



Numéro de citation neutre : [2020] EWHC 3274
(Admin)

Affaire n° :
CO/60/2020

DEVANT LA HAUTE COUR DE
JUSTICE TRIBUNAL
ADMINISTRATIF TRIBUNAL DE
DIVISION

Royal Courts of Justice
Strand, Londres, WC2A 2LL

Date : 01/12/2020

Avant :

LE PRÉSIDENT DE LA DIVISION DU BANC DE LA
REINE, LORD JUSTICE LEWIS
MME JUSTICE LIEVEN

Entre :

(1) QUINCY BELL
(2) MRS A

Demandeurs

et

TAVISTOCK AND PORTMAN NHS FOUNDATION TRUST

Défendeur

NATIONAL HEALTH SERVICE COMMISSIONING BOARD (NHS
ENGLAND)

Partie intéressée

(1) UNIVERSITY COLLEGE LONDON HOSPITALS NHS
TRUST FONDATEUR
(2) LEEDS TEACHING HÔPITAUX NHS TRUST
(3) TRANSGENDER TREND LTD

Intervenants

M. Jeremy Hyam QC et M. Alasdair Henderson (instruit par SinclairsLaw) pour le
Demandeurs
Mme Fenella Morris, QC, et Mme Nicola Kohn (instruites par DAC Beachcroft) pour les
Défendeur

La partie intéressée n'a pas comparu et n'était pas
représentée.

M. John McKendrick QC (instruit par Hempsons) pour les premier et deuxième

**intervenants M. Paul Skinner et M. Aidan Wills (instruit par Ai Law) pour le troisième
intervenant Dates d'audience : 7 et 8 octobre 2020**

Jugement approuvé

J'ordonne que, conformément au paragraphe 6.1 du CPR PD 39A, aucune note sténographique officielle ne soit prise de cet arrêt et que les copies de la présente version soient considérées comme authentiques.

.....
LE PRÉSIDENT DE LA DIVISION DU BANC DE LA
REINE, LORD JUSTICE LEWIS
MME JUSTICE LIEVEN

Dame Victoria Sharp P., Lord Justice Lewis, Lieven J.

SECTION A : INTRODUCTION ET CONTEXTE

1. Tel est le jugement de la Cour.
2. Il s'agit d'une demande de contrôle judiciaire de la pratique du défendeur, le Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, par l'intermédiaire de son service de développement de l'identité de genre (GIDS) et des premier et deuxième intervenants (les Trusts), consistant à prescrire des médicaments supprimant la puberté aux personnes de moins de 18 ans qui souffrent de dysphorie de genre.
3. La dysphorie de genre ou DG est une condition dans laquelle les personnes ressentent de la détresse en raison d'un décalage entre leur identité perçue et leur sexe natal, c'est-à-dire leur sexe à la naissance. Ces personnes ont un fort désir de vivre selon leur identité perçue plutôt que selon leur sexe natal.
4. Les personnes atteintes de dysphorie de genre peuvent être orientées vers le GIDS. Le GIDS peut, à son tour, les orienter vers l'un des deux NHS Trusts (le premier et le second Intervenants) dont les cliniciens peuvent être prêts à entreprendre des interventions médicales en relation avec les personnes souffrant de dysphorie de genre. Nous nous intéressons dans ce cas à l'administration d'agonistes de l'hormone de libération de la gonadotrophine (GnRH_a) qui sont des médicaments bloquant la puberté (également appelés PB) pour supprimer les développements physiques qui se produiraient autrement pendant la puberté.
5. Les médicaments bloquant la puberté peuvent en théorie être, et ont en pratique été, prescrits pour la dysphorie de genre par les services fournis par le défendeur à des enfants aussi jeunes que 10 ans. C'est la pratique de la partie défenderesse, par le biais de GIDS, d'exiger le consentement éclairé de ces enfants et jeunes personnes à qui de tels médicaments sont prescrits.
6. La question au cœur de cette revendication est de savoir si le consentement éclairé au sens juridique peut être donné par ces enfants et ces jeunes.
7. Les requérants soutiennent que les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ne sont pas aptes à donner leur consentement à l'administration de médicaments bloquant la puberté. En outre, ils affirment que les informations fournies aux personnes de moins de 18 ans par le défendeur sont trompeuses et insuffisantes pour garantir que ces enfants ou ces jeunes soient en mesure de donner un consentement éclairé. Ils soutiennent également que l'absence de garanties procédurales et l'insuffisance des informations fournies entraînent une violation des droits de ces enfants et adolescents au titre de l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (la Convention).
8. Selon nous, il convient d'examiner d'abord si un enfant de moins de 16 ans, ou un jeune entre 16 et 18 ans, peut donner le consentement requis ; et ensuite, si, en principe, ils peuvent le faire, si l'information fournie par le défendeur et les trusts est adéquate pour obtenir un consentement éclairé.
9. Dans cette affaire, le tribunal s'intéresse aux exigences légales du processus d'obtention du consentement pour la réalisation d'un traitement médical. En examinant cette question, le tribunal a dû prendre en compte les preuves de l'utilisation des médicaments brevetés, leur impact sur les patients, à court et à long terme, et les preuves de l'efficacité de leur utilisation. Le tribunal ne se prononce pas sur les avantages ou les inconvénients du traitement des enfants atteints de maladie gastro-intestinale par des médicaments

