un risque accru de suicide, jusqu'à 19 fois plus élevé que la population générale (Dhejne, 2011).

Une nouvelle étude portant sur un échantillon représentatif de l'ensemble des 2 679 Suédois diagnostiqués avec un trouble de l'identité de genre entre 2005 et 2015 a conclu que la transition hormonale n'améliore pas la mauvaise santé mentale globale de ces personnes, comme la dépression, l'anxiété et les tentatives de suicide (Bränström, 2019). Un an plus tard, les auteurs de l'étude ont publié d'autres analyses, dont il ressort que même les opérations chirurgicales n'ont pas d'effet positif sur la santé psychologique des personnes concernées (Bränström, 2020).

De plus, un nombre croissant de personnes ont subi une transition de genre et après un certain temps ont décidé de revenir à leur sexe biologique (Entwistle, 2020 ; Littman, 2021). Cependant, la détransition ne peut pas corriger complètement les changements

survenus pendant la transition (D'Angelo, 2020). Par conséquent, certains patients poursuivent les fournisseurs de soins de santé et les médecins qui ont participé à leur traitement.

2. Raisons éthiques

Sur la base des faits décrits ci-dessus, il est clair que le processus de transition n'est pas éthique car il nuit à la santé psychologique et physique des patients. La transition en tant que performance n'est pas intrinsèquement médicale, puisque le but de la médecine est de protéger l'intégrité du corps humain, de guérir et de rétablir la santé. La transition endommage et dévaste ce qui n'est pas malade, mais complètement sain - l'organisme humain biologiquement intact et sain. Le changement de sexe chirurgical et le traitement hormonal sont des interventions grossières sur la santé d'une personne - ce ne sont pas des procédures curatives.

Par conséquent, personne n'a le droit de faire pression sur les médecins pour qu'ils consentent et confirment de telles procédures, et en cas de désaccord, de les menacer de sanctions pour cela.

Personne n'a le droit d'ordonner aux médecins d'accepter comme éthique quelque chose qui contredit l'éthos moral de la médecine, qui contredit le serment d'Hippocrate, le Code de déontologie des professionnels de la santé, et qui est complètement contraire à la science et à la médecine factuelle.

De plus, personne n'a le droit d'empêcher le patient de recevoir un traitement et une aide réels, dont le but est de supprimer les idées fausses et de trouver l'harmonie de l'esprit avec la réalité biologique.

Le gouvernement, et surtout le ministère de la Santé, doit soutenir la santé des citoyens. Ils n'ont pas reçu pour mandat de faire respecter les normes et les pratiques qui portent atteinte à l'intégrité psychologique et physique des personnes.

3. Idéologisation

Encore une fois, la violence perpétrée contre la science médicale est une idéologie. Les idéologies changent en fonction de la demande sociale, mais la médecine doit être

guidée par les connaissances scientifiques. Les modifications des procédures diagnostiques et thérapeutiques doivent être fondées sur de nouvelles connaissances scientifiques, confirmées par des preuves suffisantes. Sinon, il ne s'agit que d'une approche expérimentale, dont le patient doit être informé. Surtout si sa conséquence est la réintervention d'une personne biologiquement entière et saine, la mutilation de ses organes génitaux et de ses caractéristiques sexuelles secondaires, et des dommages à l'organisme par l'administration d'hormones.

Génétiquement, il n'y a que deux sexes, déterminés par les chromosomes qui déclenchent le développement du corps masculin ou féminin et affectent toutes les cellules du corps humain. Tout écart n'est qu'un dysfonctionnement de ce système binaire.

Le sexe biologique, qui fait autorité pour la médecine, est génétiquement déterminé dès la conception et ne peut être modifié. Le sexe biologique est supérieur à la construction sociale du genre, qui proclame que l'on peut choisir son sexe - c'est une construction sociale artificielle qui ne changera jamais le sexe biologique. Ainsi, changer de sexe biologique sur la base d'un trouble de l'identité de genre revient à subordonner ce qui est normal et sain à un trouble psychologique.

L'idéologie d'aujourd'hui veut forcer les médecins et fondamentalement toute la société à prétendre qu'un homme peut devenir une femme et une femme un homme. Nous refusons de participer à ce mensonge.

Une vraie aide professionnelle

Nous reconnaissons qu'il y a des gens parmi nous qui souffrent de troubles psychologiques, y compris le trouble de l'identité de genre. Nous avons de la sympathie médicale pour eux et voulons les aider. Les faits et études ci-dessus prouvent que la transition médicale et sociale n'est pas une aide adéquate, mais seulement un pansement à court terme qui ne résout pas la cause, et qu'en fin de compte, beaucoup de ces personnes sont encore plus mal loties qu'avant la transition. Le refus de consentir à une transition sociale et médicale est parfois dépeint comme un rejet d'une telle personne lésée. Cependant, le contraire est vrai. Nous ne pouvons pas faire quelque chose avec lequel nous ne sommes pas d'accord professionnellement. Une guerre de toute une vie contre son propre corps ne peut être gagnée et n'est donc pas une solution. En tant que médecins, psychologues et toute la société, nous devons chercher de meilleures façons d'aider ces personnes. Si nous voulons les aider

efficacement, il est nécessaire d'enquêter sur les causes réelles de cette affection et de développer une aide professionnelle bénéfique, essentiellement basée sur la psychothérapie. L'accompagnement thérapeutique des personnes présentant un trouble de l'identité de genre doit viser à renforcer leurs aspects fonctionnels et non ce qui est dysfonctionnel.

