

## Pédiatrie

# Au Royaume-Uni, le service des dysphories de genre est débordé

**Face à la hausse exponentielle des demandes pour problème d'identité de genre, un rapport recommande une régionalisation du service national dédié à ces troubles au Royaume-Uni.**

**E**n 2010-2011, 138 jeunes patients britanniques ont été envoyés au Gender Identity Development Service (GIDS), le service qui traite les problématiques d'identité de genre (ou dysphorie de genre) chez les moins de 18 ans. En 2020-2021, ce chiffre est passé à plus de 2300.

Établi en 1989 et mis en service à l'échelle nationale en 2009, il est le seul service à traiter la dysphorie de genre chez les jeunes britanniques. Mais à cause de la hausse des demandes, en décembre 2021, les patients concernés devaient attendre près de deux ans pour obtenir un premier rendez-vous. Au Royaume-Uni, ce service est gratuit pour les Anglais et les Écossais. Les Nord-Irlandais et les Gallois doivent quant à eux disposer d'un financement avant d'être référés par le conseil de santé local.

Pour évaluer le service et essayer de comprendre l'épidémiologie de dysphorie de genre, une étude conduite par la Dr Hilary Cass, ancienne présidente du Royal College of Paediatrics and Child Health, a été lancée en septembre 2020. Selon un rapport publié en mars, beaucoup de personnel et de cliniciens du GIDS considèrent que le service est dépassé. « *Bien que l'équipe clinique essaie de gérer le risque de l'attente en s'engageant avec les services locaux, la capacité à répondre de manière appropriée aux besoins de ce groupe en matière de soins primaires et secondaires est limitée*, décrit la pédiatre. *Le rapport a déjà fait référence à cette question comme la priorité la plus urgente dans sa lettre au NHS England (le service national de santé britannique, NDLR), parallèlement aux risques potentiels liés aux problèmes de protection et/ou de santé mentale, et à l'occultation du diagnostic.* »

### Bloqueurs d'hormone

Des médecins ont aussi expliqué leurs inquiétudes face à la pression subie pour prescrire des bloqueurs d'hormones ou des hormones de féminisation ou de masculinisation sous

recommandation de prestataires privés, vers qui se tournent les patients.

Le rapport souligne ensuite des prises de décisions très personnelles, avec des cliniciens qui adoptent une approche ciblant la question du genre et d'autres qui insistent sur la nécessité d'être prudents et d'explorer des problématiques plus larges.



**Il faut un partage de la responsabilité pour une décision qui a un tel impact sur la vie d'un individu**

Les filles (de naissance) se révèlent être plus concernées par ces problèmes d'identification de genre, un état de fait que le rapport cherche à comprendre, de même que la hausse du nombre de cas, même si aucune conclusion n'a encore été tirée à ce stade.

Au terme de ce premier rapport, la Dr Cass souligne que le modèle d'un soignant unique n'est pas satisfaisant, compte tenu des préoccupations concernant le manque d'examen par les pairs et la capacité de répondre à la demande croissante.

Il est aussi souligné la différence de traitement pour les enfants qui souffrent de questionnement vis-à-vis du genre à cause de l'inadaptation des services locaux pour répondre à ces problèmes. Un soutien devrait pouvoir être fourni par n'importe quel clinicien rencontré par ces enfants.

Alors que tout repose sur le seul centre national, le rapport recommande également la création rapide de centres régionaux, afin de réduire les listes d'attente. Ces centres régionaux devront développer des réseaux pour collaborer avec un éventail de spécialistes à l'échelle locale et offrir un soutien dès les premiers questionnements de genre de la part des enfants. Des critères clairs sont aussi à définir pour l'orientation vers les différents services afin d'offrir un soin équitable aux jeunes patients.

### Collecter des données...

#### voire des enregistrements

Le rapport conseille encore l'organisation de formations pour les praticiens cliniques à tous les niveaux, parallèlement aux modules de formation qui existent déjà en ligne et qui ont été développés par les services du NHS.

Enfin, le rapport souligne l'importance de collecter des données de façon standardisée pour aider la compréhension de l'épidémiologie, de l'évaluation et du traitement de ce groupe d'enfants et de jeunes. L'enregistrement des échanges pour expliquer les actions et les décisions des cliniciens a aussi été suggéré.

À ce stade, la Dr Cass refuse de donner des recommandations définitives sur la question des bloqueurs d'hormones et des hormones de féminisation et de masculinisation, du fait du manque de données sur le sujet. En revanche, elle indique que « *tout enfant ou adolescent envisagé pour un traitement hormonal doit avoir un diagnostic et un plan d'actions*

*formels qui traitent de l'ensemble des facteurs affectant son bien-être physique, mental, développemental et psychosocial. Ce plan d'actions devrait ensuite indiquer quelles options de soutien et d'intervention pourraient être utiles pour cet enfant ou ce jeune.* »

Alors que les endocrinologues pédiatriques sont les seuls à être responsables dans le cas d'un choix de traitement, Hilary Cass recommande le partage de la responsabilité pour une décision qui a un tel impact sur la vie d'un individu. De futures recommandations devraient être publiées d'ici aux prochains mois.

**Chloé Goudenhooff**

**Un soutien devrait pouvoir être fourni par n'importe quel clinicien rencontré par ces enfants**