

Transition de genre : réflexion critique sur l'autonomie décisionnelle de l'enfant transgenre

par **Johanne CLOUET***

Dans son article, l'auteure fait d'abord un état des lieux entre ce qui constitue un soin requis et un soin non requis par l'état de santé de la personne mineure. Après avoir précisé l'incidence de cette distinction sur l'autonomie décisionnelle de la personne mineure, l'auteure aborde plus particulièrement la question des soins de transition de genre. S'appuyant sur la littérature scientifique, elle apporte une réflexion critique relativement à la posture des tribunaux, ces derniers qualifiant les soins de ce type de « soins non requis » qui présentent un risque sérieux et qui peuvent causer des effets graves et permanents.

In this article, the author begins with an overview of what constitutes care that is necessary or not necessary to a minor's health. After clarifying the impact of this distinction on decision-making autonomy of minors, the author addresses more specifically the issue of gender reassignment care. Drawing on the scientific literature, the author provides a critical examination of the position taken by the courts that such care is not necessary for a minor's health and that it entails a serious risk and may cause serious and permanent side effects.

En su artículo, la autora realiza primero un examen de lo que constituye una atención requerida y una atención no requerida dependiendo del estado de salud de un menor. Tras precisar la incidencia de esta distinción en la autonomía de decisión del menor, la autora aborda, de forma más específica, el tema de la atención en la transición de género. Con base en la literatura científica, ella aporta una reflexión crítica relativa a la posición de los tribunales, que califican este tipo de cuidados o atenciones como « atenciones no requeridas » que suponen un riesgo grave y que pueden causar efectos graves y permanentes.

* Professeure, Faculté de droit, Université de Montréal. L'auteure tient à remercier le professeur Dominique Goubau, de l'Université Laval, ainsi que le professeur Alain Roy et la professeure Marie Annik Grégoire, de l'Université de Montréal, qui ont commenté une version préliminaire de son article. Elle remercie également Marie-Christine Savaria, étudiante en droit, pour son précieux travail de recherche et pour les nombreux échanges stimulants qui ont contribué à sa réflexion.

SOMMAIRE

Introduction	5
I. Soins requis et soins non requis : état des lieux	7
A) Interprétation doctrinale de la distinction législative entre soins requis et soins non requis.....	7
B) Incidence de la distinction sur le consentement aux soins par la personne mineure.....	10
C) Qualification jurisprudentielle des soins de transition de genre.....	13
II. Réflexion critique sur la posture des tribunaux à la lumière des connaissances scientifiques sur la transidentité	16
A) Absence de distinction entre les différents soins de transition de genre.....	16
B) Qualification des soins de transition de genre à titre de soins <i>non requis</i>	18
Conclusion	25

Introduction

L'article premier du *Code civil du Québec*¹ énonce que « tout être humain possède la personnalité juridique; il a la pleine jouissance des droits civils ». Alors que la personne majeure et apte a la pleine capacité d'exercice des droits dont elle est titulaire², la personne mineure exerce ses droits civils dans la seule mesure prévue par la loi³. Dans les autres cas, elle devra être représentée par les titulaires de l'autorité parentale ou par son tuteur. Le législateur québécois accorde ainsi une certaine autonomie à la personne mineure en fonction de son âge, de la nature et des conséquences des actes juridiques qu'elle est appelée à accomplir. La personne mineure âgée de 14 ans et plus pourra, par exemple, faire elle-même une demande de changement de nom judiciaire⁴, entreprendre une action en justice⁵ ou encore conclure un contrat de travail⁶. Dès lors qu'elle aura atteint l'âge de 16 ans, elle pourra faire le choix de se marier et de s'engager dans un contrat de mariage⁷.

L'autonomie décisionnelle de la personne mineure est aussi fonction de son âge en matière de transition légale de genre. Alors que la personne mineure âgée de 14 ans et plus dont l'identité de genre ne correspond pas à la mention du sexe figurant sur son acte de naissance peut présenter seule une demande de changement de la mention de son sexe et de ses prénoms au registre de l'état civil, c'est le tuteur qui doit faire une telle demande lorsque la personne mineure est âgée de moins de 14 ans⁸. L'exigence de la

¹ *Code civil du Québec*, RLRQ, c. CCQ-1991 (ci-après « Code civil » ou « C.c.Q. »).

² Art. 153 C.c.Q.

³ Art. 155 C.c.Q.

⁴ Art. 66 C.c.Q.

⁵ Art. 159 al. 2 C.c.Q.

⁶ Art. 156 C.c.Q.

⁷ *Loi d'harmonisation n° 1 du droit fédéral avec le droit civil*, L.C. 2001, c. 4, art. 6. Dans ces cas, cependant, l'autorisation du tribunal est requise : art. 373 et 434 C.c.Q.

⁸ Art. 60 al. 1 et 71.1 al. 1 C.c.Q. Selon l'article 72 C.c.Q., la demande de changement de la mention du sexe est faite au directeur de l'état civil. Elle doit être accompagnée des documents prescrits par le *Règlement relatif au changement de nom et d'autres qualités de l'état civil*, RLRQ, c. CCQ, r. 4, art. 4 et 23.2. Le second alinéa de ce dernier article prévoit que la demande qui émane d'une personne mineure « doit, outre les documents prévus à l'article 4, être accompagnée d'une lettre d'un médecin, d'un psychologue, d'un psychiatre, d'un sexologue ou d'un travailleur social autorisé à exercer au Canada ou dans l'État

majorité autrefois prévue dans le Code civil a cédé le pas devant l'importance d'éviter que les personnes mineures transgenres aient à « vivre plusieurs années avec des documents d'identification qui ne correspondent pas à leur identité de genre et à leur apparence physique⁹ ».

En revanche, la personne mineure transgenre ne disposerait d'aucune autonomie décisionnelle en matière de transition médicale de genre, les tribunaux semblant considérer les soins pharmacologiques de transition de genre comme des soins non requis qui présentent un risque sérieux pour la santé de la personne mineure transgenre et qui peuvent lui causer des effets graves et permanents.

Dans le présent article, j'entends démontrer le mal-fondé de cette qualification, bien que l'on ne puisse, à l'heure actuelle, considérer la position jurisprudentielle comme une « tendance lourde ».

Pour ce faire, j'indiquerai d'abord ce qui constitue, selon la doctrine québécoise, un soin requis et un soin non requis et je préciserai l'incidence

du domicile de l'enfant, qui déclare avoir évalué ou suivi l'enfant et qui est d'avis que le changement de cette mention est approprié ». La constitutionnalité de cette exigence – qui, selon le Procureur général du Québec, vise à s'assurer que le mineur est sérieux dans ses démarches – a été contestée avec succès dans l'affaire *Centre for Gender Advocacy c. Attorney General of Quebec*, 2021 QCCS 191. Le Procureur général du Québec a porté en appel cet aspect de la décision : Déclaration d'appel, 2021-03-08 (C.A.), 500-09-029391-216. Au moment d'écrire ces lignes, le sort réservé au jugement de première instance sur cette question n'est pas encore connu.

