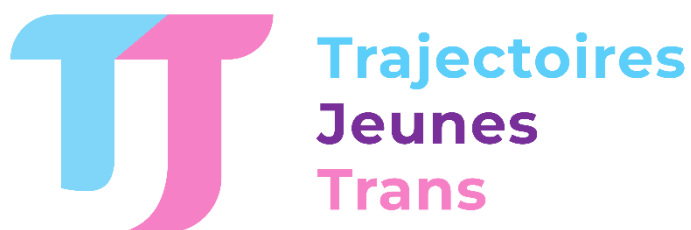


# ANALYSE CRITIQUE DE LA DÉCLARATION DE POSITION DE L'ASPS

Version française

Le 18 février 2026



[trajectoiresjeunestrans.fr](http://trajectoiresjeunestrans.fr)

L'*American Society of Plastic Surgeons* (ASPS), plus grande société de chirurgiens plastiques au monde, a publié ce 3 février 2026 une déclaration de position recommandant notamment de retarder les interventions de mammectomie d'affirmation de genre jusqu'à l'âge de 19 ans <sup>1</sup>.

Trajectoires Jeunes Trans, plateforme de coordination des soins pédiatriques d'affirmation de genre en région parisienne, réunissant professionnels de santé, chercheurs et représentants d'usagers du système de santé, propose ici une analyse critique.

## Contexte : une administration fédérale interventionniste

La santé des mineurs trans aux États-Unis est aujourd'hui au cœur d'un affrontement politique et institutionnel majeur, marqué par une restriction rapide de l'accès aux soins sous l'effet combiné de décisions fédérales, de lois étatiques et de pressions réglementaires sur les établissements de santé. Depuis le début de la seconde administration Trump, des mesures fédérales visent explicitement à empêcher ou décourager les traitements d'affirmation de genre chez les moins de 19 ans (*Executive Order 14187* de janvier 2025 édicté par Donald Trump <sup>2</sup>), notamment par la menace de retirer tout financement public fédéral aux hôpitaux qui les proposent, et par des enquêtes ou poursuites visant les prestataires <sup>3</sup>. Dans ce contexte, de nombreux établissements ont suspendu ou restreint ces soins, parfois de manière préventive, pour éviter des risques juridiques ou financiers ; au moins quarante hôpitaux ont ainsi limité ou cessé certains services depuis 2025, tandis que certains centres spécialisés ont fermé ou réduit leurs activités <sup>4</sup>. À l'heure où nous écrivons cette analyse, l'administration Trump a nommément visé quatre centres hospitaliers continuant d'offrir des services de soins pédiatriques d'affirmation de genre, en s'appuyant sur la prise de position de l'ASPS <sup>5</sup>. Au total, l'accès aux soins pour les jeunes trans dépend désormais fortement de facteurs politiques et juridiques locaux, et le système de santé lui-même est pris dans une logique d'incertitude et de « sur-conformité » face au risque de sanctions, ce qui contribue à une contraction rapide et inégale de l'offre de soins à l'échelle nationale <sup>6</sup>.

L'impact de ces directives sur la santé des enfants concernés est mal connu. En tant qu'experts cliniciens et représentants d'usagers, notre expérience du terrain nous a fait constater une hausse des comportements suicidaires, chez les jeunes trans que nous accompagnons, survenue au moment de l'adoption de décisions perçues comme anti-trans, qui dans leur perspective oblitèrent toute possibilité pour un avenir rassurant et sécurisé. Au Royaume-Uni, des analyses récentes ont fait état d'un pic marqué des suicides de jeunes suivis par les services spécialisés dans un contexte de restriction et de controverse politique croissante autour de leurs soins (multiplication par cinq des suicides d'enfants trans en 2021-2022 par rapport aux années précédentes), suggérant un effet délétère du climat institutionnel et médiatique sur la santé mentale de cette population déjà vulnérable <sup>7</sup>. Aux États-Unis, une étude publiée dans *Nature Human Behaviour* montre que l'adoption de lois anti-trans au niveau des États est associée à une augmentation significative (jusqu'à +72%) des tentatives de suicide déclarées dans l'année chez les jeunes transgenres et non binaires, avec un effet mesurable à l'échelle populationnelle, compatible avec un impact direct de l'environnement politique et réglementaire sur le risque suicidaire <sup>8</sup>. Pris ensemble, ces éléments empiriques et cliniques suggèrent que les décisions publiques restreignant ou stigmatisant l'accès aux soins d'affirmation de genre ne constituent pas seulement un débat organisationnel ou éthique

abstrait, mais s'inscrivent dans des déterminants structurels majeurs de la morbidité psychique et de la mortalité des jeunes concernés.

Alors qu'au Royaume-Uni, la restriction des soins pédiatriques d'affirmation de genre par le NHS a été programmée à la suite de la décision judiciaire *Bell v. Tavistock*, en décembre 2020, une accélération de la restriction des soins similaire s'observe désormais ces derniers jours aux États-Unis sur une autre affaire judiciaire : celle d'une jeune femme ayant détransitionné et regretté sa mammectomie d'affirmation de genre faite à 16 ans, et ayant obtenu réparation auprès de son psychologue et de son chirurgien<sup>9</sup>, en raison de l'infraction manifeste de ceux-ci au cadre exigé par les standards de soins de la WPATH (2022)<sup>10</sup>, et non en raison d'un jugement selon lequel la mammectomie d'affirmation de genre ne devrait pas être possible chez un mineur adolescent.

La publication de la déclaration de l'ASPS dans la foulée de ce jugement vient alimenter une dynamique contraire aux positions soutenues jusqu'alors par plusieurs organisations professionnelles américaines. Si des sociétés savantes comme l'*American Academy of Pediatrics* ou la WPATH ont réaffirmé leur attachement à la décision médicale partagée<sup>11,12</sup>, l'*American Medical Association* semble en revanche avoir été convaincue par les arguments de l'ASPS<sup>12</sup>, selon la déclaration sur le réseau social X d'un cadre de l'association, et en dépit d'une déclaration de position publiée seulement deux ans auparavant et soutenant les soins pédiatriques d'affirmation de genre<sup>13</sup>.

## Des revues systématiques européennes qui ne peuvent soutenir la position de l'ASPS

L'ASPS appuie sa déclaration de recommandation contre les mammectomies d'affirmation de genre avant 19 ans sur une incertitude relative à la base de preuves en support à ces interventions : « Cette analyse s'est appuyée sur de nouvelles revues systématiques publiées en Europe, ainsi que sur le rapport final de 2024 de l'Examen indépendant des services d'identité de genre pour les enfants et les jeunes (Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People), commandé par le NHS England et rédigé par la Dr Hilary Cass. »

Les références bibliographiques des revues systématiques européennes mises en avant sont les recommandations cliniques finlandaises de 2020<sup>14</sup> et suédoises de 2022<sup>15</sup>, ainsi que le rapport britannique d'Hilary Cass de 2024<sup>16</sup>.

### Les recommandations finlandaises de 2020

Commandées par le gouvernement de l'époque, au même titre que la revue systématique sur laquelle elles s'adossent, ces recommandations, dans leur note préparatoire non publiée dans une revue révisée par les pairs, intitulée « Mémoire préparatoire du Conseil des choix dans les soins de santé » ou PALKO (« Palveluvalikoimaneuvoston valmistelumuistio »)<sup>14</sup> fait une analyse de la littérature, notamment sur les chirurgies d'affirmation de genre. Il est important de noter, à propos de cette revue systématique :

- Qu'elle concerne les chirurgies mammaires pour les personnes transféminines et transmasculines adultes (âge moyen : 28 ans chez les hommes trans, cf. section 6.3 « Chirurgie mammaire et thoracique », page 34)

- Qu'elle trouve que les données disponibles sur les effets des interventions mammaires chez l'adulte suggèrent des bénéfices cliniques et subjectifs importants, tout en restant méthodologiquement limitées (cf. section 6.3, page 34).
- Qu'elle n'a pas analysé les études sur les interventions de mammectomie d'affirmation de genre chez les mineurs (cf. section 6.7 « Enfants et adolescents », page 39).

Les recommandations finlandaises elles-mêmes, dans un document gouvernemental intitulé « Recommandation du Conseil des choix dans les soins de santé » (« Palveluvalikoimaneuvoston suositus »)<sup>14</sup>, établissent que « Les traitements chirurgicaux modifiant le corps de façon permanente ne font pas partie des méthodes de traitement de la dysphorie causée par un conflit d'identité de genre chez les mineurs. » (« Kirurgiset, keho pysyvästi muuttavat hoidot eivät kuulu alaikäisten sukupuoliristiriidasta aiheutuvan dysforian hoitomenetelmiin. »), sans aucune justification - si ce n'est peut-être par mécanisme inertiel (ces chirurgies n'étaient déjà pas pratiquées avant 2020 sur les mineurs) - et alors que ces recommandations sont censées s'appuyer sur une revue systématique de la littérature, non-réalisée pour les mineurs, et dans l'ensemble rassurante pour les majeurs.

L'ASPS, en se faisant le relais d'une revue systématique sur les chirurgies thoraciques d'affirmation de genre chez les mineurs déclarés filles à la naissance, attribue une capacité probante à une revue systématique qui ne peut en offrir.

À noter que l'ASPS n'a semble-t-il lu que le document de recommandations traduit de façon non-officielle par la SEGM (« Society for Evidence-Based Gender Medicine »), puisqu'il met en référence un lien vers cette dernière, et non vers le site officiel de la PALKO. L'ASPS aurait réellement dû aller rechercher et lire la revue systématique gouvernementale, qu'elle aurait pu constater son erreur. Même si la SEGM est une organisation qui, d'après le Southern Poverty Law Center, est largement financée par des fonds anti-LGBTQI<sup>17</sup>, nous n'avons pas de raison de penser que leur traduction en anglais des recommandations finlandaises soit insincère.

## Les recommandations suédoises de 2022

Ces recommandations, produites par l'administration publique du Socialstyrelsen, s'appuient sur une revue systématique de la littérature non révisée par les pairs dans une revue académique mais publiée sur le site du SBU en 2019<sup>18</sup>. Il y est écrit : « Les études sur la chirurgie de confirmation de genre chez les enfants et les jeunes, en particulier la chirurgie génitale, sont peu nombreuses. C'est pourquoi nous avons choisi d'inclure les études sur ce sujet publiées avant 2013. Les études sont décrites dans le Tableau 6. » (« Det finns få studier av köns-bekräftande kirurgi på barn och unga och då särskilt genital kirurgi. Vi har därför valt att inkludera studier som berör detta som är publicerade tidigare än 2013. Studierna beskrivs i Tabell 6. ») Le Tableau 6 en annexe de leur document présente les tableaux de preuves sur lesquels s'appuient la discussion de la revue systématique, et ultimement, les recommandations du Socialstyrelsen. Ce tableau évoque seulement deux études concernant des jeunes ayant eu une mammectomie d'affirmation de genre<sup>19,20</sup>, pour des âges moyens de 15,2 et 19 ans, toutes deux en faveur de ces interventions chez les mineurs qui en expriment le besoin, sous certaines conditions.

Quant aux recommandations suédoises du Socialstyrelsen, fondées sur cette revue systématique, ainsi que sur une actualisation réalisée en 2021-2022 disponible en annexe (« bilaga »), elles écrivent : « La mastectomie pour les adolescents souffrant de dysphorie de genre devrait être réalisée dans le cadre de la recherche. Jusqu'à ce qu'une étude de recherche

avec des critères d'inclusion et de traitement approuvés par un comité d'éthique soit mise en place, l'évaluation de Socialstyrelsen est que la mastectomie peut être proposée dans des cas exceptionnels, pour les adolescents qui remplissent les critères actualisés du guide de recommandations concernant le traitement hormonal d'affirmation de genre. » (encadré page 76)

Plus spécifiquement, ces critères permettant d'identifier les cas exceptionnels sont les suivants (page 72) :

- Les conditions de base sont remplies : évaluation diagnostique approfondie, décision multidisciplinaire, consentement des titulaires de l'autorité parentale, information et évaluation bénéfice-risque.
- L'adolescent présente une situation psychosociale stable et aucun facteur susceptible de compromettre la fiabilité de l'évaluation clinique.
- L'incongruence de genre est présente depuis l'enfance et l'identité de genre est stable dans le temps.
- Les critères diagnostiques DSM-5 de dysphorie de genre sont remplis.
- L'adolescent a commencé à vivre socialement conformément à son identité de genre.
- L'adolescent présente une maturité mentale suffisante et comprend les effets attendus ainsi que les risques médicaux et sociaux des traitements.
- L'adolescent est âgé d'au moins 16 ans.

Même dans une doctrine restrictive, la Suède ne conclut pas à l'interdit absolu : elle choisit l'exception encadrée et la recherche, pas la règle aveugle. Les recommandations du Socialstyrelsen sont très largement reprises du « protocole néerlandais », comme c'est d'ailleurs indiqué à la suite de la recommandation en faveur des mastectomies exceptionnelles chez les mineurs (page 76) : « La base des critères du cadre décisionnel repose sur les connaissances empiriques documentées dans les publications scientifiques du "protocole néerlandais" [...] La procédure progressive documentée dans le protocole néerlandais constitue la meilleure connaissance disponible et doit donc être utilisée. »

À la lecture de ce document, il apparaît non seulement que le « protocole néerlandais » - qui a influencé de nombreuses recommandations dont celles de la WPATH 2022 <sup>10</sup> et donc celles du Socialstyrelsen – a été présenté à tort comme une approche médicale trop permissive de l'incongruence de genre dans l'adolescence, mais qu'en plus, l'ASPS semble avoir négligé de lire les recommandations suédoises qu'elle cite, dans la mesure où elles ne vont pas dans le sens de sa propre recommandation d'une interdiction de la mastectomie d'affirmation de genre à l'adolescence.

## Le rapport britannique d'Hilary Cass de 2024

La pédiatre britannique Hilary Cass a mené la production d'un rapport commandé par le NHS England, en commandant pour cette occasion auprès de l'Université de York plusieurs revues systématiques de littérature <sup>21</sup>. Il est important de le noter ici : aucune de ces revues systématiques n'aborde les effets des mastectomies d'affirmation de genre chez les mineurs.

La revue systématique qui aborde ce sujet le fait uniquement dans la perspective d'analyser les parcours de soins des jeunes trans, au sein desquels les chirurgies peuvent faire partie <sup>22</sup>, mais pas dans la perspective d'en étudier les effets. Elle constate à cet égard qu'en moyenne, 16 % des mineurs transgenres repérés dans les études analysées ont bénéficié de chirurgies. Aucune

analyse de la littérature portant sur les effets des chirurgies et sur l'incertitude les entourant n'est réalisée.