Connaître les faits médicaux et psychologiques vérifiés nous aidera à prendre soin de ces personnes avec plus de sincérité et de compassion.

Sur la base des faits mentionnés ci-dessus, nous rejetons la proposition de procédures standard et de lignes directrices professionnelles et recommandons d'entamer une large discussion professionnelle, sans pression politique. Nous demandons également l'implication active d'experts en éthique, en droit et dans d'autres domaines dans ce processus, car ces questions ont un impact sur l'ensemble de la société.

MKCH 10 (10e révision)

DSM-5. 2015.

Laurence Mayer, Paul McHugh, The New Atlantis Special Report on Sexuality and Gender, automne 2016. <https://www.thenewatlantis.com/publications/executive-summary-sexuality-and-gender>

Drummond, KD, Bradley, SJ, Peterson-Badali, M., Zucker, KJ 2008. Une étude de suivi des filles avec un trouble de l'identité de genre. Dev Psychol. 2008 janvier;44(1):34-45. doi : 10.1037/0012-1649.44.1.34. disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18194003>

Wallien, MS, Cohen-Kettenis, PT Résultat psychosexuel des enfants dysphoriques de genre. J Am Acad pédopsychiatrie pour adolescents. 2008 Dec;47(12):1413-23. doi : 10.1097/CHI.0b013e31818956b9. disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18981931>

Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Långström N, Landén M (2011) Suivi à long terme des personnes transsexuelles subissant une chirurgie de changement de sexe : étude de cohorte en Suède. PLoS ONE 6(2): e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>

Entwistle, K. (2020). Débat : Retour à la réalité – Les témoignages de Detransitionner nous obligent à repenser la dysphorie de genre. Santé mentale des enfants et des adolescents, camh.12380. <https://doi.org/10.1111/camh.12380>

Littman, L. (2021). Personnes traitées pour dysphorie de genre avec transition médicale et/ou chirurgicale qui ont ensuite détransitionné : une enquête auprès de 100 détransitionnaires. Archives du comportement sexuel. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>

En ligne D'Angelo, R. (2020). L'homme que j'essaie d'être n'est pas moi. Le Journal international de psychanalyse, 101(5), 951–970. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1810049>

Bränström, R., 2019 : Réduction de l'utilisation des traitements de santé mentale après des chirurgies d'affirmation de genre : une étude sur la population totale. Am J Psychiatry, octobre 2019. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010080>

Bränström, R., 2020 : Correction de Bränström et Pachankis. Am J Psychiatry, août 2020. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.1778correction>

Kaltiala, R., Deux ans de service d'identité de genre pour les mineurs : surreprésentation des filles nées ayant de graves problèmes de développement chez les adolescentes. Enfant et adolesc. Psych. et santé mentale, avril 2015. <https://doi.org/10.1186%2Fs13034-015-0042-y>

Becerra-Culqui, T. et al., Santé mentale des jeunes transgenres et de genre non conforme par rapport à leurs pairs, Pédiatrie, 1er mai 2018. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>

Giovanardi, G., Modèles d'attachement et traumatisme complexe dans un échantillon d'adultes diagnostiqués avec une dysphorie de genre. Frontières en psychologie, fév. 2018. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060>

American College of Pediatricians, 2018. Énoncé de position : Dysphorie de genre chez les enfants. Collège américain des pédiatres. [ACPeds.org](https://acpeds.org/position-statements/gender-dysphoria-in-children); <https://acpeds.org/position-statements/gender-dysphoria-in-children>

Déclaration de la Société tchèque de psychothérapie psychanalytique sur le traitement de la dysphorie de genre dans l'enfance et l'adolescence, 2019. <https://cspap.cz/prohlaseni-ceske-spolecnosti-pro-psychoanalytickou-psychoterapii-k-lecbe-genderove-dysforie-v-detstvi-a-adol/>

American College of Pediatricians, 2021. Approches psychothérapeutiques et comportementales pour traiter la dysphorie de genre (y compris le trouble de l'identité de genre et le transsexualisme) chez les adultes et les adolescents. <https://acpeds.org/assets/Psych-studies-gender-identity-final-17-juin-2021.pdf>

Alzahrani, Talal et al. "Facteurs de risque de maladie cardiovasculaire et infarctus du myocarde dans la population transgenre." Circulation : Qualité et résultats

cardiovasculaires, vol. 12, non. 4,
2019. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597>

Irwig MS. Santé cardiovasculaire chez les personnes transgenres. Rev Endocr Metab Disord. 3 août 2018 epub. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3>

Nota NM, et al. Occurrence d'événements cardiovasculaires aigus chez les personnes transgenres recevant une hormonothérapie. Diffusion, 139(11), 2019, p. 1461-1462. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.118.038584>

Getahun D, Nash R, Flanders WD, et al. Hormones sexuelles croisées et événements cardiovasculaires aigus chez les personnes transgenres : une étude de cohorte. Ann Intern Med 2018 ; 169(4): 205-213. <https://doi.org/10.7326/m17-2785>

Code de déontologie des travailleurs de la santé. Annexe n. 4 de la loi du NR RS no. 578/2004 Coll. sur les soins de santé, les services liés à la prestation des soins de santé et la modification de certaines lois.

Voir [appel original](#), avec liste de signataires