⁹ QUÉBEC, ASSEMBLÉE NATIONALE, *Journal des débats de la Commission permanente des relations avec les citoyens*, 1^{re} sess., 41^e légis., 7 juin 2016, « Consultations particulières sur le projet de loi n° 103 – Loi visant à renforcer la lutte contre la transphobie et à améliorer notamment la situation des mineurs transgenres », 10h20 (M^e Stéphanie Vallée). Des recherches considéraient par ailleurs l'exigence de la majorité que posait autrefois l'article 71 C.c.Q. comme une discrimination fondée sur l'âge au sens de l'article 15 (1) de la *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, c. 11 (R.-U.)] (ci-après « Charte canadienne ») : Marie-France BUREAU et Jean-Sébastien SAUVÉ, « Changement de la mention du sexe et état civil au Québec : critique d'une approche législative archaïque », (2011) 41-1 *R.D.U.S.* 1, 12.

de cette distinction sur la capacité juridique de la personne mineure à consentir seule aux soins qui appartiennent à l'une ou l'autre de ces catégories (partie I). Je formulerai ensuite une réflexion critique de la posture que semblent vouloir adopter les tribunaux à la lumière des écrits scientifiques sur la transidentité (partie II).

I. Soins requis et soins non requis : état des lieux

Dans les prochains paragraphes, j'exposerai d'abord ce qui consitue, selon la doctrine québécoise, un soin requis et un soins non requis. Je préciserai ensuite l'incidence de la distinction sur l'autonomie décisionnelle de la personne mineure. Je concluerai cette première partie en présentant la qualification que semble donner les tribunaux aux soins de transition de genre.

A) Interprétation doctrinale de la distinction législative entre soins requis et soins non requis

Complément du droit à l'autodétermination, le droit à l'inviolabilité, formellement consacré par le Code civil¹⁰ ainsi que par la *Charte canadienne des droits et libertés* et la *Charte des droits et libertés de la personne*¹¹, protège la personne humaine contre l'atteinte des tiers à son intégrité. Par voie de conséquence, chaque médecin qui propose un soin à un patient ou à une patiente doit obtenir son consentement libre et éclairé avant de le lui prodiguer¹², à moins d'être en situation d'urgence¹³.

¹⁰ Art. 3 et 10 al. 1 C.c.Q.

¹¹ Charte canadienne, préc., note 9, art. 7; *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12, art. 1 (ci-après « Charte québécoise »).

¹² Art. 10 al. 2 et 11 C.c.Q.; *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 17, art. 28; *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2, art. 9. Pour une analyse générale du sujet, voir : Robert P. KOURI, « Le consentement aux soins : aperçu général et quelques questions controversées », (2011) *C.P. du N. 1*.

¹³ Art. 13 al. 1 C.c.Q. Le privilège thérapeutique et la renonciation du patient ou de la patiente au droit d'obtenir des renseignements constituent également des dérogations au devoir d'information du médecin : Suzanne PHILIPS-NOOTENS et Robert P. KOURI, *Éléments de responsabilité civile médicale. Le droit dans le*

La notion de « soins », qui revêt un sens très large¹⁴, est définie au premier alinéa de l'article 11 du Code civil :

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Suivant les commentaires du ministre de la Justice, cet alinéa vise « toutes espèces d'examens, de prélèvements, de traitements ou d'interventions, de nature médicale, psychologique ou sociale, requis ou non par l'état de santé, physique ou mentale. Il couvre également, comme acte préalable, l'hébergement en établissement de santé lorsque la situation l'exige¹⁵ ». Sont aussi considérées comme des soins l'alimentation, l'hydratation, les contentions et les mesures d'isolement d'un patient ou d'une patiente¹⁶.

En ce qui concerne les personnes mineures, le Code civil distingue deux grandes catégories de soins, soit les soins *requis* et les soins *non requis*

quotidien de la médecine, 5^e éd., Montréal, Éditions Yvon Blais, 2021, n^{os} 268-270, p. 259-262. Des exceptions au droit à l'inviolabilité de la personne et à son autonomie sont aussi prévues, notamment, aux articles 26 à 31 du Code civil, à la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, RLRQ, c. P-38.001, de même qu'à la *Loi sur la santé publique*, RLRQ, c. S-2.2. Voir également la décision *Malette v. Shulman*, [1990] O.J. No. 450 (C.A.) (LAd/QL), en ce qui concerne le respect, dans un contexte d'urgence, de la volonté écrite des témoins de Jéhovah de ne pas recevoir de transfusions sanguines.

¹⁴ *Lacasse c. Lefrançois*, 2007 QCCA 1015.

¹⁵ MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC, *Commentaires du ministre de la Justice. Le Code civil du Québec. Un mouvement de société*, t. 1, Québec, Publications du Québec, 1993, p. 12.

¹⁶ *Manoir de la Pointe-Bleue (1978) inc. c. Corbeil*, [1992] R.J.Q. 712 (C.S.); Dominique GOUBAU, *Le droit des personnes physiques*, 6^e éd., Montréal, Éditions Yvon Blais, 2019, n^o 108, p. 125.

par son état de santé, sans toutefois préciser ce qu'englobe chacune de ces catégories¹⁷.

Selon les études parues à ce jour, les soins requis par l'état de santé sont des soins à finalité thérapeutique¹⁸, soit des soins « destiné[s] à traiter une maladie, une infirmité ou une déficience de la personne¹⁹ ». On dira également que ces soins « visent à soulager [l]es souffrances, à corriger une déficience physique ou psychologique, à améliorer la qualité de vie d'une personne, à assurer sa survie ou à préserver son intégrité²⁰ » ou encore qu'ils sont « absolument nécessaires pour la santé de la personne, mais également [...] simplement utiles et cherchent à procurer une amélioration de l'état de santé de l'individu, à éviter une détérioration ou encore à assurer son confort²¹ ». Ainsi, les soins requis ne se limiteraient pas aux soins nécessaires ou essentiels à la survie d'une personne.

Ayant un caractère facultatif et électif²², les soins non requis, pour leur part, ne poursuivraient aucune finalité thérapeutique, palliative ou préventive : « L'individu les requiert pour répondre à un penchant personnel, pour son agrément ou sa convenance²³ ». Ces soins « peuvent être reportés et [...] ne sont pas immédiatement requis [par] l'individu dont

¹⁷ Au Canada, la distinction entre soins requis et soins non requis applicable aux personnes mineures n'existe qu'au Québec : Yael SCHWARTZ, Tricia S. WILLIAMS, Samantha D. ROBERTS, Jonathan HELLMANN et Randi ZLOTNIK SHAUL, « Adolescent decision-making in Canadian medical contexts: Integrating neuroscience and consent frameworks », (2018) *Paediatrics & Child Health* 374, 375. La distinction s'applique également aux personnes majeures inaptes à consentir. Or, dans le présent texte, je m'intéresse uniquement aux règles relatives aux personnes mineures.