Sans doute en raison de ce cadrage méthodologique, Hilary Cass ne fait dans son rapport aucune recommandation sur les chirurgies d'affirmation de genre chez les mineurs. Ni en leur faveur ni en leur défaveur.

Il semble qu'Hilary Cass ait fondé la logique de cette absence sur un mécanisme inertiel : aucune chirurgie n'étant pratiquée par le NHS chez les mineurs au début de ses travaux (Figure 34, page 166), il n'y avait aucune pratique à évaluer, et donc aucune recommandation à formuler sur ce point.

Encore une fois, l'ASPS a cité comme référence un corpus de connaissances qui ne permet de tirer aucune conclusion concernant les mammectomies d'affirmation de genre chez les jeunes trans.

## L'ASPS cite trois autres revues systématiques... qui la contredisent toutes

Plus loin dans le texte, l'ASPS s'appuie sur deux sources empiriques plus récentes : « La compréhension de l'ASPS a continué d'évoluer à la lumière de revues de preuves exhaustives supplémentaires, notamment l'article de 2024 de *Plastic and Reconstructive Surgery* intitulé "Mastectomie pour les individus souffrant de dysphorie de genre de moins de 26 ans : revue systématique et méta-analyse" et le rapport de 2025 du Département de la Santé et des Services Sociaux des États-Unis (HHS) intitulé "Traitement de la dysphorie de genre pédiatrique : examen des preuves et des meilleures pratiques". [...] Pour un résumé des preuves, l'ASPS renvoie ses membres à l'annexe 4 du rapport du HHS, qui détaille les types d'interventions (médicales, chirurgicales, psychologiques), les résultats rapportés, l'ampleur et la direction des effets, ainsi que le degré de certitude global des preuves disponibles dans la littérature publiée. »

La première source mentionnée est une revue systématique de la littérature sur les mammectomies d'affirmation de genre chez les moins de 26 ans, réalisée par Miroshnychenko et collègues, et publiée par le journal de l'ASPS<sup>23</sup>. La deuxième source mobilisée est le rapport gouvernemental du HHS américain, commandé par Donald Trump dans l'*Executive Order 14187* de janvier 2025<sup>2</sup>, et publié par le HHS le 15 mai de la même année<sup>24</sup>. À l'annexe 4 de ce rapport, sont recherchées, collectées, et évaluées (avec l'outil ROBINS) toutes les revues systématiques liées (notamment) à la mammectomie d'affirmation de genre chez les moins de 26 ans. Trois revues systématiques sont repérées : celle précédemment citée par Miroshnychenko et collègues, financée par la SEGM, de 2025 ; celle de Dopp et collègues, de la RAND Corporation, de 2025<sup>25</sup>; et celle de Thompson et collègues, de 2023<sup>26</sup>.

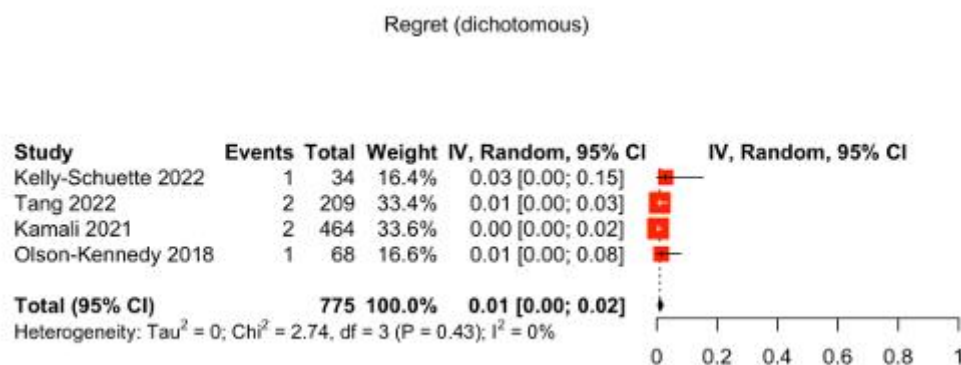
## La revue systématique de Miroshnychenko et collègues de 2025, non-conforme aux recommandations de Cochrane & PRISMA

Comme les auteurs de cette revue le déclarent eux-mêmes, il s'agit d'une revue systématique financée par la SEGM, dont nous avons déjà indiqué qu'elle était elle-même financée par des fonds anti-LGBTQI<sup>17</sup>. Certains commentateurs ont pu en toute logique craindre un biais dans la

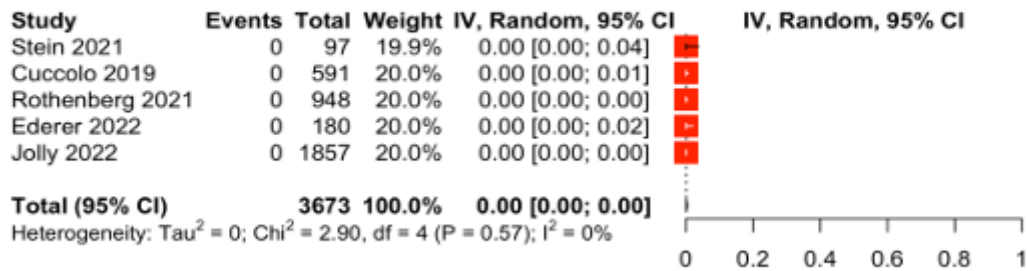
construction de cette revue, par ailleurs critiquée de toutes parts<sup>27-29</sup>. Nous accordons aux auteurs le crédit de travailler en toute indépendance éditoriale vis-à-vis de leurs financeurs. Nous ne pouvons toutefois que regretter que l'écriture ambiguë de l'abstract ait orienté si confusément le lecteur, et finalement, ait fait plonger l'ASPS dans une lourde faute d'interprétation.

En effet, la revue de Miroshnychenko et collègues annonce dans la conclusion de l'abstract - donc en première page - que « Des études de type séries de cas ont démontré des preuves d'un haut degré de certitude concernant les résultats relatifs au décès, à la nécrose et aux cicatrices excessives ». Un lecteur inaccoutumé aux méthodologies de construction de revues systématiques pourrait interpréter cette phrase, à tort, comme indiquant un haut niveau de risque de décès, de nécrose, et de cicatrices excessives. À contrario, un lecteur expert de ces méthodologies aurait repéré une non-conformité aux recommandations de Cochrane sur l'écriture d'abstracts de revues systématiques<sup>30</sup> qui doivent présenter les « Résultats des synthèses (incluant le nombre d'études et de participants pour chaque critère de jugement, un énoncé clair de la direction et de l'ampleur de l'effet, l'estimation de l'effet et l'intervalle de confiance à 95 % si une méta-analyse a été utilisée, ainsi que l'évaluation GRADE du degré de certitude des preuves. [...]) » Cochrane endosse également les recommandations de PRISMA 2020 sur la rédaction des rapports de revues systématiques, qui insistent sur le fait que les abstracts de revues systématiques doivent « rapporter l'estimation globale et l'intervalle de confiance » des éventuelles méta-analyses, et « indiquer la direction de l'effet »<sup>31</sup>. Or, dans le cas des résultats présentés avec « un haut degré de certitude », ni l'estimation ni la direction de l'effet ne sont rapportées, ce qui aurait évité les fautes d'interprétation aux conséquences très lourdes.

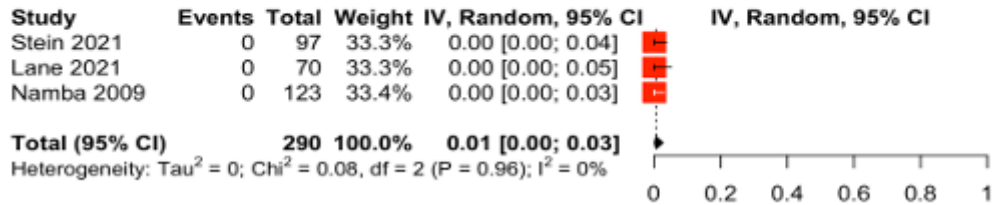
La méta-analyse livrée par Miroshnychenko et collègues dans leur supplément digital n° 8 permet d'éclairer la direction et l'ampleur de l'effet pour un certain nombre de résultats. En voici des extraits :



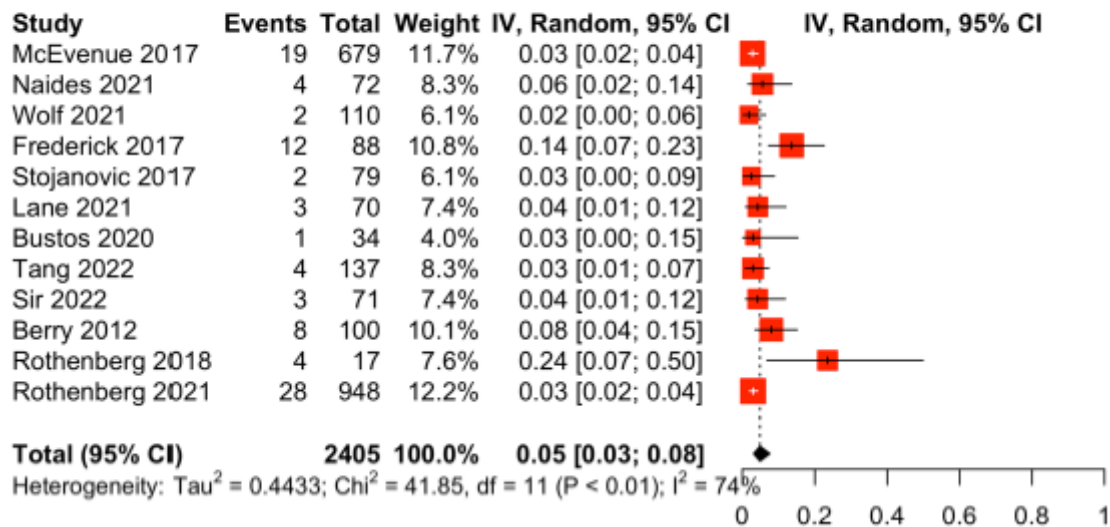
Death (dichotomous)



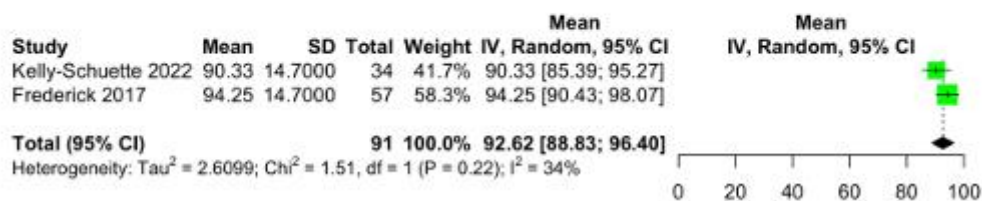
Complete Flap Necrosis (dichotomous; measured per patient)



Hypertrophic Scarring (dichotomous; measured per patient)



Chest Satisfaction (continuous)



Il ressort de ces méta-analyses que :

- Les nombre de décès peropératoires est de 0 sur l'ensemble des 5 études, soit 3.673 mammectomies d'affirmation de genre. C'est-à-dire que le risque de mort est estimé à 0 %, assorti d'une très forte certitude.
- Les décomptes de nécrose font état de très rares cas, comme pour les nécroses complètes de lambeau (0 cas sur 290 mammectomies). Là encore, cette estimation du risque, variant de 1 % à 3 % selon que la nécrose concerne le lambeau cutané ou le complexe aréolo-mamelonnaire, et qu'elle est complète ou partielle, est assortie d'un très haut niveau de certitude.
- Les décomptes de cicatrices hypertrophique sont de 90 cas sur 2.405 mammectomies, soit un risque estimé à 5 %, toujours assorti d'un très haut niveau de certitude.
- Les décomptes de regrets de mammectomies s'élèvent à 6 cas sur 775 mammectomies étudiées (estimation du risque à 1 %), avec toutefois une très faible certitude sur cette estimation.
- Les estimations de la satisfaction sur la poitrine sont très élevées, jusqu'à 92,62 % de satisfaction estimée en post-opératoire. Les auteurs ont toutefois abaissé le niveau de certitude sur cette estimation à un niveau « très bas », en raison de l'absence de groupe de comparaison, ce qui a été critiqué par Schechter et collègues en ces termes : « Quelle est la base de cette décision arbitraire ? Les chirurgiens plasticiens ne considèrent-ils pas la satisfaction préopératoire et postopératoire comme un paramètre pertinent dans la plupart des autres types de chirurgie mammaire ? La rigueur attendue d'un processus de révision par les pairs aurait dû, et aurait pu, identifier ces lacunes. »<sup>27</sup>

Ainsi, non seulement l'abstract – pièce première de tout article scientifique - rédigé par Miroshnychenko et collègues, omet de préciser que les effets pour lesquels la certitude est très forte indiquent des risques très faibles voire nuls de mort peropératoire, de nécrose, et de cicatrice excessive, mais il ne rapporte pas les effets des résultats dont la certitude est plus basse, ce qui devrait être fait systématiquement : en l'occurrence, la satisfaction post-opératoire est grande, et les regrets sont très rares.

En outre, le supplément digital n°10 permet d'observer que :

- « Les individus ayant eu une mammectomie présentaient une probabilité de 0,47 fois [soit une réduction de plus de moitié] d'avoir des comportements d'automutilation non suicidaires, par rapport aux individus n'ayant pas subi de mastectomie. » (certitude faible)

- « Les individus ayant eu une mammectomie présentaient une probabilité de 0,39 fois [soit une réduction de 61 %] de [faire des tentatives de suicide], par rapport aux individus n'ayant pas eu de mammectomie. » (certitude très faible)
- « Ceux qui ont eu une mammectomie ont obtenu un score inférieur de -7,13 points en moyenne sur l'échelle de détresse psychologique de Kessler. » (certitude très faible)

Dans une perspective d'éclairer l'élaboration de recommandations cliniques, ou de guider la décision médicale partagée, il aurait été nécessaire de reconnaître dès l'abstract que les effets de la mammectomie convergent tous vers une magnitude et une direction d'effet très rassurantes pour les patients : il est très certain que la mort, la nécrose, la cicatrisation excessive, sont des risques très faibles voire nuls ; et il est incertain ou très incertain que les chances d'avoir une satisfaction post-opératoire élevée soient fortes, que les risques de regrets soient minimes, et que les risques de détresse clinique, d'automutilation et de tentatives de suicide, soient réduits. Dire « haute certitude » sans dire « faible risque » n'informe pas : cela suggère un danger certain là où il s'agit d'une rareté certaine. Cela aurait éclairé fortement la balance bénéfices-risques, et la confrontation des principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance. Cela n'a pas été fait.