¹⁸ Michel TÉTRAULT, *Droit de la famille. La filiation, l'enfant et le litige familial*, vol. 3, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2019, p. 1510; Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4^e éd., Montréal, Éditions Yvon Blais, 2017, n^o 551, p. 537.

¹⁹ R.P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 18, n^o 427, p. 437.

²⁰ Pierre DESCHAMPS, « Intégrité de la personne », dans *JurisClasseur Québec*, coll. « Droit civil », *Personnes et famille*, fasc. 2, Montréal, LexisNexis Canada, n^o 19, à jour au 1^{er} août 2017 (LAd/QL).

²¹ R.P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 18, n^o 305, p. 305.

²² D. GOUBAU, préc., note 16, n^o 132, p. 165.

²³ R.P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 18, n^o 551, p. 537.

la vie n'est pas en danger et dont le problème de santé n'affecte pas [l]a vie au quotidien²⁴ ». La chirurgie esthétique, la stérilisation purement contraceptive et les interventions chirurgicales prescrites par des croyances culturelles ou religieuses en sont des exemples²⁵. Il en serait de même de la scarification, du tatouage et du perçage (*piercing*)²⁶.

B) Incidence de la distinction sur le consentement aux soins par la personne mineure

Loin de n'être que rhétorique, la distinction entre soins requis et soins non requis par l'état de santé – qui, est-il utile de le rappeler, n'existe qu'au Québec²⁷ – établit des exigences particulières pour chacune de ces deux catégories en matière de consentement²⁸.

En ce qui concerne les soins requis par l'état de santé de la personne mineure, le premier alinéa de l'article 14 du Code civil prévoit que le consentement à de tels soins est donné par le titulaire de l'autorité

²⁴ M. TÉTRAULT, préc., note 18.

²⁵ P. DESCHAMPS, préc., note 20, n° 20; R.P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 18, n° 551, p. 537.

²⁶ *Droit de la famille – 19398*, 2019 QCCS 889, par. 68 et 69. Certaines personnes sont toutefois d'avis qu'il faut distinguer le perçage du tatouage en ce que l'irréversibilité de cette dernière forme d'art corporel n'est possible qu'au moyen de douloureuses interventions qui ne sont pas sans laisser de séquelles : R.P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 18, n° 561, p. 546.

²⁷ Y. SCHWARTZ *et al.*, préc., note 17.

²⁸ Dans les autres provinces et territoires canadiens, la possibilité pour la personne mineure de consentir elle-même à des soins sera fonction de sa capacité à comprendre la nature et les conséquences possibles des soins qui lui sont proposés : *id.* Voir, par exemple, l'article 17 de l'*Infant Act* de la Colombie-Britannique (R.S.B.C. 1996, c. 223), ainsi que l'arrêt de la Cour d'appel de cette province dans l'affaire *A.B. v. C.D.*, 2020 BCCA 11, où le tribunal a conclu que l'adolescent, âgé de presque 15 ans au moment du jugement, qui s'identifie comme homme depuis l'âge de 11 ans et qui a commencé sa transition sociale à l'âge de 12 ans, satisfait tous les critères de l'article 17 de l'*Infant Act*, ce qui lui permet ainsi de consentir seul aux traitements d'hormonothérapie (son père s'opposait à ce traitement).

parentale²⁹ ou par le tuteur³⁰. En cas de différend entre les titulaires de l'autorité parentale, l'un ou l'autre pourra s'adresser au tribunal qui statuera dans le respect des droits et de l'intérêt de l'enfant³¹. L'autorisation du tribunal sera également requise lorsque le tuteur ou les titulaires de l'autorité parentale s'opposent de manière injustifiée à un soin jugé requis par l'état de santé de l'enfant mineur³². Le critère décisionnel est, ici encore, celui du meilleur intérêt de l'enfant³³. Il va sans dire que cette preuve sera facilitée par le caractère requis du soin, qui laisse sous-entendre que l'intérêt de la personne mineure est mieux servi par l'intervention médicale que par un refus de soins.

Le second alinéa de l'article 14 du Code civil prévoit toutefois que la personne mineure âgée de 14 ans et plus peut consentir seule à des soins³⁴.

²⁹ Notons que les parents exercent ensemble l'autorité parentale : art. 600 al. 1 C.c.Q. Cela étant, le consentement de chacun d'eux est requis, sauf si l'un d'eux est décédé, est déchu de l'autorité parentale ou n'est pas en mesure de manifester sa volonté (art. 600 al. 2 C.c.Q.). Un des parents pourrait aussi avoir perdu le droit de consentir aux soins en vertu d'une décision judiciaire.

³⁰ Voir par exemple : *Droit de la famille – 20861*, 2020 QCCS 2053 (médicaments en vue de traiter un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité); *Droit de la famille – 171705*, 2017 QCCS 3239 (vaccin contre la grippe); *Droit de la famille – 143329*, 2014 QCCS 6383 (consultations en psychologie).

³¹ Art. 33 et 604 C.c.Q.

³² Art. 16 C.c.Q.

³³ Art. 33 C.c.Q.

³⁴ À titre illustratif, voir : *Clinique dentaire Lafrenière & St-Pierre c. McLean*, J.E. 2003-2080 (C.Q.) (soins dentaires). N'étant plus sous l'autorité de ses parents (art. 171 et 176 C.c.Q.), la personne mineure émancipée n'est pas visée par cette disposition. Soulignons qu'au droit de consentir aux soins se greffe celui de les refuser : *Droit de la famille – 181323*, 2018 QCCS 2652 (thérapie familiale); *Droit de la famille – 133927*, 2013 QCCS 6875 (prise d'un médicament dans le but de traiter des problèmes de concentration). L'article 16 du Code civil exige l'autorisation du tribunal pour soumettre un enfant de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse. Le tribunal autorisera les soins si ces derniers sont exigés par l'état de santé de l'enfant et que l'on démontre qu'il est dans son intérêt de les recevoir. Ainsi, comme s'exprime le juge Granosik dans l'affaire *Centre universitaire de santé McGill (CUSM – Hôpital général de Montréal) c. X.*, 2017 QCCS 3946, par. 32, « [l']autonomie en matière de consentement aux soins est relative. Il existe en effet une asymétrie importante; l'autonomie du mineur n'est réelle que dans la situation où il consent aux soins proposés, mais en cas de refus de soins

Le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit toutefois être informé si l'état de santé de la personne mineure exige qu'elle demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pour une période de plus de douze heures³⁵.

Pour ce qui est des soins non requis par l'état de santé de la personne mineure âgée de 14 ans et plus, le Code civil prévoit, dans son article 17, que celle-ci pourra y consentir seule, sauf si les soins en question présentent un risque sérieux pour sa santé *et* peuvent causer des effets graves *et* permanents³⁶. En ce cas, le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur est requis. Enfin, le consentement aux soins de santé non requis par l'état de santé de la personne mineure âgée de moins de 14 ans est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur. L'autorisation du tribunal sera en outre requise si les soins présentent un risque sérieux pour la santé de la personne mineure *ou* s'ils peuvent causer des effets graves et permanents³⁷. Le refus des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur de consentir à un soin non requis par l'état de santé de la personne mineure peut faire l'objet d'une contestation judiciaire par l'enfant en vertu des articles 159 et 612 du Code civil. Le tribunal devra statuer sur l'intérêt de l'enfant à recevoir des soins qui présentent un risque sérieux pour sa santé et qui peuvent lui causer des effets graves et permanents.

requis, c'est le Tribunal qui tranche. » Dans cette affaire, le mineur âgé de 14 ans souffrait d'un lymphome hodgkinien et refusait les transfusions sanguines pour des raisons religieuses (témoin de Jéhovah). Considérant que les soins proposés étaient requis par l'état de santé du mineur, le tribunal autorise les médecins traitants et tout membre du personnel soignant à administrer à la personne du mineur, contre sa volonté et malgré son refus, des transfusions de produits sanguins. Dans le même sens, voir : *Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine c. X.*, 2014 QCCS 4368.

³⁵ Art. 14 al. 2 *in fine* C.c.Q.

³⁶ Ce sont des critères cumulatifs : R.P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 18, n° 561, p. 545.

³⁷ Art. 18 C.c.Q.

C) Qualification jurisprudentielle des soins de transition de genre

La question qui se pose maintenant est de savoir si les bloqueurs de puberté³⁸ et l'hormonothérapie³⁹, soit les soins que peut entreprendre une personne mineure pour médicalement affirmer son identité de genre⁴⁰, sont des soins requis ou non requis par son état de santé. Advenant que l'on parle de soins non requis, ceux-ci présentent-ils un risque sérieux pour sa santé et peuvent-ils causer des effets graves et permanents?

Ce sont là des questions au sujet desquelles aucune réponse précise n'existe pour l'instant⁴¹. En effet, ni la doctrine ni la jurisprudence

³⁸ Bien qu'on le présente sous la catégorie de « bloqueur de puberté », le GnRH, qui est le traitement le plus répandu, a plutôt pour effet de ralentir la puberté jusqu'à sa quasi-interruption : Shuvo GHOSH et Andreea GORGOS, « L'accompagnement pédiatrique et les traitements hormonaux », dans Annie PULLEN SANSFAÇON et Denise MEDICO (dir.), *Jeunes trans et non binaires. De l'accompagnement à l'affirmation*, Montréal, Éditions du remue-ménage, 2021, p. 323, aux pages 338 et 339.

³⁹ L'hormonothérapie, qui consiste en la prise d'œstrogène ou de testostérone, « vise à aligner le développement physique et l'identité de genre affirmée » : *id.*, à la page 335.

⁴⁰ ASSOCIATION MONDIALE DES PROFESSIONNELS POUR LA SANTÉ TRANSGENRE, *Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme*, version 7, 2013, p. 20-23, en ligne : <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf>. La chirurgie, qui consiste en une modification structurale des organes sexuels, est dans la plupart des cas une option possible à partir de 18 ans : Annie PULLEN SANSFAÇON et Denise MEDICO, « Introduction. Pour une approche transaffirmative », dans Annie PULLEN SANSFAÇON et Denise MEDICO (dir.), *Jeunes trans et non binaires. De l'accompagnement à l'affirmation*, Montréal, Éditions du remue-ménage, 2021, p. 11, à la page 19. Les *Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme* ont pour objectif de proposer des directives cliniques aux professionnels et aux professionnelles de la santé afin d'aider les personnes transsexuelles, transgenres et de genre non conforme à trouver un confort personnel avec leur identité sexuelle, dans le but de maximiser leur santé globale, leur bien-être psychologique et leur épanouissement personnel : ASSOCIATION MONDIALE DES PROFESSIONNELS POUR LA SANTÉ TRANSGENRE, préc., note 40, p. 1.

⁴¹ Comme l'exprime le juge Bonin dans l'affaire *Protection de la jeunesse – 0968*, 2009 QCCQ 3146, par. 35, « [s]ur le plan juridique, il semble que la transsexualisation ne fasse pas l'objet au Québec d'un cadre très précis. Ce sont

québécoises ne se sont clairement prononcées à ce propos⁴². L'analyse de la jurisprudence permet toutefois de déceler certaines pistes de réponse. En référant au consentement du titulaire de l'autorité parentale alors que la personne mineure visée par la décision est âgée de 14 ans et plus, les tribunaux semblent classer ces soins dans la catégorie des soins non requis qui présentent un risque sérieux pour la santé *et* qui peuvent causer des effets graves *et* permanents⁴³.

Dans l'affaire *Droit de la famille – 18294*⁴⁴, où était soumise une demande en modification de mesures accessoires dans le contexte d'un divorce, le juge Chabot conclut que les frais de santé liés au changement de sexe effectué par deux des enfants des parties ne constituent pas des frais

principalement les articles 71, 3, 10, 11, 14, 16, 17, 21 et 24 du *Code civil du Québec* qui donnent les balises ». Ma recherche ne m'a d'ailleurs permis de répertorier que très peu de décisions sur la question. Cela s'explique probablement – du moins en partie – par la reconnaissance juridique récente de la réalité des personnes mineures transgenres. L'ensemble des décisions colligées concernaient des personnes mineures âgées de 14 ans et plus.

⁴² Je tiens à rappeler que mon texte porte sur le contexte québécois, ce qui limite l'ampleur de la littérature de référence. Il aurait par ailleurs été délicat – pour ne pas dire périlleux – d'importer dans ce contexte les réflexions ou encore les positions doctrinales ou jurisprudentielles développées ailleurs autour de la question, considérant que seul le Québec opère une qualification des soins (requis ou non requis), qui a une incidence sur la capacité de consentement de la personne mineure.

⁴³ Deux décisions énoncent toutefois que la consultation d'un médecin spécialisé quant à la question de l'identité de genre et de l'hormonothérapie, tout comme l'accès au Programme de développement de l'enfant de l'Hôpital de Montréal pour enfants, qui « vise à offrir un suivi au niveau de la recherche d'identité sexuelle et de variance de genre » (*Protection de la jeunesse – 169531*, 2016 QCCQ 18661, par. 10), sont des soins requis par l'état de santé d'un mineur qui se définit comme une personne transgenre. Voir : *Protection de la jeunesse – 179704*, 2017 QCCQ 19055, par. 13; *Protection de la jeunesse – 169531*, 2016 QCCQ 18661. Soulignons par ailleurs que, dans l'affaire *Protection de la jeunesse – 17990*, 2017 QCCQ 2911, le tribunal recommande que la mère d'une adolescente de 17 ans qui désire entreprendre un processus de transition de genre puisse « être entendue » par le comité d'éthique du CHUL (par. 14). Notons que le tribunal ne réfère pas au *consentement* de la mère, mais à son droit d'*être entendue* considérant que la démarche entreprise par l'adolescente est importante et irréversible.