Les conséquences pour l'ASPS sont lourdes. Celle-ci écrit en effet, plus loin, que « [...] Lorsque des interventions irréversibles comportent des risques connus et plausibles, le respect des principes de bienfaisance et de non-malfaisance (c'est-à-dire promouvoir la santé et le bien-être tout en évitant de nuire) exige une approche de précaution. » L'examen des preuves fournies par Miroshnychenko et collègues ne permet pas de conclure à l'existence de « risques connus et plausibles » trop élevés, ce qui aurait dû conduire l'ASPS à une réévaluation du principe éthique de non-malfaisance, qui dans son cas, l'a conduite à émettre une recommandation de « précaution » inflexible et extrême (l'interdiction avant 19 ans de pratiquer des mammectomies d'affirmation de genre, même en cas de dysphorie majeure).

## La revue systématique de Dopp et collègues de 2025 intègre l'incertitude au processus de décision

Cette revue, de la RAND Corporation, est - au contraire de celle de Miroshnychenko et collègues - un exemple-type de revue systématique où les résultats sont clairement annoncés dès l'abstract, avec la direction des effets et leur niveau de certitude associé explicités. Leurs auteurs écrivent en effet : « Les chirurgies d'affirmation de genre (k = 18 études) étaient associées à des réductions de la dysphorie de genre pour la mastectomie (faible certitude) et pour d'autres types de chirurgie (très faible certitude). »

Ainsi, lorsque sont énoncés à la fois la direction de l'effet et l'incertitude qui l'accompagne, les implications cliniques qui en découlent prennent en compte à la fois la direction de l'effet et l'incertitude qui le caractérise, tous deux dans les processus de décision médicale partagée ou d'élaboration de recommandations cliniques : « Malgré le faible degré de certitude des preuves disponibles, les praticiens et les décideurs politiques peuvent utiliser des approches éclairées par les données probantes qui tiennent compte de l'incertitude dans leurs décisions concernant les soins de santé pour les jeunes [trans], comme l'actualisation régulière des normes de soins ou l'élaboration d'une législation pertinente. »

Les implications de la revue de la RAND Corporation sont donc très claires sur le fait que l'incertitude n'empêche pas de mener à bien des processus de décisions médicales : au contraire, l'incertitude peut et doit servir à alimenter le processus de décision médicale. L'ASPS

ne peut pas s'appuyer sur les conclusions de Dopp et collègues pour édicter une règle absolue en suivant une logique où l'incertitude seule, sans tenir compte de la magnitude et la direction de l'effet, dicte une conduite à tenir dans toute situation (c'est-à-dire le refus de toute mammectomie d'affirmation de genre avant 19 ans).

## La revue systématique de Thompson et collègues de 2023 ne permet aucune conclusion

La revue de Thompson et collègues n'a permis d'identifier qu'une seule étude portant sur les effets de la chirurgie d'affirmation de genre chez 11 jeunes patients<sup>32</sup>. Cette étude allemande, rapportée par les auteurs de la revue dans leur tableau des preuves (Tableau 11), indique qu'au début de l'étude [« baseline »], les scores de fonctionnement psychologique et de qualité de vie étaient significativement inférieurs à la moyenne de la norme allemande pour tous les groupes d'intervention (dont le groupe de patients qui recevront une chirurgie). Lors du suivi (« follow-up »), les adolescents du groupe ayant reçu des hormones d'affirmation de genre et du groupe ayant reçu une chirurgie d'affirmation de genre ont rapporté des scores de problèmes émotionnels et comportementaux, ainsi qu'une qualité de vie physique, similaires à la moyenne de la norme allemande.

Thompson et collègues, dans leur discussion, n'ont pas évoqué les effets des chirurgies d'affirmation de genre (essentiellement des mammectomies) chez les jeunes étudiés, probablement en raison du faible nombre d'études (une seule) et du faible nombre de patients concernés (11 seulement) : ils n'en tirent aucune conclusion, ni sur la magnitude et la direction de l'effet, ni sur la certitude qui l'entoure.

L'ASPS ne peut donc pas faire de cette revue systématique un pilier pour justifier avant l'âge-seuil de 19 ans une « précaution » qui agit comme une prohibition.

## Le rapport HHS propage les formulations ambiguës de Miroshnychenko et collègues

Il semble surtout que l'ASPS ait fondé sa recommandation sur la lecture de la revue systématique publiée dans son journal par Miroshnychenko et collègues, et sur l'analyse qu'a fait le HHS des trois revues systématiques repérées.

Dans leur annexe n°4, à la section 7, les auteurs du rapport HHS évaluent à « faible risque de biais » les revues systématiques de Miroshnychenko et collègues et de Dopp et collègues, et à « fort risque de biais » la revue systématique de Thompson et collègues. Les auteurs du rapport clarifient ce que Miroshnychenko et collègues ont trouvé sur les résultats en santé mentale de la mammectomie : « Dopp et collègues ont rapporté que les adolescents et les jeunes adultes présentaient généralement une amélioration de leur santé mentale après la chirurgie, environ la moitié des résultats montrant des gains cliniquement significatifs (par exemple : perception de soi, détresse, fonctionnement, qualité de vie). [...] L'autre revue systématique [Miroshnychenko et collègues] a fait état d'un niveau de détresse inférieur, mesuré par l'échelle de détresse psychologique de Kessler à partir d'une étude observationnelle. Cependant, les deux revues systématiques ont évalué le degré de certitude des preuves comme étant très faible. En résumé, aucune conclusion n'a pu être tirée quant à l'impact de la chirurgie sur le fonctionnement global en raison du très faible niveau de certitude des preuves. » (page 100)

Sur la question du regret d'une mammectomie, il est écrit dans l'annexe n°4 du rapport du HHS que : « Les deux revues systématiques [Dopp et collègues ; Miroshnychenko et collègues] ont

rapporté un faible niveau de regret, bien que toutes deux aient conclu que le degré de certitude des preuves était très faible. La base de données factuelles actuelle n'est pas suffisante pour tirer une conclusion sur le taux de regret après la chirurgie. » (page 101)

Sur la sécurité de l'opération, l'annexe n°4 du rapport du HHS indique : « Dopp et collègues ont conclu que les effets secondaires après chirurgie, tels que les cicatrices ou les problèmes de fonction ou d'apparence, étaient généralement limités. La plupart des complications (par exemple : accumulation de liquide, douleur, ecchymoses, infection) étaient mineures et se résorbaient naturellement ou avec des soins de suivi simples. Miroshnychenko et ses collègues ont trouvé des preuves d'un haut degré de certitude montrant qu'il n'y a pas d'augmentation du risque de décès suite à la chirurgie, ainsi que des preuves de haute certitude concernant la nécrose et la cicatrisation excessive après l'opération. » (page 101) Notons qu'ici, les rapporteurs du HHS reconduisent l'ambiguïté de Miroshnychenko et collègues en ne rapportant que l'incertitude liée à la nécrose et à la cicatrisation excessive, sans mentionner la magnitude et la direction de cet effet (estimé comme on l'a vu, de 1 % à 3 % pour la nécrose, et de 5 % pour la cicatrice excessive).

Si ces magnitudes sont explicitées plus tôt dans l'annexe n°4 (page 34), elles sont évacuées pour laisser la place à nouveau à l'ambiguïté dans le résumé des preuves : « En résumé, cette vue d'ensemble a identifié trois revues systématiques traitant des effets des chirurgies chez les enfants ou les adolescents souffrant de dysphorie de genre. Il existe des preuves d'un haut degré de certitude que la mastectomie est associée à des complications chirurgicales prévisibles telles que la nécrose et la cicatrisation. [...] » (page 102) On note ici un glissement des auteurs, qui parlent simplement de « cicatrisation », et non plus de « cicatrisation excessive ».

Cette dernière phrase est reproduite à l'identique, dans le rapport du HHS, page 87, sans aucune mention ailleurs du fait que les risques de cicatrisation excessive et de nécrose sont proches de 0 %. La cicatrice n'est pas une complication : c'est l'effet attendu de toute incision. La complication, c'est l'excès ou la dégradation (hypertrophie, nécrose) - et c'est précisément ce que le résumé dilue.

Mais c'est surtout dans le document d'avant-propos et résumé analytique du HHS que les auteurs dérivent de la littérature des propos qu'ils ne peuvent méthodologiquement pas tenir de celle-ci :

« Ces interventions comportent des risques de préjudices importants, notamment [...] des complications chirurgicales et le regret. Parallèlement, les revues systématiques des preuves ont révélé une profonde incertitude quant aux prétendus bénéfices de ces interventions. »

Or, si les bénéfices sont effectivement entourés d'une incertitude, il n'y a aucune incertitude sur le fait que les « complications chirurgicales » sont très rares (par exemple, aucun cas rapporté de nécrose complète du lambeau cutané sur 290 mammectomies étudiées, certitude très élevée). Dans des chirurgies comparables de réduction ou de redrapage mammaire esthétiques chez les femmes non-transgenres, le taux de nécrose du lambeau cutané est estimé à 4,9 % (1 % chez les adolescents transgenres) et le taux de nécrose complète du complexe aréolo-mamelonnaire est estimé à 2 % (identique chez les adolescents transgenres)<sup>33</sup>. Ce genre d'interventions esthétiques n'est pourtant pas rare chez les jeunes filles, comme on le verra plus bas, et l'ASPS ne recommande pas leur report à 19 ans sur la justification de « complications chirurgicales ».

C'est pourtant cette position que tient l'ASPS, soulignant à juste titre une incertitude sur les bénéfices attendus de la mammoplastie (fragilité du principe éthique de bienfaisance), mais dénaturant la forte certitude sur les faibles risques de complications chirurgicales (force du principe éthique de non-malfaisance) en les qualifiant de « risques connus et plausibles ».

## L'omission de l'ASPS sur les recommandations de l'AWMF

Il est notable que dans sa déclaration de position, l'ASPS ne s'est pas engagée dans une confrontation critique avec les recommandations de consensus clinique des sociétés savantes germanophones de l'AWMF (2025)<sup>34</sup>, que nous discuterons en détail plus bas, lui préférant des revues systématiques non-pertinentes (Finlande, Suède, Royaume-Uni), d'autres revues systématiques qui la contredisent, ou un résumé analytique univoque du HHS.

Les recommandations de l'AWMF énoncent que : « La condition préalable à la recommandation d'une mastectomie d'affirmation de genre ou d'une réduction mammaire chirurgicale devrait être la présence d'une incongruence de genre stable et persistante depuis plusieurs années (selon les critères diagnostiques de l'incongruence de genre à l'adolescence / CIM-11 : HA60), accompagnée d'une détresse liée à la dysphorie de genre ainsi que d'un désir clair de modification de l'organe ou de la caractéristique devant être opéré. L'évaluation diagnostique approfondie de la stabilité et de la persistance de l'incongruence de genre, ainsi que du désir de traitement, devrait être réalisée en collaboration entre le spécialiste de la santé mentale expérimenté dans le diagnostic et le traitement de la dysphorie de genre à l'adolescence, le patient et ses tuteurs, sur la base d'une exploration minutieuse des observations psychologiques et de l'anamnèse (histoire de vie). » (recommandation VII.K25., pages 212-213 de la traduction officielle en anglais).

Il est possible que le consensus de l'AWMF n'ait pas été retenu dans la délibération de l'ASPS par l'impression qu'il ne s'appuierait pas sur une revue systématique de la littérature. Si effectivement, ces recommandations s'appuient sur une recherche de consensus (S2k) plutôt que sur une revue systématique et évaluation des preuves (S3), le consensus a été recherché de façon informée par une revue systématique des preuves accumulées dans la littérature, et l'approche fondée sur l'évaluation des preuves a été écartée précisément en raison de l'incertitude générale entourant la base de preuves (pages 6-7 de la traduction officielle de l'anglais).

À ce sujet, notons que de manière générale, l'incertitude sur les preuves n'empêche pas de formuler des recommandations cliniques, y compris des recommandations « fortes ». Sur 289 recommandations « fortes » émises par l'OMS, 55,5 % étaient basées sur des preuves incertaines à très incertaines ; et sur 167 recommandations « faibles » émises par la même organisation, 85 % étaient basées sur des preuves incertaines à très incertaines<sup>35</sup>. Concernant les recommandations cliniques en faveur de la prescription pédiatrique de médicaments hors-autorisation de mise sur le marché, sur 88 recommandations dont la qualité des preuves a été évaluée en fonction du système GRADE, 79 d'entre elles - soit 90 % - ont été classées de qualité faible à très faible. Parmi ces 79 recommandations, 30 étaient « fortes » (38 %), et 49 étaient « faibles » (62 %)<sup>36</sup>. La raison derrière cela est que la force des recommandations GRADE est déterminée par de nombreux facteurs, dont les valeurs et préférences des patients. Comme le rappellent 5 des 9 co-auteurs de la revue de Miroshnychenko et collègues dans une

déclaration d'août 2025 – dont Gordon Guyatt, pionnier de la médecine fondée sur les preuves (« evidence-based medicine ») - se distanciant de la SEGM : « Il est profondément erroné de qualifier de "mauvais soins" ou de "soins dictés par l'idéologie" les prestations de santé fondées sur des preuves de faible certitude, tout comme il est erroné de considérer ces preuves comme de la "mauvaise science". De nombreuses interventions que nous proposons reposent sur des preuves de faible certitude, et des individus éclairés choisissent souvent ces interventions de manière légitime et judicieuse. Par conséquent, interdire la prestation de soins d'affirmation de genre et limiter les options de prise en charge médicale au motif que les preuves sont de faible certitude constitue une violation manifeste des principes de la décision partagée fondée sur des preuves et est, de ce fait, inadmissible. L'usage approprié de notre travail consiste à garantir que les patients reçoivent les soins nécessaires et à accompagner les patients TGD (transgenres et de diverses identités de genre) ainsi que leurs cliniciens dans le processus de décision. » <sup>37</sup>

Au lieu de s'engager dans une discussion logique avec le raisonnement de l'AWMF sur l'incertitude des preuves, l'ASPS a semble-t-il préféré l'option de fonder une position normative (certes pas une recommandation clinique fondée sur les preuves) sur l'incertitude entourant les bénéfices au prix d'avoir détourné - peut-être par erreur d'interprétation - la forte certitude sur les risques (très faibles) de dommages.

## Le mythe fallacieux de la résolution spontanée de la dysphorie de genre

L'ASPS affirme : « Les données disponibles suggèrent qu'une proportion substantielle d'enfants présentant une dysphorie de genre à début prépubertaire voit leur détresse se résorber ou diminuer de manière significative au moment où ils atteignent l'âge adulte, en l'absence d'intervention médicale ou chirurgicale. »

À l'appui de ces affirmations, deux références sont mobilisées : Drummond et collègues <sup>38</sup>, et Singh et collègues <sup>39</sup>. La première étudie le suivi d'enfants déclarés filles à la naissance et admis à l'unité pédiatrique d'identité de genre du CAMH de Toronto, et a été directement ciblée dans la revue critique de Temple-Newhook et collègues de 2018 <sup>40</sup> (qui n'est pas citée par l'ASPS). La seconde étudie le suivi d'enfants déclarés garçons à la naissance et admis à la même unité pédiatrique d'identité de genre du CAMH de Toronto, et souffre des mêmes écueils majeurs que la première.

## Pas de comparaison statistique possible avant/après de la dysphorie de genre

Le premier écueil, sur lequel achoppe manifestement l'ASPS, est de parler de comparaison statistique des grandeurs alors qu'elles ne sont statistiquement ni comparables, ni comparées, dans les références mobilisées. Or, c'est le cas avec la dysphorie de genre, définie par le DSM-5 (2013) comme « la détresse qui peut accompagner l'incongruence entre le genre ressenti ou exprimé d'une personne et le genre qui lui a été assigné » (traduction libre de l'anglais) <sup>41</sup>.

Cette détresse a été évaluée lors du suivi à l'âge adulte de ces enfants, tant chez Drummond et collègues (année moyenne du suivi : 2004) que chez Singh et collègues (année moyenne du suivi : 2002), en utilisant des échelles d'évaluation du DSM-5. Mais il est inexact d'affirmer que

ces personnes présentaient une dysphorie de genre - ou même une détresse - dans l'enfance lors de leur évaluation initiale au CAMH.

En effet, Drummond et collègues ont diagnostiqué 60 % de leur cohorte à l'année moyenne de 1989 (écart-type de 7 ans), en mobilisant les critères diagnostiques du trouble de l'identité de genre dans l'enfance du DSM-III (1980)<sup>42</sup>, du DSM-III-R (1987)<sup>43</sup> et du DSM-IV (1994)<sup>44</sup>. Or ni le DSM-III, ni le DSM-III-R, ne considèrent comme nécessaires au diagnostic le critère de détresse, contrairement au DSM-IV. Les auteurs ne divulguent pas le nombre d'enfants diagnostiqués grâce au DSM-IV, mais il est possible d'en estimer une fourchette haute à partir de l'année d'évaluation initiale et son écart-type : on obtient alors, sous l'hypothèse d'une distribution normale de l'année d'évaluation initiale, un z-score de 0,66 pour l'année de publication du DSM-IV (1994), c'est-à-dire que 25,5 % des enfants parmi les 15 qui ont été diagnostiqués l'ont été à partir de 1994, soit 4 enfants au total dont on estime qu'ils avaient une détresse cliniquement diagnostiquée. Drummond et collègues ont ajouté à leur cohorte 40 % d'enfants admis qui ont été à l'époque non-diagnostiqués (« sub-threshold ») pour le trouble de l'identité de genre dans l'enfance, c'est-à-dire qu'il n'est pas possible d'affirmer à leur sujet qu'ils avaient une détresse lors de leur évaluation initiale. En tout, il n'est possible d'affirmer que seuls 4 enfants sur 25 (16 %) de la cohorte avaient une détresse clinique diagnostiquée à leur admission initiale au CAMH. Il n'est donc pas surprenant d'observer que 22 participants (88%) n'ont déclaré aucune détresse lors de leur suivi à l'âge moyen de 24 ans : ils n'avaient peut-être pas de détresse au départ dans leur enfance. En toute connaissance de cause, les auteurs ont eu tort de les classer aussi abruptement de « desisters ». L'ASPS a davantage tort encore de parler de « diminution significative » de leur « détresse ».

Dans l'étude de Singh et collègues, seuls 40 des 139 enfants (29 %) ont été évalués par le DSM-IV, le reste a été évalué par le DSM-III ou DSM-III-R (99 sur 139 enfants, soit 71 %). À noter que cette évaluation ne vaut pas comme diagnostic complet : les auteurs soulignent que 36,7 % des enfants de leur cohorte n'avaient pas le diagnostic formel de trouble de l'identité de genre dans l'enfance. On estime donc – en supposant une distribution uniforme du diagnostic complet – que 25 enfants seulement parmi les 139 (18 %) avaient une détresse clinique dûment diagnostiquée au sens du DSM-IV, à l'année d'évaluation initiale moyenne de 1989. Lors du suivi, à l'année moyenne de 2002, ces enfants devenus adultes (âge moyen de 20,58 ans) étaient 122 sur 139 (88 %) à ne pas manifester de détresse clinique de dysphorie de genre. Là encore, il se pourrait tout à fait qu'ils n'avaient initialement aucune détresse clinique dans l'enfance. Ils ont pourtant été classés abruptement, eux aussi, comme « desisters ». Là encore, l'ASPS a tort d'en inférer statistiquement quoi que ce soit de « significatif », la résolution de la dysphorie de genre n'étant pas prouvée.

## Il y avait bien une intervention chez ces enfants

Contrairement à ce que l'ASPS affirme, ces enfants admis et accompagnés au CAMH de Toronto, sur des motifs de consultation inconnus, n'ont pas été suivis sans « intervention ». Ils ont été accompagnés par des professionnels de santé mentale, notamment par Kenneth Zucker lui-même, psychologue, dirigeant de l'unité pédiatrique d'identité de genre du CAMH de Toronto, co-auteur des deux études mentionnées, qui est intervenu dans l'accompagnement, avec comme objectif thérapeutique de réduire le risque de persistance d'un désir transgenre :

« Si les parents expriment clairement le souhait que leur enfant se sente mieux dans sa peau - c'est-à-dire s'ils souhaitent réduire le désir de l'enfant d'appartenir à l'autre genre - l'approche thérapeutique est alors organisée autour de cet objectif. »<sup>45</sup>

Cet objectif déclaré sur une modalité d'intervention psychologique pourrait constituer une thérapie de conversion. C'est en tout cas sur la base d'un constat que l'intervention pouvait être altérée, passant « d'exploratoire à directive », et visait à favoriser le résultat développemental « hétérosexuel cisgenre », que le CAMH a dissous son unité pédiatrique d'identité de genre en décembre 2015, alors que l'Ontario venait d'interdire les thérapies de conversion en mars 2015<sup>46</sup>.

Les interventions de ce type ne sont pas neutres en termes de santé mentale. Des études récentes sur les personnes ayant subi des thérapies de conversion ont permis d'observer que le phénomène est massif, et associé à une suicidalité significativement plus élevée, aux États-Unis (aOR = 4,15)<sup>47</sup> comme en Europe (OR = 118 %) <sup>48</sup>. La revue systématique de littérature de Dopp et collègues précédemment citée, si elle reconnaît une incertitude sur les preuves, concluait à propos des efforts de modification de l'identité et l'expression de genre qu'ils étaient associés à une augmentation de la suicidalité, et à une absence d'évolution voire une hausse des symptômes de santé mentale<sup>25</sup>.

Il n'y a en tout cas rien de « spontané » dans cette pseudo-résolution de la dysphorie de genre, mais il y a bien une intervention. C'est le cas pour tous les types d'accompagnement. S'agissant des accompagnements affirmatifs, l'étude la plus solide à ce jour sur ce sujet est celle de deMayo et collègues, menée sur plus de 900 enfants nord-américains, transgenres ou non, suivis entre les âges moyens de 8 à 14 ans. À l'issue de ce suivi, les auteurs constatent un taux de détransition vers le genre déclaré à la naissance rare (4 %), ainsi qu'une stabilité comparable de l'identité de genre tant chez les enfants trans que chez les enfants non-trans<sup>49</sup>. Hilary Cass elle-même, dans l'audit des enfants admis à la fondation Tavistock qu'elle a réalisé pour son rapport, trouve moins de 10 cas de détransition, sur 3.306 patients, soit 0,3 % de la patientèle (annexe 8, page 13<sup>16</sup>). Il aurait été intéressant que l'ASPS se penche sur ces chiffres pour une mise en discussion avec les résultats des cohortes plus anciennes de Toronto. Cela n'a pas été fait.

Au contraire, l'ASPS a fondé sa position sur un raisonnement éthique impliquant une « résolution spontanée » : « Lorsque la probabilité d'une résolution spontanée est inconnue [...], le respect des principes de bienfaisance et de non-malfaisance [...] exige une approche de précaution. » L'ASPS ne précise pas de quel objet de résolution elle parle (trouble de l'identité de genre, dysphorie de genre, incongruence de genre...), ni que les évolutions constatées sur les enfants ne sont jamais « spontanées » : il y a toujours une exposition et/ou une intervention, qu'elle soit affirmatrice ou correctrice. Dans les années 1980, il est raisonnable de supposer que la plupart des enfants reçus en unité d'identité de genre n'avaient pas spécialement de souffrance clinique, mais avaient développé une non-conformité au genre d'assignation, qui faisaient peur à leurs parents et les conduisaient à consulter afin de la faire disparaître. Ces enfants n'étaient pas trans pour autant, et d'un point de vue démographique, il est bien plus probable qu'ils aient été non-trans, et amenés à se développer en tant que jeunes homosexuels, ou tout simplement en tant que jeunes hétérosexuels non-conformes de genre. L'ASPS n'explique par ailleurs pas pourquoi cette « résolution spontanée » est pertinente chez des enfants prépubères, la mammectomie d'affirmation de genre n'étant ni recommandée, ni même faisable, avant la puberté. Il aurait été plus juste pour l'ASPS de fonder son raisonnement éthique sur les risques de regret de la mammectomie d'affirmation de genre réalisées dans l'adolescence, dont le HHS affirme au regard des deux revues systématiques que ce risque est faible, comme rapporté précédemment. Là encore, cela n'a pas été fait.

# Les usagers dans la décision médicale

## Les valeurs et préférences des patients : complément plutôt que substitut à la balance bénéfices-risques

L'ASPS affirme que : « Le concept de "valeurs et préférences du patient" a été invoqué comme une justification suffisante pour le traitement des enfants et des adolescents face à des preuves d'un niveau de certitude faible ou très faible ; cependant, une recherche de haute qualité sur les valeurs et les préférences des patients fait défaut dans ce domaine de la médecine. Par exemple, il n'est pas certain que des patients et leurs tuteurs pleinement informés soutiendraient le cadre actuel des valeurs et préférences, qui accorde une importance plus élevée à l'obtention d'effets esthétiques plus favorables à l'adolescence et une importance moindre à l'évitement des préjudices potentiels liés à une suppression pubertaire précoce. »

L'ASPS critique ici le recours aux « valeurs et préférences des patients » comme justification décisionnelle dans un contexte d'incertitude élevée sur la balance bénéfices-risques, en illustrant son propos par les recommandations de l'Endocrine Society relatives aux bloqueurs de puberté (2017) <sup>50</sup>. Cette critique appelle plusieurs remarques.

Premièrement, l'exemple mobilisé concerne les bloqueurs de puberté, alors que le document traite uniquement de la chirurgie d'affirmation de genre chez les mineurs. Or ces interventions diffèrent substantiellement quant à leur temporalité, leur réversibilité et leur place dans le parcours de soins. L'analogie méthodologique entre ces deux niveaux d'intervention n'est pas explicitement justifiée.

Deuxièmement, les recommandations de l'Endocrine Society citées ne substituent pas les valeurs et préférences des patients à l'évaluation de l'incertitude sur les effets. Conformément au cadre du GRADE Working Group, les valeurs et préférences constituent un domaine distinct du processus « Evidence-to-Decision ». Elles n'interviennent pas pour compenser une absence de données, mais pour pondérer l'importance relative des issues lorsque la certitude des preuves est limitée ou que les effets comportent des arbitrages importants. Comme le rappelle le GRADE Working Group : « Les décisions en matière de santé nécessitent non seulement des preuves concernant les effets des interventions, mais aussi la connaissance de l'importance relative des résultats que ces interventions préviennent ou provoquent. » (GRADE Book overview, section 4 « Certainty of the evidence about values » <sup>51</sup>). Ainsi, la prise en compte des valeurs ne remplace pas l'évaluation des effets ; elle en constitue un complément structurel dans l'élaboration des recommandations. Bien qu'elles ne constituent pas une synthèse formelle des valeurs et préférences des patients, les recommandations de l'Endocrine Society mobilisent tout de même les connaissances cliniques de certains de ses auteurs dans l'évaluation de la force des recommandations, dont les valeurs et préférences des patients sont inférées par les processus de décision médicale partagée au travers desquels ces cliniciens interagissent avec les patients au quotidien. La pertinence de cette inférence clinique est explicitement proposée par le GRADE Working Group : « Étant donné le manque d'études systématiques sur les valeurs et les préférences des patients, on pourrait soutenir qu'une grande incertitude subsiste toujours quant à leur perspective. D'un autre côté, l'expérience des cliniciens auprès de leurs patients peut apporter un éclairage supplémentaire considérable. En effet, il arrive que des panels d'experts, en s'appuyant sur leur expérience clinique, soient confiants de bien cerner les valeurs et les préférences typiques des patients. » (Grade Book, section 6.3.3 « Confidence in values and preferences » <sup>51</sup>).

Troisièmement, si l'ASPS entend mobiliser un raisonnement inspiré du cadre GRADE pour critiquer l'usage des valeurs et préférences, il serait méthodologiquement cohérent d'expliquer comment ce domaine a été intégré dans sa propre évaluation. Le document ne décrit pas de processus structuré d'identification ou d'analyse des valeurs et préférences des patients ou de leurs représentants dans la formulation de la recommandation de ne pas pratiquer de chirurgie d'affirmation de genre pour les moins de 19 ans. Or le cadre du GRADE Working Group prévoit que ces dimensions puissent être explorées par des recherches quantitatives, des synthèses de preuves qualitatives ou l'implication directe de représentants des patients : « This information can be obtained through a variety of means, including qualitative and quantitative primary research of patient values, qualitative evidence synthesis, or directly from patient representatives » (GRADE Book overview, section 4). Plus grave, les chirurgiens du groupe de travail dédié à ce sujet depuis 2024 à l'ASPS (et ayant une expérience clinique du terrain), n'ont pas été mobilisés par l'ASPS pour produire sa position, comme cela a été révélé par certains d'entre eux dans une lettre ouverte (reproduite ci-dessous) <sup>52</sup>.

February 9, 2026

**Open Letter to the Board of the American Society of Plastic Surgeons regarding the development of the ASPS position statement on adolescent gender surgery published on February 3, 2026**

Dear Members of the Board,

ASPS convened a Gender Surgery Task Force in response to the Plastic Surgery Foundation President's Panel at Plastic Surgery The Meeting (PSTM) 2024. The September 2024 PSTM panel intended to address gender-affirming surgery, most notably adolescent surgical care, however it was cancelled due to a variety of concerns expressed by ASPS members.