⁴⁴ 2018 QCCS 554.

particuliers au sens du *Règlement sur la fixation des pensions alimentaires pour enfants*⁴⁵. Discourant à ce sujet, il ajoute qu'il faut être majeur pour consentir à un changement de sexe, « sauf le mineur de plus de 14 ans avec l'autorisation du titulaire de l'autorité parentale (art. 17 C.c.Q.)⁴⁶ ».

Dans la décision *Protection de la jeunesse – 164550*⁴⁷, le tribunal était appelé à se prononcer sur une demande de protection présentée relativement à une adolescente âgée de 16 ans et demi qui avait manifesté le désir d'affirmer une identité de genre différente de celle qui lui avait été assignée à la naissance. L'incompréhension des parents devant ce désir ayant été la source de nombreuses frictions entre eux et l'adolescente, le juge Lebel déclare la sécurité ou le développement de cette dernière compromis suivant la *Loi sur la protection de la jeunesse* et ordonne qu'elle soit confiée à une famille d'accueil pour une période de six mois⁴⁸. Sans se prononcer formellement sur le sujet, le juge soulève au passage un questionnement sur le bien-fondé du consentement du comité d'éthique du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) à remettre une ordonnance d'hormonothérapie à l'adolescente âgée de 16 ans, malgré l'absence de consentement de ses parents⁴⁹.

Enfin, dans l'affaire *Protection de la jeunesse – 0968*⁵⁰, le tribunal souligne que, suivant l'article 17 du Code civil, « la signature de la mère pourrait être requise⁵¹ » dans le contexte des étapes à venir afin de mener à terme le processus de transition de genre de l'adolescente âgée de 14 ans.

Pour les motifs exposés dans la partie II, je suis d'avis que la qualification donnée par les tribunaux aux soins de transition de genre est erronée.

⁴⁵ *Id.*, par. 77.

⁴⁶ *Id.*

⁴⁷ 2016 QCCQ 11019.

⁴⁸ *Id.*, par. 14 et 15.

⁴⁹ *Id.*, par. 13.

⁵⁰ 2009 QCCQ 3146.

⁵¹ *Id.*, par. 36.

II. Réflexion critique sur la posture des tribunaux à la lumière des connaissances scientifiques sur la transidentité

La critique formulée ici porte sur deux aspects : d'une part, l'absence de distinction entre les différents soins de transition de genre, qui amène les tribunaux à conclure qu'ils constituent tous des soins non requis *qui présentent un risque sérieux et qui peuvent causer des effets graves et permanents*; et, d'autre part, la qualification de ces soins à titre de *soins non requis* en tant que tels.

A) Absence de distinction entre les différents soins de transition de genre

Selon une étude publiée en 2009⁵², les soins de transition de genre se divisent en trois catégories. Celles-ci sont reprises et commentées dans le document intitulé *Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme* :

1. *Les interventions complètement réversibles.* Elles utilisent des analogues de la GnRH pour supprimer la production d'œstrogène ou de testostérone, ce qui diffère les changements physiques et physiologiques liés à la puberté. Des options alternatives peuvent inclure des progestatifs (plus communément la médroxyprogestérone) ou d'autres traitements (comme la spironolactone) qui réduisent les effets des androgènes sécrétés par les testicules, pour les adolescents ne recevant pas d'analogues de la GnRH. Une contraception orale (ou l'acétate demédroxyprogestérone en dépôt) peut être utilisée pour supprimer les règles.

2. *Les interventions partiellement réversibles.* Il s'agit d'hormonothérapie masculinisante ou féminisante. Certains changements hormonalement induits peuvent nécessiter une chirurgie réparatrice pour en inverser ou limiter les effets

⁵² Wylie C. HEMBREE, Peggy COHEN-KETTENIS, Henriette A. DELEMARRE-VAN DE WAAL, Louis J. GOOREN, Walter J. MEYER III, Norman P. SPACK, Vin TANGPRICHA et Victor M. MONTORI, « Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline », (2009) 94-9 *J Clin Endocrinol Metab* 3132.

(par exemple la gynécomastie causée par les œstrogènes), tandis que certains changements ne sont pas réversibles (gravité de la voix induite par la testostérone).

3. *Les interventions irréversibles.* Il s'agit des procédures chirurgicales⁵³.

Contrairement à l'hormonothérapie et aux chirurgies, qui sont respectivement des soins partiellement ou complètement irréversibles, les bloqueurs de puberté sont des soins totalement réversibles. Or, dans les décisions discutées plus haut, le tribunal n'a procédé à aucune catégorisation des soins médicaux liés à la transition de genre, comme si c'était un tout monolithique. Cette catégorisation est toutefois fondamentale : en tant que soins complètement réversibles, les bloqueurs d'hormones ne satisfont pas le critère de permanence exigé par l'article 17 du Code civil⁵⁴. Cela étant, la personne mineure âgée de 14 ans et plus devrait pouvoir y consentir seule.

⁵³ ASSOCIATION MONDIALE DES PROFESSIONNELS POUR LA SANTÉ TRANSGENRE, préc., note 40, p. 20.

⁵⁴ Bien que peu d'études permettent de confirmer les effets à long terme des bloqueurs de puberté, la littérature a répertorié certains risques et effets secondaires possibles liés à un tel traitement. Le premier risque concerne les effets sur la densité osseuse et les risques accrus d'ostéoporose qui pourraient découler de la prise de bloqueurs de puberté pendant une longue période. Toutefois, les traitements d'hormonothérapie semblent permettre d'atténuer cet effet secondaire. Le deuxième risque concerne l'infertilité qui pourrait résulter du fait de ralentir le développement des hormones et des mécanismes menant à la fertilité : Raphaël WAHLEN, « Enjeux médicoéthiques posés aux médecins lors de la prescription de traitements d'affirmation de genre à des jeunes trans et non binaires », dans Annie PULLEN SANSFAÇON et Denise MEDICO (dir.), *Jeunes trans et non binaires. De l'accompagnement à l'affirmation*, Montréal, Éditions du remue-ménage, 2021, p. 340. Les risques plus élevés de maladies thromboemboliques chez les jeunes personnes transféminines et l'érythrocytose chez les jeunes personnes transmasculines figurent également parmi les risques possibles associés à la prise d'œstrogène et de testostérone : S. GHOSH et A. GORGOS, préc., note 38, aux pages 336 et 337.

B) Qualification des soins de transition de genre à titre de soins *non requis*

D'entrée de jeu, précisons que la transition médicale de genre n'est pas une condition *sine qua non* pour qu'une personne puisse s'identifier comme transgenre⁵⁵. Elle n'est d'ailleurs plus exigée pour que la personne obtienne une modification de la mention de son sexe au registre de l'état civil⁵⁶.