The Task Force was formed without a predetermined outcome or specific policy mandate, but rather as a vehicle for the Society to engage in a balanced multidisciplinary discussion, with the expectation that its work would inform future ASPS statements or policy positions. The group's strength includes its multidisciplinary and multiperspective composition: a mix of ASPS members and external subject matter experts in adolescent psychiatry, medicine, and research methodology.

The Task Force convened for the first time in May 2025 and met on a regular basis over the course of the year. An anonymized submission process was conducted in which Task Force members provided written statements to identify areas of agreement, uncertainty, and disagreement. This approach was intended to facilitate candid input and to identify possible gaps in interpretation of the evidence. Through this process, areas of emerging consensus were recognized, and a pathway towards an ethical and evidence-informed statement became increasingly apparent. The Task Force was actively working towards a summary intended to inform Board-level deliberation regarding any Society position or policy statement.

Task Force members were unaware that a separate ASPS position statement addressing adolescent gender surgical care was being developed outside of the Task Force. On February 3, 2026, ASPS publicly released a position statement without input from the Task Force. To date, the Task Force is unaware of the statement's authors and what methodology was used to arrive at the statement's position.

As reported by NBC, Dr. Scot Glasberg, Co-Chair of the Task Force, was involved in drafting the statement. Dr. Glasberg is quoted on CNN Health stating: "This was an iterative process that took time, with no outside pressure." During the February 3, 2026 Task Force meeting, the Task Force learned that drafting of the statement began in 2024 (well before the initial meeting of the Task Force). This stands in stark contrast to a communication sent to the Task Force by Michael Costelloe, Executive Vice President of ASPS, on February 2, 2026 stating: "Over the past several weeks, ASPS, along with a small number of

other national medical societies, has been participating in an urgent, time-limited process initiated by a federal agency seeking clarification of medical society positions on this topic."

Following the release of the ASPS position statement, Task Force members became aware that Dr. Glasberg and two ASPS administrators (who attend Task Force meetings) participated in discussions with a federal agency. The Task Force members were told that Dr. Glasberg did not represent ASPS at this meeting, but rather attended the meeting as an invited guest on behalf of the agency. In other words, no ASPS surgeon represented the organization.

Clarification of the process used in developing this position statement is necessary to ensure transparency, accountability, and confidence in ASPS governance. We kindly request the ASPS Board to provide the following:

- the identity and role of the authors of the ASPS position statement;
- the process, including timing and methodology, by which the statement was developed;
- the extent to which the Board was informed of the Task Force's ongoing work, and by whom, including discussions held by the Task Force that may have influenced the outcome of the position statement;
- whether the Board reviewed the Task Force's anonymized submissions or areas of emerging consensus

We submit this letter in the interest of societal integrity, transparent governance, and the responsible engagement of ASPS membership in matters of significant professional and public importance.

Respectfully,

**Concerned members of the ASPS Gender Surgery Task Force**

Jens Berli, MD, MBA

Rachel Bluebond-Langner, MD

Scott Leibowitz, MD

Steven Montante, MD

Melissa Poh, MD

Asa Radix, MD, PhD

Loren Schechter, MD (Co-Chair)

En situation d'incertitude élevée, la littérature sur la décision médicale partagée reconnaît que les préférences des patients peuvent légitimement influencer le seuil d'acceptabilité du risque, sans pour autant supplanter l'évaluation de la balance bénéfices-risques <sup>53</sup>. Lorsque la certitude des preuves est faible, les recommandations sont généralement formulées comme conditionnelles (« weak »), précisément parce que les valeurs individuelles peuvent varier quant à la pondération des issues. Ce sont d'ailleurs des implications cliniques de la revue systématique de Dopp et collègues : « Malgré le faible degré de certitude des preuves disponibles, les praticiens et les décideurs politiques peuvent utiliser des approches éclairées par les données probantes qui tiennent compte de l'incertitude dans leurs décisions concernant les soins de santé pour les jeunes [trans] [...] » <sup>25</sup>.

## L'autonomie des usagers questionnée

Plus loin, l'ASPS énonce que : « Le respect de l'autonomie émergente de l'adolescent est également cité comme une justification pour la prestation de soins face à des preuves d'un

faible niveau de certitude. Cependant, l'autonomie du patient est plus correctement définie comme le droit d'accepter ou de refuser un traitement approprié ; elle ne crée pas d'obligation pour un médecin de fournir des interventions en l'absence d'un profil bénéfice-risque favorable, particulièrement chez les populations adolescentes dont les capacités de prise de décision sont encore en développement. Dans les contextes pédiatriques, le seuil d'intervention doit être plus élevé et les garde-fous plus stricts. »

Nous rejoignons l'ASPS dans le jugement que la reconnaissance de l'autonomie du patient adolescent n'équivaut pas à un droit. Cette autonomie doit toutefois être soupesée, au même titre que les principes de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice, de façon équilibrée et sans hiérarchie prédéterminée entre ces principes, comme le préconisent Beauchamp et Childress, cités d'ailleurs en référence par l'ASPS<sup>54</sup>. L'affirmation selon laquelle l'autonomie ne peut créer une obligation de traitement en l'absence de profil bénéfice-risque favorable est exacte si l'on entend par "profil favorable" une supériorité démontrée des bénéfices sur les risques. Toutefois, dans de nombreux contextes cliniques, le problème n'est pas l'existence d'un profil défavorable, mais l'existence d'une incertitude élevée quant à l'équilibre des effets. Dans ces situations, le cadre GRADE et la littérature sur la décision médicale partagée reconnaissent que la variabilité des préférences peut justifier des recommandations conditionnelles plutôt qu'une interdiction catégorique.

Le rejet de l'autonomie des usagers trans par la SEGM constitue un motif majeur de la distanciation de Gordon Guyatt – pionnier de la médecine fondée sur les preuves – vis-à-vis de la SEGM, dont il avait co-signé plusieurs revues systématiques sur la médecine trans-spécifique. En septembre 2025, celui-ci déclare : « Il est inapproprié de n'accorder aucune valeur à l'autonomie [...] C'est un principe fondamental de la médecine fondée sur des preuves que de respecter les valeurs et les préférences des patients [...] Les personnes qui recherchent des soins d'affirmation de genre ont droit à ce respect. »<sup>55</sup>

Par ailleurs, le fait que les adolescents aient ou non la capacité à prendre des décisions médicales est fortement dépendant du contexte décisionnel, comme certains neurologues l'ont souligné dans une étude. Cette synthèse des connaissances actuelles en neurosciences indique que les capacités exécutives des adolescents sont comparables aux adultes dans des contextes structurés<sup>56</sup>. Les décisions médicales planifiées, encadrées par des adultes et non urgentes constituent typiquement des contextes 'froids', ce qui est caractéristique des contextes proposés par les recommandations de référence (WPATH 2022<sup>10</sup>, AWMF 2025<sup>34</sup>).

De plus, dans la plupart des systèmes juridiques, les décisions pédiatriques reposent sur une codécision entre parents et cliniciens, ce qui relativise l'idée selon laquelle une interdiction générale serait le seul moyen d'assurer la protection des mineurs.

## La subordination de l'autonomie à la bienfaisance et la non-malfaisance

En déduction des propositions précédentes, l'ASPS ajoute : « Globalement, et conformément aux cadres établis de longue date en éthique médicale, notamment ceux articulés par Beauchamp et Childress en 2019 et par le Comité de bioéthique de l'Académie américaine de pédiatrie en 2016, l'ASPS reconnaît que les chirurgiens doivent proposer des traitements qui sont médicalement indiqués et soutenus par l'attente que les bénéfices escomptés l'emportent sur les préjudices potentiels. Le processus d'éducation du patient et de consentement éclairé,

qui intègre les valeurs et les préférences du patient tout en reconnaissant son autonomie émergente, s'exerce à l'intérieur de ce seuil de preuve, et non indépendamment de celui-ci. »

Il est tout d'abord étonnant que l'ASPS reconnaisse la valeur de la subjectivité des patients uniquement dans le cadre de la décision médicale partagée, alors qu'à la suite de sa position, prise en évacuant le principe éthique d'autonomie, ce cadre de décision médicale partagée serait amené à disparaître avec l'interdiction des mammectomies d'affirmation de genre avant 19 ans.

L'ASPS cite en référence le cadre éthique contemporain, notamment développé dans le principisme de Beauchamp et Childress (bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et justice). Pourtant, comme dit précédemment, elle faillit à intégrer correctement le principe d'autonomie, ni celle des patients adolescents, ni même celle de leurs parents. Concernant la bienfaisance, il est notable, d'après les trois revues systématiques révisées par le HHS, que la magnitude des effets désirables est importante (jusqu'à 92% de satisfaction sur la poitrine, dans la méta-analyse de Miroshnychenko et collègues), bien qu'entourée d'une très faible certitude. Le principe de bienfaisance doit être examiné en regard de celui de non-malfaisance. Or, l'ASPS suggère ici que la balance éthique est défavorable en raison du principe de non-malfaisance : « Dans certains domaines, [ces revues systématiques] ont contribué à une compréhension plus claire des préjudices potentiels » ; « Parce que la base de données factuelles pour ce parcours de soins est d'un niveau de certitude faible ou très faible et qu'elle suggère de plus en plus de préjudices potentiels ».

Nous rappelons ici que ses affirmations se fondent sur une lecture erronée, voire fautive, de la revue de Miroshnychenko et collègues à propos des risques de dommages. La conclusion de ces derniers est qu'il y a une « forte certitude sur les résultats de mort [il y a 0% de mort peropératoire], de nécrose [il y a par exemple 0 cas de nécrose complète du lambeau cutané sur 290 torsoplasties étudiées], et de cicatrices excessives [il y a 5% d'hypertrophie cicatricielle estimée] ». Ces risques de dommages, très bas voire nuls, assortis d'une forte certitude, relativisent l'idée selon laquelle la balance des chirurgies d'affirmation de genre chez les jeunes serait clairement défavorable au regard du principe de non-malfaisance. L'ensemble de ces éléments suggère qu'une interdiction catégorique des chirurgies d'affirmation de genre chez les moins de 19 ans mérite une justification plus explicite au regard de l'ensemble des principes éthiques invoqués par Beauchamp et Childress, particulièrement sur les principes de non-malfaisance et d'autonomie.

## Du principe éthique de justice

S'agissant du principe éthique de justice, mobilisé également en éthique contemporaine par Beauchamp et Childress, au même titre que les trois autres, il est discuté par l'ASPS aux pages 5 et 6 de sa déclaration de position. Ce principe invite à examiner si les interventions chirurgicales irréversibles aux bénéfices psychosociaux recherchés sont soumises aux mêmes seuils d'exigence probatoire chez les patients adolescents transgenres et non-transgenres. Une différence de traitement requiert une justification explicite.

Notons en premier lieu que la recommandation de l'ASPS contre ces chirurgies d'affirmation de genre pour les moins de 19 ans entre en apparente contradiction avec ses propres chiffres de réduction mammaire esthétique chez les 19 ans ou moins<sup>57</sup>, c'est-à-dire de 5.325 cas, essentiellement chez des patientes non-transgenres, en 2024, sur l'ensemble des 263.342 cas

de chirurgies esthétiques sur des 19 ans ou moins (cf. le rapport statistique de l'ASPS de 2024 en image ci-dessous).

2024 COSMETIC SURGERY AGE DISTRIBUTION (19 AND UNDER <sup>1</sup> )	AGE 19 AND UNDER <sup>1</sup> 2024 TOTAL	AGE 19 AND UNDER <sup>1</sup> % of TOTAL PROCEDURES
<b>COSMETIC SURGICAL PROCEDURES - BREAST</b>		
Breast augmentation (implant placement for both primary and/or revisions)**	2,774	1%
Breast implant removals (augmentation patients only)**	13	0%
Breast lift (mastopexy)**	1,169	1%
Breast reduction (aesthetic patients only)**	5,325	7%
Breast reduction in males (gynecomastia surgery)**	2,942	11%
<b>COSMETIC SURGICAL PROCEDURES - BODY</b>		
Abdominoplasty (tummy tuck)**	123	0%
Buttock augmentation with fat grafting**	62	0%
Buttock implants**	9	1%
Buttock lift**	0	0%
Labiaplasty**	355	3%
Liposuction	3117	1%
Lower body lift**	17	0%
Thigh Lift**	9	0%
Upper arm lift (brachioplasty)**	9	0%
<b>COSMETIC SURGICAL PROCEDURES - FACE</b>		
Cheek implant (malar augmentation)**	315	3%
Chin augmentation (mentoplasty)**	408	7%
Ear surgery (otoplasty)**	1,706	35%
Eyelid surgery (blepharoplasty)**	95	0%
Facelift (rhytidectomy)**	27	0%
Facial fat grafting**	16	0%
Forehead lift**	25	0%
Neck lift**	22	0%
Nose reshaping (rhinoplasty)**	4,810	10%
<b>PROCEDURE TOTALS</b>	<b>23,348</b>	<b>1%</b>
<b>COSMETIC MINIMALLY INVASIVE PROCEDURES</b>		
Neuromodulator injection (Botox®, Dysport®, Xeomin®, Jeuveau®, Daxify®)	28,685	0%
Sclerotherapy	777	0%
Skin resurfacing (e.g., dermabrasion, chemical peel, ablative/non-ablative lasers, microdermabrasion)	6,127	0%
Skin treatment (combination lasers) (e.g., laser hair removal, IPL treatment, laser tattoo removal, laser treatment of leg veins)	211,317	7%
HA fillers (e.g., Juvederm Ultra®, Ultra Plus®, Voluma®, Volbella®, Vollure®, Restylane Lyft®, Restylane Silk®, Belotero®, Restylane®)	9,528	0%
Non-HA fillers (e.g., Radiesse®, Sculptra®, Bellafill®, Renuva®)	6,908	1%
<b>TOTAL COSMETIC MINIMALLY INVASIVE PROCEDURES</b>	<b>263,342</b>	<b>1%</b>

\*\* Counts of procedures performed by ASPS Member Surgeons only.  
<sup>1</sup> While patients under the age of 18 may access plastic surgery procedures under physician guidance and with the approval of a parent or guardian, this is atypical compared to the overall patient experience and the majority of cases within this data set are focused on the ages 18 to 19 years.  
 Maturity - Adolescents typically experience changes in perception of body image, so it is important to assess the stability of each individual's self-image before proceeding with plastic surgery. These are four attributes associated with body image that should be considered. These include physical reality of the appearance, perceptions of appearance, importance of appearance and the degree of satisfaction with appearance.  
 In addition, adolescents may not have the physical and/or emotional maturity to choose plastic surgery. They may have unrealistic expectations about the surgery itself or about the outcome. They also may not understand that additional surgery may be necessary because of complications or a change in personal desire. Finally, they may not have reached full physical development.  
 Informed Consent - It is important that the adolescent patient completely understand the procedure, possible complications and (if/when) or additional procedures at some future date. As with all cosmetic procedures, appropriate informed consent will be required. The education process associated with an informed consent should help the patient and the parent/guardian understand the risks, benefits and potential complications associated with the procedure.

2024 Procedural Statistics Release | Cosmetic Surgery Age Distribution **20**

L'ASPS se défend sur ce point de toute injustice par 6 arguments, tous opposables :

1. Pour l'ASPS, les indications « objectives » (réduction mammaire à visée esthétique chez les adolescentes non-transgenres) seraient moralement plus solides que les indications liées à l'identité ou au vécu subjectif. Or, en médecine, de nombreuses indications reposent sur la souffrance subjective, à commencer par la douleur chronique, ou la dépression clinique. La dysphorie de genre, en tant que détresse clinique, fait partie de ces indications, et il n'y a pas lieu de faire reposer cet argument sans justification sur une hiérarchie implicite entre souffrance corporelle et souffrance psychique. Quant à la résolution spontanée de l'indication, elle n'est non seulement pas caractérisée (les références mobilisées jusqu'ici de Drummond et collègues<sup>38</sup> et de Singh et collègues<sup>39</sup> ne permettent pas d'évaluer la résolution spontanée de la dysphorie de genre, comme nous l'avons montré), mais les taux de détransition ou de regret dans les prises en charge standards sont rapportés comme faibles dans les données disponibles, comme

nous l'avons dit précédemment <sup>16,23,25,49</sup>. Aussi, l'imprévisibilité de l'évolution n'est pas spécifique au genre (ex. scoliose, obésité, dépression adolescente). Enfin, et de manière générale, la médecine intervient régulièrement dans des domaines où les trajectoires futures sont incertaines (reproduction, sexualité, santé mentale), ce qui suggère l'existence possible d'une exigence probatoire ou prédictive plus élevée appliquée uniquement aux soins d'affirmation de genre, dans le texte de l'ASPS.

2. Pour l'ASPS, les bénéfices psychologiques des chirurgies d'affirmation de genre seraient difficiles à mesurer. Nous ne le contestons pas ; en revanche, nous ne pouvons que rappeler à l'ASPS qu'une grande partie de la médecine vise justement des résultats subjectifs (qualité de vie, bien-être, satisfaction), c'est le cas par exemple des bénéfices psychosociaux et existentiels attendus de l'orthogénie (avortement), mais c'est aussi particulièrement le cas des interventions chirurgicales esthétiques sur les jeunes non-transgenres, dont les bénéfices anticipés en termes de réduction de symptômes physiques tels que la douleur ou la fonctionnalité limitée, ainsi que les bénéfices psychosociaux majeurs, concourent ensemble à déterminer le niveau de bien-être physique, mental et social de la personne, c'est-à-dire sa santé au sens de l'OMS <sup>58</sup>. Cet argument échoue donc à démontrer l'impossibilité d'un parallèle avec la chirurgie esthétique.
3. Pour l'ASPS, il y aurait une incertitude sur l'existence même du bénéfice. À nouveau, nous ne contestons pas l'incertitude sur le bénéfice de ces interventions, mais l'implication d'une recommandation visant à retarder ces interventions jusqu'à 19 ans nous semble une interprétation excessive et disproportionnée du principe de précaution, dans la mesure où exiger la preuve forte du bénéfice avant toute intervention est incohérent avec de nombreux domaines médicaux où l'incertitude future et l'irréversibilité de l'acte sont acceptés si l'enjeu existentiel est élevé, et où l'autonomie corporelle est en jeu, comme c'est le cas par exemple de l'avortement chez les mineures <sup>59</sup>. Selon le GRADE Working Group, lorsque l'incertitude concernant les bénéfices ou les risques est importante, les panels de recommandations formulent généralement des recommandations faibles plutôt que fortes, précisément afin de tenir compte de la variabilité des préférences et des valeurs des patients (GRADE Handbook, section 6.1.2. "Weak recommendation" <sup>51</sup>).
4. L'ASPS reconnaît que la réduction mammaire chez les adolescentes non-transgenres est également irréversible et implique des dommages potentiels (perte de sensibilité du mamelon, incapacité à allaiter). Toutefois, elle impute aux chirurgies d'affirmation de genre une « implication permanente sur la fonction sexuelle, la fertilité, le rapport au corps, et de futurs besoins médicaux ». Aucune preuve ni démonstration n'est avancée à propos d'un impact permanent de la mammectomie d'affirmation de genre sur la fertilité ou de futurs besoins médicaux, qui n'est pas connue pour avoir de telles conséquences, à l'inverse des chirurgies génitales d'affirmation de genre, non pratiquées sur les mineurs transgenres. Par ailleurs, les chirurgies de réduction mammaire à visée esthétique chez les adolescentes non-transgenres ont également un effet permanent sur la fonction sexuelle et le rapport au corps. Enfin, d'autres types de soins relatifs à la santé sexuelle et reproductive d'adolescentes, tels que les soins de santé reproductive (la contraception et l'avortement), ferment également des « perspectives de développement futur » (en termes reproductifs), mais leur caractère irréversible n'est pas alors jugé disqualifiant s'il correspond aux intérêts de la personne.
5. Pour l'ASPS, « les procédures chirurgicales de genre interviennent directement dans les processus de construction de l'identité et du développement psychosexuel », à la

différence des interventions de réduction mammaire à visée esthétique chez les adolescentes non-transgenres. Nous contestons l'idée que ces dernières interventions n'ont pas d'influence sur l'identité des adolescentes en question, et de manière générale, nous affirmons que la médecine pédiatrique, notamment l'endocrinologie et la chirurgie pédiatriques, interviennent constamment sur l'identité et le développement, parfois même - et à tort - sans le consentement de l'enfant, comme dans le cas des soins hormono-chirurgicaux non-consentis sur enfants intersexes. À l'égard de ce dernier exemple, il est notable que les États américains ayant introduit des interdictions de soins endocrinologiques et chirurgicaux d'affirmation de genre ont systématiquement explicités que les interventions sur les enfants intersexes en étaient exclues<sup>60</sup>. En ce qui concerne la médecine reproductive, elle reconnaît la légitimité des adolescentes à orienter leur avenir identitaire et corporel (grossesse, parentalité, sexualité). L'incongruence de genre ayant été située par l'OMS en 2019 dans le champ de la santé sexuelle et reproductive<sup>61</sup>, le parallèle avec la médecine reproductive ne peut être ignoré.

6. Ici, l'ASPS prétend que les interventions d'affirmation de genre sont présentées comme « vitales » (« life-saving »), en citant deux références qui ne mentionnent pas la mammectomie d'affirmation de genre. Elle critique sur le fond cette qualification en affirmant que les décès par suicide sont rares et que « l'impact différentiel de la chirurgie sur la prévention du suicide est inconnu ». L'ASPS ne réussit pas à démontrer que la mammectomie d'affirmation de genre est présentée comme « vitale », nécessitant de ce fait un cadre médical décisionnel « d'urgence », précisément parce que les différents standards de soins s'accordent pour dire que son rôle dans la prévention du suicide est incertain - ce qui ne signifie pas pour autant qu'il est absent - et que le cadrage décisionnel doit être renforcé et multidisciplinaire (WPATH 2022<sup>10</sup>, AWMF 2025<sup>34</sup>). La mammectomie d'affirmation de genre est bien plus souvent présentée comme réduisant la souffrance non suicidaire, ce qui demeure une justification moralement pertinente. Notons finalement que là encore, en médecine reproductive, le caractère d'urgence, qui doit être évalué cas-par-cas, peut être avancé (par exemple, grossesse non désirée), sans que cela délégitime le soin.

Pris individuellement, chacun de ces arguments peut soulever des considérations éthiques pertinentes. Toutefois, l'ASPS ne démontre pas que ces différences sont moralement suffisantes pour justifier une dérogation au principe de justice, c'est-à-dire l'application de seuils décisionnels substantiellement différents pour des interventions chirurgicales comparables chez des adolescents transgenres et non-transgenres.

## Des recommandations cliniques sous tension

En fin de déclaration, l'ASPS revient sur l'évaluation des recommandations cliniques commandée par Hilary Cass et réalisée par Taylor et collègues en 2024<sup>62</sup>. Leur évaluation est représentée ci-dessous.

**Table 1** Critical appraisal domain scores

Guideline ID	Scope and purpose	Stakeholder involvement	Rigour of development	Clarity of presentation	Applicability	Editorial independence
AACAP 2012	65	39	44	63	7	31
American Academy of Paediatrics 2018	70	26	12	30	6	69
American Psychological Association 2015	74	74	24	50	18	14
Council for Choices in Healthcare Finland 2020	91	69	51	72	56	0
de Vries 2006	63	31	10	74	17	6
Endocrine Society 2009	65	33	44	70	22	31
Endocrine Society 2017	63	33	42	72	21	92
European Society for Sexual Medicine 2020	63	52	39	70	7	58
Fisher 2014	65	20	12	35	17	44
Health Policy Project 2015	63	63	16	24	33	6
Norwegian Directorate of Health 2020	76	81	30	57	47	17
Olipphant 2018	44	39	12	33	21	0
Pan American Health Organisation 2014	52	44	13	31	21	0
Royal Children's Hospital Melbourne 2018	81	59	19	41	19	14
Society for Adolescent Health and Medicine 2020	41	24	17	41	7	0
South African HIV Clinicians Society 2021	59	59	21	43	24	69
Strang 2018	87	31	18	37	15	19
Swedish National Board of Health & Welfare 2022	91	87	71	83	25	36
UCSF 2016	70	41	23	37	26	0
WPATH 2012	85	61	26	56	17	17
WPATH 2022	83	63	35	56	24	39

≥70% 31%-69% <30%

AACAP, American Academy of Child & Adolescent Psychiatry; UCSF, University of California, San Francisco; WPATH, World Professional Association for Transgender Health.

Elle reprend cette évaluation en affirmant que trois recommandations cliniques (WPATH 2022<sup>10</sup>, Endocrine Society 2017<sup>50</sup>, et American Academy of Pediatrics 2018<sup>63</sup>) ne présentent pas de critères suffisants pour être considérées comme de haute qualité. On peut noter à propos de la revue systématique de Taylor et collègues que ceux-ci ne recommandent que les lignes directrices finlandaises et suédoises. Il est notable que l'ASPS n'ait pas retenu que les lignes directrices suédoises autorisent la pratique de la mammectomie d'affirmation de genre en dessous de 18 ans, sous les conditions du « protocole néerlandais », et que les lignes directrices finlandaises ne la recommandent pas plus qu'elles ne la déconseillent, puisqu'elle n'est tout simplement pas évaluée chez les mineurs, et pas pratiquée en Finlande.

Pour le reste, nous rejoignons l'évaluation de la revue systématique de Taylor et collègues sur l'insuffisante qualité de la plupart des recommandations cliniques. Ce constat est d'ailleurs partagé par l'évaluation de ces mêmes lignes directrices par l'AWMF (en annexe)<sup>34</sup>, dont les scores DELBI sont représentés ci-dessous.

## Overview of DELBI appraisals

Institution (year)	Domain 1: Scope and purpose	Domain 2: Stakeholder involvement	Domain 3: Methodological rigour	Domain 4: Clarity and presentation	Domain 5: General applicability	Domain 6: Editorial independence	Domain 7: Applicability in Germany
AACAP (2012, USA)	0,33	0,13	0,31	0,38	0	0,42	0,19
AAP (2018, USA)	0,33	0,17	0,07	0,13	0,06	0,33	0,08
Académie nationale de médecine (2022, France)	0,22	0	0,05	0,25	0	0	0,11
APA (2015, USA)	0,33	0,25	0,24	0,29	0,11	0,42	0,11
COHERE (2020, Finland)	0,56	0,25	0,33	0,50	0,33	0	0,22
Endocrine Society (2017, international)	0,44	0,25	0,40	0,63	0,22	0,50	0,42
Helsedirektoratet (2021, Norway)	0,22	0,58	0,05	0,50	0	0	0,22
NHS England (2024)	0,44	0,33	0,38	0,50	0,33	0,17	0,33
RANZCP (2021, Australia & New Zealand)	0,33	0,04	0,05	0,17	0,06	0,08	0,11
Socialstyrelsen (2022, Sweden)	0,56	0,50	0,62	0,67	0	0,33	0,28
UKOM (2023, Norway)	0,33	0,17	0,05	0,50	0	0	0,17
WPATH (2022, international)	0,61	0,42	0,50	0,63	0,28	0,50	0,44

Continuous colour scale with the following anchors: 0 0,50 1

The DELBI instrument (Beyer et al., 2008; German Instrument for Methodological Guideline Appraisal) with one or two reviewers was used to assess the extent to which the reviewed documents fulfil the quality standards for guidelines and similar publications with recommendations for clinical practice, even if some of the reviewed documents are not guidelines in the narrower sense. According to a DELBI rating, the methodological quality of the recommendations for the 7 domains listed in the table is indicated on a scale from 0 (poor quality) to 1 (very good quality).

L'AWMF rejoint donc le constat de Taylor et collègues d'une difficulté générale à produire des lignes directrices de haute qualité. Malheureusement, le Rapport Cass (NHS England, 2024)<sup>16</sup>, cité en référence par l'ASPS, ne se distingue pas des autres documents, au contraire, d'après l'évaluation faite par l'AWMF. L'AWMF estime que le Rapport Cass présente des faiblesses méthodologiques importantes : l'élaboration du rapport repose sur une autrice unique, sans procédure formelle de consensus ni transparence sur l'implication d'experts ou de sociétés savantes ; il n'existe ni gradation explicite du niveau de preuve ni force des recommandations ; aucune relecture externe ni procédure de mise à jour n'a été prévue ; les conflits d'intérêts et le financement ne sont pas déclarés de manière détaillée ; l'applicabilité est jugée faible, faute d'analyse des barrières, des implications financières ou de critères de suivi. L'AWMF relève en outre que certaines recommandations ne sont pas clairement dérivables des données présentées - notamment le recours à la psychothérapie en première intention - et que les effets et risques des interventions psychosociales sont peu discutés ou inégalement pondérés par rapport aux interventions somatiques. L'ensemble conduit à une évaluation DELBI globalement basse à moyenne, avec une rigueur méthodologique et une indépendance éditoriale jugées faibles (0,38 et 0,17 point, sur une échelle de 0 à 1).