Dans l'éventualité où la personne transgenre souhaitera entreprendre le processus de transition médicale, celle-ci sera conditionnelle à un diagnostic de dysphorie ou d'incongruence de genre⁵⁷ et à l'obtention du ou des consentements requis. Selon le *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, le diagnostic de dysphorie de genre chez les jeunes à l'adolescence constitue un trouble mental qui est posé lorsque deux ou plus des critères suivants sont remplis pendant une période de plus de six mois :

A. Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois, se manifestant par au moins deux des items suivants :

1. Non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires (ou chez les jeunes adolescents, avec les caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
2. Désir marqué d'être débarrassé(e) de ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires en raison d'une incompatibilité avec le genre vécu/exprimé (ou chez les jeunes adolescents, fort désir d'empêcher le développement des caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
3. Désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires de l'autre sexe.
4. Désir marqué d'appartenir à l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).

⁵⁵ A. PULLEN SANSFAÇON et D. MEDICO, préc., note 40, à la page 19.

⁵⁶ *Loi modifiant le Code civil en matière d'état civil, de successions et de publicité des droits*, L.Q. 2013, c. 27, art. 3.

⁵⁷ A. PULLEN SANSFAÇON et D. MEDICO, préc., note 40, à la page 19.

5. Désir marqué d'être traité(e) comme une personne de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).

6. Conviction marquée d'avoir les sentiments et les réactions de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).

B. Le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants⁵⁸.

Par ailleurs, le diagnostic d'incongruence de genre est celui que propose l'Organisation mondiale de la Santé dans la *Classification internationale des Maladies*⁵⁹. Ce diagnostic conçoit la discordance entre le sexe biologique et le genre à laquelle une personne s'identifie comme une « condition liée à la santé sexuelle » (*conditions related to sexual health*⁶⁰) qui conduit généralement à un désir de transition :

[La dysphorie] de genre de l'adolescent et de l'adulte se caractérise par une discordance marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné, ce qui conduit souvent à un désir de « transition », afin de vivre et d'être accepté comme une personne du genre ressenti, par le biais d'un traitement hormonal, d'une intervention chirurgicale ou d'autres services sanitaires visant à faire correspondre le corps de la

⁵⁸ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e éd., Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2015, p. 594 et 595 (version française traduite).

⁵⁹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *CIM-11. Classification internationale des Maladies. La norme internationale pour l'évaluation de l'état de santé*, Onzième révision, 2021, en ligne : <<https://icd.who.int/fr>>.

⁶⁰ Teresa SURACE, Laura FUSAR-POLI, Lucia VOZZA, Vito CAVONE, Chiara ARCIDIACONO, Rossella MAMMANO, Lucia BASILE, Alessandro RODOLICO, Pablo BISICCHIA, Pasquale CAPONNETTO, Maria SALVINA SIGNORELLI et Eugenio AGUGLIA, « Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis », (2021) 30-8 *European Child & Adolescent Psychiatry* 1147, 1147.

personne, autant que souhaité et dans la mesure du possible, au genre ressenti⁶¹.

Bien que la dimension pathologisante du diagnostic de dysphorie de genre ait commencé à se dissiper au profit du diagnostic d'incongruence de genre promue par l'Organisation mondiale de la Santé⁶², l'expression de genre non conforme peut, chez certaines personnes transgenres, être une source de détresse bien réelle.

En effet, parmi les quatre thèmes mis en évidence par Reidar Schei Jessen, Ira Ronit Hebold Haraldsen et Erik Stänicke dans leur méta-synthèse visant à nommer ou à représenter les expériences vécues par les jeunes transgenres et non conformes au genre (*transgender and gender non-conforming youth* ou TGNC) figure celui du corps (*body*). À cet égard, ces expériences, qui ont été compilées dans diverses études, indiquent que la puberté sera vécue difficilement par une partie importante de ces jeunes, car leur corps change alors d'une manière qui ne correspond pas à leur identité de genre⁶³. Pour ceux et celles dont l'identité de genre s'est confirmée avant la puberté, le début de cette période peut déclencher une impression de ne plus se sentir soi-même⁶⁴ et provoquer une importante détresse⁶⁵,

⁶¹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « HA60. Incongruence de genre de l'adolescent ou de l'adulte », *CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité, Onzième révision, 2022*, en ligne : <<https://icd.who.int/browse11/l-m/fr/#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>>.

⁶² À ce sujet, voir : A. PULLEN SANSFAÇON et D. MEDICO, préc., note 40, à la page 19.

⁶³ Reidar Schei JESSEN, Ira Ronit Hebold HARALDSEN et Erik STÄNICKE, « Navigating in the dark: Meta-synthesis of subjective experiences of gender dysphoria amongst transgender and gender non-conforming youth », (2021) 281 *Social Science & Medecine*, en ligne : <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953621004263>>.

⁶⁴ *Id.*, p. 9 : « Many of the youth experienced the onset of puberty as distressing because the body developed in another direction from what they wished [...]: "As soon as puberty started, I could no longer be myself. A boy does not have breasts. As a child it didn't matter that much, boys and girls don't differ except that boys have a penis, and girls don't [...]"'. Thus, for some TGNC youth, bodily changes associated with puberty represented the onset of development of subjective experiences of GD [gender dysphoria]. »

⁶⁵ S. GHOSH et A. GORGOS, préc., note 38, à la page 329.

« [qui] peut atteindre des niveaux qui mettent en péril leur fonctionnement, voire leur vie⁶⁶ ». Plusieurs jeunes transgenres exprimeront de la haine et une certaine aliénation par rapport à leur corps et à ce qu'ils et elles ne peuvent pas modifier (la grandeur ou la capacité d'enfanter, par exemple)⁶⁷.

La souffrance relative au corps (dysphorie corporelle) figure parmi les stressseurs les plus souvent documentés chez les enfants et les jeunes transgenres⁶⁸. Selon certaines études, elle serait la cause de problèmes alimentaires⁶⁹, d'anxiété et de dépression⁷⁰. Une étude a d'ailleurs démontré que ceux et celles qui ont pris des bloqueurs de puberté plus tôt vivaient moins de détresse que les transgenres qui ont commencé le traitement à un moment plus avancé dans leur puberté⁷¹. À cette souffrance liée au corps s'ajoute celle qui découle des nombreux agents stressants présents dans l'environnement dans lequel évoluent les jeunes transgenres (violence, abus, discrimination, intimidation, etc.), qui affectent leur santé mentale et qui contribuent au développement de troubles y étant associés, tels que la dépression, l'anxiété et les idées et les comportements suicidaires⁷².

⁶⁶ Françoise SUSSET et Marjorie RABIAU, « L'accompagnement thérapeutique des adolescent-e-s en transition », dans Annie PULLEN SANSAÇON et Denise MEDICO (dir.), *Jeunes trans et non binaires. De l'accompagnement à l'affirmation*, Montréal, Éditions du remue-ménage, 2021, p. 287, à la page 289.

⁶⁷ R.S. JESSEN, I.R.H. HARALDSEN et E. STĂNICKE, préc., note 63, p. 9.

⁶⁸ A. PULLEN SANSAÇON et D. MEDICO, préc., note 40, à la page 26.

⁶⁹ Inga BECKER, Matthias AUER, Claus BARKMANN, Johannes FUSS, Birgit MÖLLER, Timo O. NIEDER, Saskia FAHRENKRUG, Thomas HILDEBRANDT et Hertha RICHTER-APPELT, « A Cross-Sectional Multicenter Study of Multidimensional Body Image in Adolescents and Adults with Gender Dysphoria Before and After Transition-related Medical Interventions », (2018) 47 *Archives of Sexual Behavior* 2335, 2236.

⁷⁰ Rachita SOOD, Diane CHEN, Abigail L. MULDOON, Liqi CHEN, Mary J. KWASNY, Lisa K. SIMONS, Noopur GANGOPADHYAY, Julia F. CORCORAN et Sumanas W. JORDAN, « Association of Chest Dysphoria With Anxiety and Depression in Transmasculine and Nonbinary Adolescents Seeking Gender-Affirming Care », (2021) 68 *Journal of Adolescent Health* 1135.

⁷¹ Julia C. SORBARA, Lyne N. CHINIARA, Shelby THOMPSON et Mark R. PALMERT, « Mental Health and Timing of Gender-Affirming Care », (2020) 146-4 *Pediatrics*, en ligne : <<https://doi.org/10.1542/peds.2019-3600>>.

⁷² La théorie du stress minoritaire (*minority stress*) de Meyer postule que les stigmas vécus précisément par les identités minoritaires sont des sources additionnelles de stress : Ilan H. MEYER, « Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian,

La littérature démontre en effet que les jeunes transgenres sont de deux à cinq fois plus à risque en ce qui a trait aux idées et aux comportements suicidaires que les jeunes cisgenres⁷³. Le taux d'automutilation serait également beaucoup plus élevé dans le premier groupe par rapport au second⁷⁴.

Selon une étude récente, l'accès aux bloqueurs d'hormones tend à diminuer le risque d'idées suicidaires chez les jeunes transgenres⁷⁵, ce qui confirme ainsi le point de vue antérieurement avancé dans certaines recherches, à savoir que les bloqueurs de puberté permettraient de prévenir le développement de la détresse causée par la dysphorie de genre pouvant mener au suicide⁷⁶. En ce qui concerne les traitements d'hormonothérapie, de nombreuses études indiquent que ces traitements sont vécus, dans la

Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence », (2013) 129 *Psychological Bulletin* 674. Voir également : Annie PULLEN SANSFAÇON, William HÉBERT, Edward OU JIN LEE, Maxime FADDOUL, Dalia TOURKI et Céline BELLOT, « Digging beneath the surface: Results from stage one of a qualitative analysis of factors influencing the well-being of trans youth in Quebec », (2018) 19-2 *International Journal of Transgenderism* 184, 186.

⁷³ Denise MEDICO, Annie PULLEN SANSFAÇON, Gabriel J. GALANTINO et Adèle ZUFFEREY, « “J’aimerais mourir.” Comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d’oppression développementale », (2020) 31-2 *Frontières*, en ligne : <<https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2020-v31-n2-fr05380/1070338ar/>>.

⁷⁴ Kasey B. JACKMAN, Curtis DOLEZAL, Bruce LEVIN, Judy C. HONIG et Walter O. BOCKTING, « Stigma, gender dysphoria, and nonsuicidal self-injury in a community sample of transgender individuals », (2018) 269 *Psychiatry Research* 602; Kate JACKMAN, Judy HONIG et Walter O. BOCKTING, « Nonsuicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and transgender populations: an integrative review », (2016) 25 *Journal of Clinical Nursing* 3438; Madison AITKEN, Doug P. VANDERLAAN, Lori WASSERMAN, Sonja STOJANOVSKI et Kenneth J. ZUCKER, « Self-Harm and Suicidality in Children Referred for Gender Dysphoria », (2016) 55-6 *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 513.

⁷⁵ Jack L. TURBAN, Dana KING, Jeremi M. CARSWELL et Alex S. KEUROGHLIAN, « Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation », (2020) 145-2 *Pediatrics*, en ligne : <<https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>>.

⁷⁶ Tessa BRIK, Lieke J.J.J. VROUENRAETS, Martine C. DE VRIES et Sabine E. HANNEMA, « Trajectories of Adolescents Treated with Gonadotropin-Releasing Hormone Analogues for Gender Dysphoria », (2020) 49 *Archives of Sexual Behavior* 2611, 2612.

plupart des cas, de manière positive⁷⁷. L'adéquation entre les caractéristiques corporelles développées par l'hormonothérapie et l'identité de genre permettrait non seulement de réduire la dysphorie ressentie, mais également de cultiver un rapport plus positif au corps⁷⁸ et de favoriser le bien-être psychosocial⁷⁹.

Les études tendent donc à démontrer, de manière générale, que les traitements pharmacologiques (bloqueurs d'hormones et hormonothérapie) permettent de diminuer les symptômes dépressifs et suicidaires, de même qu'ils améliorent la santé mentale et le bien-être des jeunes transgenres. L'accès aux soins d'affirmation de genre a d'ailleurs été souligné par ces jeunes comme un aspect important pour leur bien-être; en revanche, les difficultés d'accès seraient une source de détresse et d'anxiété⁸⁰. Si certaines recherches soulèvent des doutes sur l'existence de bienfaits psychologiques des traitements d'affirmation de genre⁸¹, aucune ne semble

⁷⁷ Audrey GORIN-LAZARD, Karine BAUMSTARCK, Laurent BOYER, Aurélie MAQUIGNEAU, Jean-Claude PENOCHET, Dominique PRINGUEY, Frédérique ALBAREL, Isabelle MORANGE, Mireille BONIERBALE, Christophe LANÇON et Pascal AUQUIER, « Hormonal therapy is Associated with Better Self-esteem, Mood, and Quality of Life in Transsexuals », (2013) 201-11 *The Journal of Nervous and Mental Disease* 996; Annie PULLEN SANSAÇON, Julia TEMPLE-NEWHOOK, Frank SUERICH-GULICK, Stephen FEDER, Margaret L. LAWSON, Jennifer DUCHARME, Shuvo GHOSH et Cindy HOLMES, « The experiences of gender diverse and trans children and youth considering and initiating medical interventions in Canadian gender-affirming speciality clinics », (2019) 20-4 *International Journal of Transgenderism* 371, 380.

⁷⁸ A. PULLEN SANSAÇON et D. MEDICO, préc., note 40, à la page 18.

⁷⁹ S. GHOSH et A. GORGOS, préc., note 38, à la page 335.

⁸⁰ A. PULLEN SANSAÇON *et al.*, préc., note 72, 191 et 197.