Dans une communication orale donnée à la conférence EPATH de 2025, Georg Romer, médecin coordinateur des recommandations de l'AWMF, critique également le statut autodéclaré « d'indépendance » d'Hilary Cass<sup>64</sup> : non seulement cette indépendance est impossible à vérifier en l'absence de déclaration de liens d'intérêt, mais il remarque aussi, en se penchant sur les précédents « rapports indépendants » commandés au Royaume-Uni que « l'indépendance des évaluateurs vis-à-vis des services à examiner était garantie, tout en étant combinée à la reconnaissance de leur expertise dans le domaine concerné. L'indépendance vis-à-vis de l'expertise spécialisée – c'est-à-dire la capacité à considérer un domaine complexe "de l'extérieur" – n'avait auparavant pas été définie comme une qualité requise. » Entre les lignes, Georg Romer suggère que l'indépendance, telle qu'elle avait été conçue jusqu'avant le « Rapport Cass », ne se confinait pas à une ignorance du domaine.

Vis-à-vis de l'indépendance d'Hilary Cass des agendas politiques, il rappelle des déclarations publiques de juin 2023 de Sir Sajid Javid (Parti Conservateur), ancien ministre britannique de la Santé (en 2021-2022) : « Je suis devenu ministre de la Santé en juin 2021 [...] Le NHS avait déjà lancé une évaluation indépendante du service GIDS, menée par la Dr Hilary Cass. Elle approchait de la publication de son rapport intermédiaire, elle avait donc de nombreux résultats, et je souhaitais la rencontrer – ce que je lui ai demandé. Et ce que j'entendais, c'est que de jeunes personnes se présentaient au NHS en disant : “Je pense être une fille dans un corps de garçon” ou l'inverse, et qu'au lieu de remettre cela en question, avec prudence, l'approche adoptée était entièrement affirmative – un auto-diagnostic, en somme. C'était un immense scandale. Dès que j'ai appris tout cela, j'ai estimé qu'il fallait agir. J'ai rencontré les dirigeants du NHS, et j'ai entamé le processus de fermeture du Tavistock. » (cf. extrait ci-dessous des diapositives de George Romer à la conférence de l'EPATH 2025)



#### BRITISH TV DOCUMENTARY *THE CLINIC*, BROADCASTED JUNE 25TH 2023



**Sir Sajid Javid**

Secretary of State for  
Health and Social Care  
(2021-2022,

*„I became Secretary of Health in June 2021 ... the NHS had already began an independent review into the GIDS service by Dr Hilary Cass. She was getting close to publishing her interim report, so she had a lot of findings and so I wanted to meet with her and I asked her to do so. And what I was hearing here was that you were getting these young people presenting themselves to the NHS saying I think I am a girl living in a boy's body or vice versa and instead of questioning, whilst taking this tentatively, it was an affirmative, a completely affirmative approach, it was a self-diagnosis. This was a huge scandal. As soon as I heard all of that I felt that something had to be done. I met with NHS leaders, and I started the process of shutting down the Tavistock.“*

À en croire les propos publics de l'ancien ministre, Hilary Cass lui a présenté un portrait catastrophiste de l'approche médicale hospitalière britannique fournissant des soins d'affirmation de genre aux mineurs trans (les unités GIDS de la fondation Tavistock), et ce, avant même que ne soient connus les travaux de revue systématique de la littérature (commandés pour le rapport Cass et publiés en 2024), ce qui remet profondément en question l'indépendance supposée de la pédiatre, a fortiori vis-à-vis du pouvoir politique. « L'immense scandale » dont se fait l'écho l'ancien ministre doit être mesuré à l'aune des résultats de l'audit réalisé par Cass elle-même et publié ultérieurement en 2024 : sur la population suivie dans les services spécialisés « GIDS » de la Tavistock entre avril 2018 et décembre 2022, seuls 27 % des patients ont été orientés en endocrinologie, après une moyenne de 6,7 consultations pédiatriques (Annexe 8, p. 9). De plus, sur les 3.306 patients ayant fait l'objet de l'audit, Cass a observé moins de 10 cas de détransitions, soit moins de 0,3 % de la patientèle (Annexe 8, p. 13), dont aucun n'avait fait de mammectomie d'affirmation de genre <sup>16</sup>.

En ce qui concerne le rapport du HHS <sup>24</sup> cité lui aussi en référence par l'ASPS, il n'a pas été évalué par l'AWMF, bien qu'il ait été fortement critiqué par ailleurs <sup>65-67</sup> ; des relecteurs institutionnels notamment ont relevé des déficits de transparence, de méthode et de symétrie des risques <sup>65</sup>. Ce rapport a été commandé par le Président Donald Trump dans l'*Executive Order 14187* de janvier 2025 <sup>2</sup>, avec pour mission confiée au HHS de « prendre toutes les mesures appropriées pour mettre fin aux mutilations chimiques et chirurgicales des enfants ».

Le HHS a donc produit, en près de trois mois, conformément à la demande, une appréciation clinique des soins pédiatriques d'affirmation de genre allant univoquement dans le sens d'une interdiction, et dans cet objectif a semble-t-il fait plier la lecture des preuves pour que les recommandations qui en dérivent soient prédéterminées par cette interdiction. On ne peut donc en conclure raisonnablement à l'indépendance éditoriale du rapport du HHS. Pas plus qu'on ne peut conclure à l'indépendance de ses auteurs : lors de sa publication en mai 2025, le rapport était encore anonyme.

Depuis lors, les auteurs ont été désanonymisés <sup>65</sup>, ce qui a permis de caractériser d'éventuels conflits d'intérêt. Au regard du Cochrane Handbook <sup>68</sup>, un conflit d'intérêts est « un ensemble de circonstances » créant un risque que le jugement professionnel soit « indûment influencé » par un intérêt secondaire - financier ou non financier - et l'analyse doit aussi tenir compte du fait que les intérêts non financiers sont rarement déclarés et qu'il faut parfois inférer leur existence à partir d'indices (relations institutionnelles pertinentes, positions idéologiques « fixées », etc.). Or, les auteurs identifiés autour du rapport HHS cumulent précisément ce type de « circonstances » <sup>69</sup> : plusieurs déclarent des liens financiers directement connectés au contentieux et au lobbying qui structurent le champ <sup>65</sup> (paiements pour expertises judiciaires, consultations juridiques, honoraria et prises en charge de conférences) - autrement dit, des revenus dépendants du maintien d'un rôle public d'« expert » mobilisable dans des procédures et batailles réglementaires sur la médecine des mineurs trans. Quand des auteurs déclarent des revenus liés au contentieux et au lobbying, la question n'est pas de prouver une malhonnêteté : c'est d'exiger des garde-fous, parce que le risque d'influence indue est structurel. À cela s'ajoutent des liens d'intérêt non financiers lourds : proximité affichée avec des organisations et écosystèmes militants explicitement engagés contre les droits et les soins des personnes trans (par exemple, SEGM, think tanks et circuits médiatiques/événementiels dédiés à la contestation de ces soins), et, pour certains, connexions revendiquées ou documentées avec des organisations que le Southern Poverty Law Center classe comme « *hate groups* » <sup>69,70</sup> (par exemple, American College of Pediatricians, Alliance Defending Freedom, Family Research Council), ce qui constitue un faisceau d'intérêts idéologiques et réputationnels évident dans un sujet hautement polarisé. Pris ensemble, ces éléments dépassent le simple « intérêt » académique et correspondent à une situation de « *notable concern* » selon Cochrane : des auteurs dont une partie des revenus, de la visibilité publique, et des alliances institutionnelles sont structurellement arrimés à une position partisane sur le sujet, tout en produisant un document gouvernemental présenté comme synthèse scientifique « neutre » - exactement le type de configuration que le Cochrane Handbook invite à traiter comme un risque sérieux « d'influence indue ».

Quant aux lignes directrices de l'AWMF, publiées en 2025 après plus de sept ans de construction de consensus entre 26 sociétés savantes médicales et psychothérapeutiques et 2 organisations de patients, l'ASPS, comme nous l'avons indiqué, ne les mentionne tout simplement pas. Elles sont pourtant elles aussi appuyées par une revue systématique de la littérature, et sont gradées, par Romer et collègues dans une publication à paraître, par le même outil d'évaluation standard des recommandations AGREE II que pour la revue systématique de Taylor et collègues, de la façon suivante <sup>64</sup>:

Recommendation Document	Scientific recommendation documents without guideline claim or standard		Medical Guidelines			
	Cass Review NHS England	NC Ethics (SUI)	SFEDP (FRA)	ESPE (EUR)	Sexol/Psychiatr/Endocrin SOC (POL)	AWMF (GER)
Representation of disciplines	0	++	+	+	++	+++
Evidence reviews	+++	0	+	+	+	++(+)
Formulation of recommendations	0	++	++	++	+	+++
External review of guideline	0	0	++	+	++	+++
Mangement of COIs	0	++	++	++	0	+++

Dans la méthode de l'AWMF visant à parvenir au consensus recommandant entre autres, et sous certaines conditions, la mammectomie d'affirmation de genre pour les mineurs, il a fallu mettre en place des conférences de consensus structurées avec une modération externe et la possibilité de soumettre des opinions dissidentes. La force du consensus est documentée pour chaque recommandation individuellement (supérieure à 95 % pour presque toutes). Comme autre critère de qualité de recommandations cliniques selon l'outil AGREE II, l'AWMF performe particulièrement sur l'évaluation externe de ses recommandations. Il y a eu en effet une phase de consultation en ligne transparente (via LimeSurvey) après la première version du projet (mars 2024), ouverte aux membres des 28 organisations impliquées. Tous les commentaires reçus et leur prise en compte dans la révision du projet sont publiés dans le rapport méthodologique. Puis il y a eu l'examen externe et la certification du rapport méthodologique par l'institut AWMF, jusqu'à obtention d'une version révisée, incluant certaines recommandations modifiées, approuvée finalement par les 28 conseils exécutifs des organisations participantes, avant la certification et la publication finale par l'AWMF.

## Conclusions finales

Bien que la déclaration de position de l'ASPS ne se revendique pas comme une ligne directrice clinique (« Ce document ne constitue pas une recommandation de pratique clinique. L'ASPS n'a pas entrepris de processus formel d'élaboration de recommandations, lequel inclurait une évaluation systématique et indépendante des preuves, des panels de consensus ou des déterminations sur la force des recommandations. »), son avis demeure normatif pour ses membres, ainsi que pour les chirurgiens plasticiens des États-Unis et du reste du monde. Or, l'ASPS faillit précisément là où elle accuse : l'anonymat des rédacteurs du rapport ne permet pas d'identifier d'éventuels conflits d'intérêt. Le court-circuitage d'un groupe de travail multidisciplinaire et multi-perspectives dédié à l'ASPS depuis 2024 à cette question de recherche ajoute à l'opacité et au manque démocratique dans la conception de la déclaration. L'immixtion d'une "agence fédérale" dans l'initiation<sup>52</sup>, et peut-on le penser à l'égard de la recommandation et du seuil d'âge arbitraire décidé de façon inexplicite (ne pas faire ces chirurgies avant 19 ans, conformément à l'*Executive Order 14187* du Président Donald Trump<sup>2</sup>), dans l'orientation générale de cette position de déclaration, rajoute au trouble. Qu'une majorité significative des contributions des partis politiques aux États-Unis par les chirurgiens plasticiens soient dirigées vers le Parti Républicain (1,7 million de dollars vs. 963 mille dollars pour le parti adverse)<sup>71</sup>, et que le président en exercice de l'ASPS, Bob Basu, aie lui-même fait

plusieurs centaines de dons depuis plus de 10 ans aux comités du Parti Républicain et aux campagnes électorales de Donald Trump <sup>72</sup>, ne fait que renforcer l'impression générale d'une inclination partisane de l'ASPS en faveur de la doctrine présidentielle d'interdiction des soins pédiatriques d'affirmation de genre, en déviation par rapport aux méthodes codifiées d'élaboration de recommandations cliniques indépendantes des politiques partisanes.

En guise de conclusion, nous rappellerons à l'ASPS ses propres déclarations de 2024 : « la position de [l'ASPS] a toujours été que ses membres doivent pouvoir prodiguer des soins médicaux sans crainte de sanctions gouvernementales ou de criminalisation - et l'ASPS s'oppose à toute tentative d'empiétement juridique sur l'exercice de la médecine » <sup>73</sup>.

L'*Executive Order 14187* du Président Donald Trump, a ordonné : « Le Secrétaire à la Santé et aux Services sociaux (HHS) doit, conformément à la loi en vigueur, prendre toutes les mesures appropriées pour mettre fin aux mutilations chimiques et chirurgicales des enfants, y compris par des actions réglementaires et infra-réglementaires, lesquelles peuvent concerner les lois, programmes, problématiques ou documents suivants [...] » <sup>2</sup>. Il est probable que l'ASPS ait – dans cette déclaration de position de 2026 – fléchi face à un impératif partisan aux conclusions doctrinales prédéterminées. Les soignants des personnes trans, qu'ils soient chirurgiens ou non, qu'ils soient américains ou non, devront à l'avenir redoubler de vigilance quant à des prises de position professionnelles à prétention d'indépendance sur le sujet des soins pédiatriques d'affirmation de genre. Quant à nous, nous ne plaidons pas pour l'absence de cadre médical : nous plaidons contre la transformation d'une incertitude en interdit, et pour la centralité de l'évaluation clinique multidisciplinaire et individualisée.