⁸¹ Les résultats d'une étude qualitative menée au Royaume-Uni sur une période de 36 mois auprès de personnes âgées de 12 à 15 ans présentant des signes de dysphorie de genre indiquent que les bloqueurs d'hormones (GnRHα) semblent avoir très peu d'effet sur leur fonctionnement psychologique. On souligne toutefois ne pas arriver à expliquer la disparité entre ces résultats et ceux qui ont été obtenus dans une étude néerlandaise qui, ayant utilisé les mêmes outils de mesure, a produit des résultats différents : Annelou L.C. DE VRIES, Thomas D. STEENSMA, Theo A.H. DORELEIJERS et Peggy T. COHEN-KETTENIS, « Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study », (2011) 8 *The Journal of Sexual Medicine* 2276. Selon les auteurs de cette étude, des recherches menées auprès d'un plus large échantillon

toutefois soutenir qu'ils répondent à la définition que la doctrine québécoise donne aux soins non requis, soit des soins qu'une personne « requiert pour répondre à un penchant personnel, pour son agrément ou sa convenance⁸² ».

Mentionnons également que, bien que l'accès aux traitements de transition médicale ne constitue pas un effet immédiat des soins, il permet d'éviter que les jeunes transgenres se tournent vers l'automédication qui pourrait avoir des effets dommageables importants⁸³.

Compte tenu de ce qui précède, j'estime que les traitements pharmacologiques d'affirmation de genre (bloqueurs pubertaires et hormonothérapie affirmative) s'inscrivent dans la catégorie des soins requis par l'état de santé de la personne mineure transgenre en ce qu'ils « visent à soulager [s]es souffrances, à corriger une déficience physique ou psychologique, à améliorer [s]a qualité de vie [...], à assurer sa survie ou à préserver son intégrité⁸⁴ ». Le fait de considérer les traitements nécessaires à la transition médicale comme des soins non requis témoigne, à mon avis, d'une méconnaissance de la réalité de la dysphorie ou de l'incongruence de genre et des effets positifs de ces soins sur la santé mentale des jeunes transgenres.

La qualification des soins de transition de genre à titre de soins requis pourrait permettre au tribunal de les autoriser en cas de refus injustifié de celui qui peut y consentir au nom de la personne mineure âgée

et sur une plus longue période seront nécessaires pour mieux quantifier les avantages et les inconvénients des bloqueurs de puberté : Polly CARMICHAEL, Gary BUTLER, Una MASIC, Tim J. COLE, Bianca L. DE STAVOLA, Sarah DAVIDSON, Elin M. SKAGEBERG, Sophie KHADR et Russell M. VINER, « Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK », (2021) 16-2 *Plos One*, en ligne : <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>>.

⁸² R.P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 18, n° 551, p. 537.

⁸³ R. WAHLEN, préc., note 54, à la page 348. L'automédication est l'« [a]cte de se soigner sans consultation médicale avec des médicaments délivrés sans ordonnance » : ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE, *Dictionnaire de l'Académie de médecine*, 2021, « automédication », en ligne : <<http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search/results?titre=automédication/>>.

⁸⁴ P. DESCHAMPS, préc., note 20, n° 20; *supra*, p. 6.

de moins de 14 ans⁸⁵. Quant à la personne mineure âgée de 14 ans et plus, elle pourrait y consentir seule dans la mesure où, bien évidemment, elle est apte à comprendre les enjeux des soins demandés⁸⁶.

À cet égard, soulignons qu'un plan d'intervention impliquant divers professionnels ou professionnelles de la santé est mis en action dès lors qu'un diagnostic de dysphorie ou d'incongruence de genre est posé⁸⁷. Le ou la jeune transgenre reçoit donc un encadrement de toute une équipe de soins qui l'aidera à cheminer dans son processus d'affirmation de genre. Il va sans dire que cela ne signifie pas d'exclure complètement les parents du processus de transition médicale et de nier l'importance de leur engagement⁸⁸. Il convient plutôt de reconnaître à la personne mineure transgenre les prérogatives dont elle est titulaire, et ce, à la lumière du droit et de la science.

Conclusion

Alors qu'il n'y a pas si longtemps la personne mineure transgenre se voyait refuser le droit au changement de la mention de son sexe au registre de l'état civil, elle dispose aujourd'hui des mêmes prérogatives que la

⁸⁵ Art. 16 al. 1. C.c.Q. Rappelons que la décision du tribunal doit être rendue sur la base des droits et de l'intérêt de l'enfant, la démonstration de cet intérêt étant facilitée par le caractère requis des soins.

⁸⁶ L'aptitude à consentir aux soins est une situation de fait qui renvoie aux facultés intellectuelles d'une personne et relève d'un jugement clinique : D. GOUBAU, préc., note 16, n° 133, p. 168. En ce sens, elle se distingue de la capacité juridique, qui se constate objectivement et qui réfère au « régime légal qui permet à une personne d'être titulaire d'un droit (jouissance) et de l'exercer » : Benoît MOORE, « Considérations terminologiques sur les notions d'aptitude et de capacité », dans Christelle LANDHEER-CIESLAK et Louise LANGEVIN (dir.), *La personne humaine, entre autonomie et vulnérabilité. Mélanges en l'honneur d'Édith Deleury*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2015, p. 389, à la page 394.

⁸⁷ S. GHOSH et A. GORGOS, préc., note 38, à la page 326.

⁸⁸ Sur l'importance de l'accompagnement parental, voir : Annie PULLEN SANSFAÇON, « Gender non-conforming children, trans youth and their family. Identifying best evidences and practices for social work interventions », dans Priscilla DUNK-WEST et Trish HAFFORD-LETCHFIELD (dir.), *Sexuality, Sexual and Gender Identities and Intimacy Research in Social Work and Social Care. A Lifecourse Epistemology*, 2018, Londres, Routledge, p. 15-26.

personne majeure transgenre, exception faite de l'exigence de fournir une preuve du sérieux de la démarche qui sera débattue sous peu devant les tribunaux⁸⁹. La reconnaissance pleine et entière de l'identité des adolescentes et des adolescents transgenres en matière de transition légale ne s'applique toutefois pas en ce qui concerne la transition médicale, considérant que la nécessaire qualification du soin à laquelle oblige le Code civil mène à une privation de leur autonomie décisionnelle. Qualifiés par les tribunaux de soins non requis par l'état de santé qui présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents, les soins de transition de genre ne peuvent être entrepris par les jeunes qu'avec le consentement des parents. Leur refus pourrait certes être contesté devant les tribunaux, mais il serait sans doute difficile – voire impossible – de convaincre le tribunal qu'un soin qualifié de non requis est un soin dans le meilleur intérêt de l'adolescent ou de l'adolescente. Par ailleurs, cette alternative risque d'envenimer les tensions familiales que peut occasionner l'annonce de l'intention de procéder à une transition médicale de genre. Le fait de considérer les traitements de transition de genre à titre de soins requis permettrait d'éviter ces scénarios malheureux et de poursuivre l'avancée déjà amorcée au chapitre des actes de l'état civil. Comme dans toute démocratie, la décision reviendra au législateur québécois qui, je l'espère, pourra reconnaître la légitimité de cette proposition fortement appuyée par la littérature scientifique.

⁸⁹ *Supra*, note 8.