## RÉFÉRENCES

1. ASPS. *Position Statement on Gender Surgery for Children and Adolescents*. 2026. <https://www.plasticsurgery.org/for-medical-professionals/health-policy/position-statements>
2. The White House. *Protecting Children From Chemical and Surgical Mutilation*. Federal Register. January 28, 2025. Accessed February 12, 2026. <https://www.federalregister.gov/documents/2025/02/03/2025-02194/protecting-children-from-chemical-and-surgical-mutilation>
3. Wikipedia. *Executive Order 14187*. In: *Wikipedia*. 2025. Accessed February 12, 2026. [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Executive\\_Order\\_14187&oldid=1326582445](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Executive_Order_14187&oldid=1326582445)
4. Gaffney T. *Amid federal pressure, more hospitals stop gender-affirming care for minors*. STAT. February 5, 2026. Accessed February 12, 2026. <https://www.statnews.com/2026/02/05/hospitals-stop-gender-care-minors-trump-administration-pressure/>
5. Reed E. *Trump Administration Targets Major LGBTQ+ Health Care Centers In Latest Legal Attack*. February 12, 2026. Accessed February 12, 2026. <https://www.erinthemorning.com/p/trump-administration-targets-major>
6. Human Rights Watch. *US: Trans Youth's Access to Lifesaving Care Under Threat | Human Rights Watch*. February 3, 2025. Accessed February 12, 2026. <https://www.hrw.org/news/2025/02/03/us-trans-youths-access-lifesaving-care-under-threat>

7. Reed E. Trans Youth Suicides Skyrocketed In UK After Care Drawdown; Government Covers It Up. February 29, 2026. Accessed February 12, 2026.  
<https://www.erininthemorning.com/p/trans-youth-suicides-skyrocketed>
8. Lee WY, Hobbs JN, Hobaica S, DeChants JP, Price MN, Nath R. State-level anti-transgender laws increase past-year suicide attempts among transgender and non-binary young people in the USA. *Nat Hum Behav*. Published online September 26, 2024:1-11. doi:10.1038/s41562-024-01979-5
9. Russell J. Detransitioner who regrets mastectomy wins \$2 million in malpractice lawsuit against doctors. LGBTQ Nation. February 4, 2026. Accessed February 12, 2026.  
<https://www.lgbtqnation.com/2026/02/detransitioner-who-regrets-mastectomy-wins-2-million-in-malpractice-lawsuit-against-doctors/>
10. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*. 2022;23(sup1):S1-S259. doi:10.1080/26895269.2022.2100644
11. WPATH. WPATH and USPATH Respond to American Society of Plastic Surgeons (ASPS) Position Statement. WPATH. February 4, 2026. Accessed February 12, 2026.  
<https://wpath.org/resources/public-statements/>
12. Gaffney T. Did the AMA change its position on surgery for transgender minors? STAT. February 10, 2026. Accessed February 12, 2026.  
<https://www.statnews.com/2026/02/10/medical-societies-trans-care-minors-ama-asps/>
13. AMA. Clarification of Evidence-Based Gender-Affirming Care H-185.927. 2024. Accessed February 12, 2026. <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/%22Clarification%20of%20Evidence-Based%20Gender-Affirming%20Care%22?uri=%2FAMADoc%2FHOD-185.927.xml>
14. PALKO. *Alaikäisten sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät*. 2020. Accessed February 13, 2026.  
<https://palveluvalikoima.fi/sukupuolidysforia-alaikaiset>
15. Socialstyrelsen. *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori*. 2022. Accessed February 12, 2026. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-kunskapsstod/publicerade-kunskapsstod/barn-och-unga-med-konsdysfori/>
16. Cass H. Independent review of gender identity services for children and young people: Final report. Published online April 9, 2024. Accessed April 22, 2024.  
[https://policycommons.net/artifacts/12036609/cassreview\\_final/12930188/](https://policycommons.net/artifacts/12036609/cassreview_final/12930188/)
17. Southern Poverty Law Center. Dynamics within the anti-LGBTQ+ pseudoscience network. Southern Poverty Law Center. December 12, 2023. Accessed February 13, 2026.  
<https://www.splcenter.org/resources/reports/defining-pseudoscience-network/>
18. SBU. Könsdysfori hos barn och unga. December 20, 2019. Accessed February 13, 2026.  
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/ny-konsdysfori-hos-barn-och-unga/>

19. Marinkovic M, Newfield RS. Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth: Experience from one pediatric center. *International Journal of Transgenderism*. 2017;18(4):376-381. doi:10.1080/15532739.2017.1349706
20. Olson-Kennedy J, Warus J, Okonta V, Belzer M, Clark LF. Chest Reconstruction and Chest Dysphoria in Transmasculine Minors and Young Adults: Comparisons of Nonsurgical and Postsurgical Cohorts. *JAMA Pediatr*. 2018;172(5):431-436. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.5440
21. Archives of Disease in Childhood. Gender Identity Service Series. Archives of Disease in Childhood. 2024. Accessed February 13, 2026. <https://adc.bmj.com/pages/gender-identity-service-series>
22. Taylor J, Hall R, Langton T, Fraser L, Hewitt CE. Care pathways of children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review. Published online November 1, 2024. doi:10.1136/archdischild-2023-326760
23. Miroshnychenko A, Roldan YM, Ibrahim S, et al. Mastectomy for Individuals with Gender Dysphoria Younger Than 26 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2025;155(6):915. doi:10.1097/PRS.0000000000011734
24. HHS. Treatment for Pediatric Gender Dysphoria. May 1, 2025. Accessed September 10, 2025. <https://opa.hhs.gov/gender-dysphoria-report>
25. Dopp AR, Peipert A, Buss J, De Jesús-Romero R, Palmer K, Lorenzo-Luaces L. Interventions for Gender Dysphoria and Related Health Problems in Transgender and Gender-Expansive Youth: A Systematic Review of Benefits and Risks to Inform Practice, Policy, and Research. *Rand Health Q*. 2025;12(2):2.
26. Thompson L, Sarovic D, Wilson P, et al. A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 3) treatment. *PLOS Global Public Health*. 2023;3(8):e0001478. doi:10.1371/journal.pgph.0001478
27. Schechter L, Berli JU, Bluebond-Langner R. Discussion: Mastectomy for Individuals with Gender Dysphoria Younger Than 26 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2025;155(6):924. doi:10.1097/PRS.0000000000011963
28. Armstrong K, Morrison SD, Lee JA, Kuzon WM. Mastectomy for Individuals with Gender Dysphoria Younger Than 26 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2026;157(1):144e. doi:10.1097/PRS.0000000000012404
29. Lane M, Jordan S, Suwanabol PA, Haley CA, Morrison SD, Peters BR. Mastectomy for Individuals with Gender Dysphoria Younger Than 26 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2026;157(1):140e. doi:10.1097/PRS.0000000000012352
30. Cochrane. Chapter III: Reporting the review. In: 2024. Accessed February 14, 2026. <https://www.cochrane.org/authors/handbooks-and-manuals/handbook/current/chapter-iii#section-iii-3-1>
31. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. Published online March 29, 2021. doi:10.1136/bmj.n160

32. Becker-Hebly I, Fahrenkrug S, Campion F, Richter-Appelt H, Schulte-Markwort M, Barkmann C. Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: a descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30(11):1755-1767. doi:10.1007/s00787-020-01640-2
33. Hinson C, Sink M, Buntic RF, et al. Staged Mastopexy or Mammoplasty Prior to Nipple-Sparing Mastectomy: A Systematic Review of Safety and Nipple–Areola Complex Outcomes. *Aesthet Surg J*. 2025;45(8):807-813. doi:10.1093/asj/sjaf058
34. AWMF. *S2k-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz Und Geschlechtsdysphorie Im Kindes- Und Jugendalter – Diagnostik Und Behandlung*. 2025. Accessed March 14, 2025. <https://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/geschlechtsinkongruenz-und-geschlechtsdysphorie-im-kindes-und-jugendalter-diagnostik-und-behandlung>
35. Alexander PE, Bero L, Montori VM, et al. World Health Organization recommendations are often strong based on low confidence in effect estimates. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2014;67(6):629-634. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.09.020
36. Meng M, Zhou Q, Lei W, et al. Recommendations on Off-Label Drug Use in Pediatric Guidelines. *Front Pharmacol*. 2022;13. doi:10.3389/fphar.2022.892574
37. Guyatt G, Brignardello-Petersen R, Ibrahim S, Roldán-Benitez Y, Couban R. Systematic reviews related to gender-affirming care. Department of Health Research Methods, Evidence, and Impact (HEI). August 14, 2025. Accessed February 17, 2026. <https://hei.healthsci.mcmaster.ca/systematic-reviews-related-to-gender-affirming-care/>
38. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*. 2008;44(1):34-45. doi:10.1037/0012-1649.44.1.34
39. Singh D, Bradley SJ, Zucker KJ. A Follow-Up Study of Boys With Gender Identity Disorder. *Front Psychiatry*. 2021;12. doi:10.3389/fpsy.2021.632784
40. Temple Newhook J, Pyne J, Winters K, et al. A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*. 2018;19(2):212-224. doi:10.1080/15532739.2018.1456390
41. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. APA; 2013.
42. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. American Psychiatric Publishing; 1980.
43. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*. American Psychiatric Association; 1987.
44. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 1994:xxvii, 886.

45. Zucker KJ, Wood H, Singh D, Bradley SJ. A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. In: *Treating Transgender Children and Adolescents*. Routledge; 2013.
46. Williams C. #DiscoSexology Part III: The Report Controversy. *TransAdvocate*. January 27, 2017. Accessed February 15, 2026. [https://www.transadvocate.com/part-iii-the-report-controversy-the-rise-and-fall-of-discosexology-dr-zucker-camh-conversion-therapy\\_n\\_19672.htm](https://www.transadvocate.com/part-iii-the-report-controversy-the-rise-and-fall-of-discosexology-dr-zucker-camh-conversion-therapy_n_19672.htm)
47. Turban JL, Beckwith N, Reisner SL, Keuroghlian AS. Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(1):68-76. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.2285
48. ILGA-Europe. *Intersections 2.0: Key Findings on Conversion Practices in Europe*. January 26, 2026. Accessed February 14, 2026. <https://www.ilga-europe.org/report/intersections-2-0-conversion-practices-in-europe/>
49. deMayo BE, Gallagher NM, Leshin RA, Olson KR. Stability and Change in Gender Identity and Sexual Orientation Across Childhood and Adolescence. *Monogr Soc Res Child Dev*. 2025;90(1-3):7-172. doi:10.1111/mono.12479
50. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society\* Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869-3903. doi:10.1210/jc.2017-01658
51. GRADE Working Group. *GRADE Book*. 2025. Accessed February 14, 2026. <https://book.gradepro.org/guideline/overview-of-the-grade-approach>
52. Leibowitz S. Post | LinkedIn. February 9, 2026. Accessed February 12, 2026. [https://www.linkedin.com/posts/scott-leibowitz-md\\_file-under-understanding-the-integrity-activity-7427049171729190913-pDc8/?utm\\_source=share&utm\\_medium=member\\_android&rcm=ACoAAA1FmygBeYr5Wo8w06GppFPTokzEti3DiS0](https://www.linkedin.com/posts/scott-leibowitz-md_file-under-understanding-the-integrity-activity-7427049171729190913-pDc8/?utm_source=share&utm_medium=member_android&rcm=ACoAAA1FmygBeYr5Wo8w06GppFPTokzEti3DiS0)
53. Hoque F. Shared Decision-Making in Patient Care: Advantages, Barriers and Potential Solutions. *J Brown Hosp Med*. 2024;3(4):13-15. doi:10.56305/001c.122787
54. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press; 2001.
55. Carnell H. Trans health care “skeptics” lost a key ally—now they’re having a meltdown. *Mother Jones*. September 23, 2025. Accessed February 17, 2026. <https://www.motherjones.com/politics/2025/09/guyatt-transgender-care-youth-medicine-evidence-segm/>
56. Ravindranath O, Perica MI, Parr AC, et al. Adolescent neurocognitive development and decision-making abilities regarding gender-affirming care. *Developmental Cognitive Neuroscience*. Published online February 12, 2024:101351. doi:10.1016/j.dcn.2024.101351
57. ASPS. *Plastic Surgery Statistics*. American Society of Plastic Surgeons. 2024. Accessed February 14, 2026. <https://www.plasticsurgery.org/news/plastic-surgery-statistics>

58. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization (1948). 2026. Accessed February 14, 2026. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
59. Ashley F. Adolescent Medical Transition is Ethical: An Analogy with Reproductive Health. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 2022;32(2):127-171.
60. Mar SA, Earp BD, Indig G, et al. US Laws Restricting Medical Care for Transgender Minors: Statutory Inconsistencies Involving Intersex and Other Individuals. *JAMA Health Forum*. 2025;6(11):e254157. doi:10.1001/jamahealthforum.2025.4157
61. World Health Organization. Gender incongruence and transgender health in the ICD. 2026. Accessed February 14, 2026. <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>
62. Taylor J, Hall R, Heathcote C, Hewitt CE, Langton T, Fraser L. Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of guideline quality (part 1). Published online November 1, 2024. doi:10.1136/archdischild-2023-326499
63. Rafferty J, COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, COMMITTEE ON ADOLESCENCE, et al. Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2018;142(4):e20182162. doi:10.1542/peds.2018-2162
64. Romer G. Beyond the Cass Review: New Clinical Practice Guidelines and Ethical Recommendations in Youth Transgender Health Care across Europe. In: 2025. [https://epath.eu/wp-content/uploads/2025/09/Georg\\_Romer\\_Final.pdf](https://epath.eu/wp-content/uploads/2025/09/Georg_Romer_Final.pdf)
65. HHS Office of Population Affairs. Gender Dysphoria Report Peer Reviews and Responses. November 2025. Accessed February 12, 2026. <https://opa.hhs.gov/gender-dysphoria-report-peer-reviews>
66. Dowshen N, Baker K, Garofalo R, et al. A Critical Scientific Appraisal of the Health and Human Services Report on Pediatric Gender Dysphoria. *Journal of Adolescent Health*. 2025;77(3):342-345. doi:10.1016/j.jadohealth.2025.06.002
67. Rider GN, Weideman BCD, Ehrensaft D, et al. Scientific Integrity and Pediatric Gender Healthcare: Disputing the HHS Review. *Sex Res Soc Policy*. Published online October 13, 2025. doi:10.1007/s13178-025-01221-5
68. Cochrane. Chapter 7: Considering bias and conflicts of interest among the included studies. In: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, Version 6.5*. 2024. Accessed February 12, 2026. <https://www.cochrane.org/authors/handbooks-and-manuals/handbook/current/chapter-07#section-7-8-1>
69. Baum S. Trump's Anti-Trans Report Authors Revealed: Hate Groups and Billionaire-Funded Anti-Trans Activists. November 20, 2025. Accessed February 12, 2026. <https://www.erininthemorning.com/p/trumps-anti-trans-report-authors>
70. Southern Poverty Law Center. Anti-LGBTQ. Southern Poverty Law Center. 2024. Accessed February 15, 2026. <https://www.splcenter.org/resources/extremist-files/anti-lgbtq/>

71. Wells MW, Chang IA, Gatherwright JR. A Longitudinal, Geographical, and Descriptive Analysis of Political Contributions of Plastic Surgeons. *Aesth Plast Surg*. 2022;46(4):2053-2059. doi:10.1007/s00266-021-02686-6
72. FEC. Browse Individual contributions. FEC.gov. 2026. Accessed February 12, 2026. [https://www.fec.gov/data/receipts/individual-contributions/?contributor\\_name=Bob+basu&max\\_date=12%2F31%2F2026](https://www.fec.gov/data/receipts/individual-contributions/?contributor_name=Bob+basu&max_date=12%2F31%2F2026)
73. ASPS. ASPS Statement Regarding Gender Surgery for Adolescents. American Society of Plastic Surgeons. August 14, 2024. Accessed February 17, 2026. <https://www.plasticsurgery.org/reconstructive-procedures/asps-statement-regarding-gender-surgery-for-adolescents>