brevetés, que ce soit à court ou à long terme. Le tribunal a reçu de nombreux éléments de preuve sur la nature du DG et les traitements qui peuvent ou non être appropriés. Ce n'est pas une question qui nous concerne. La seule question juridique dans cette affaire est celle des circonstances dans lesquelles un enfant ou un jeune peut être compétent pour donner un consentement valide au traitement en droit et le processus par lequel le consentement au traitement est obtenu.

10. Nous avons reçu des témoignages écrits d'une grande variété de personnes engagées dans les questions relatives à la DG et d'un certain nombre de personnes qui ont été traitées ou sont encore traitées avec des BP.
11. Au nom de la défenderesse et des Trusts, il y a des déclarations du Dr Polly Carmichael, directrice du GIDS, du professeur Gary Butler, consultant en endocrinologie pédiatrique à l'University College Hospital de Londres, et du Dr Nurus-Sabah Alvi, consultant en endocrinologie pédiatrique à l'Infirmierie générale de Leeds et responsable clinique des cliniques de liaison endocrinienne du GIDS, Leeds. Ces témoins décrivent le processus par lequel passent les enfants et les jeunes au GIDS et dans les Trusts. Le tribunal a également reçu un large éventail de témoignages de diverses personnes concernées par le traitement des personnes de moins de 18 ans atteintes de PB. Nous ferons référence à ces preuves et à leurs sources comme il convient ci-dessous. Nous ferons référence à un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans, et à un ou plusieurs jeunes de moins de 18 ans, sauf si le contexte indique clairement que nous faisons référence à une personne de moins de 18 ans.

Dysphorie de genre

12. La dysphorie de genre est définie dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) qui prévoit un diagnostic global de la dysphorie de genre avec des critères spécifiques distincts pour les enfants et pour les adolescents et les adultes :

"Chez les adolescents et les adultes, le diagnostic de dysphorie de genre implique une différence entre le genre vécu et le genre assigné, et une détresse ou des problèmes de fonctionnement significatifs. Il dure au moins six mois et se manifeste par au moins deux des éléments suivants :

1. Une incongruité marquée entre le genre vécu/exprimé d'une personne et ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires.
2. Un fort désir de se débarrasser de ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires.
3. Un fort désir pour les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires de l'autre sexe.
4. Un fort désir d'être de l'autre sexe
5. un fort désir d'être traité comme l'autre sexe
6. Une forte conviction que l'on a les sentiments et les réactions typiques de l'autre sexe.

Chez les enfants, le diagnostic de dysphorie de genre implique au moins six des éléments suivants, ainsi qu'une détresse ou une déficience fonctionnelle significative associée, durant au moins six mois :

1. Un fort désir d'être de l'autre sexe ou une insistance à être de l'autre sexe.
2. une préférence marquée pour le port de vêtements typiques de l'autre sexe
3. Une préférence marquée pour les rôles transgenres dans les jeux d'imagination ou de fantaisie.
4. Une préférence marquée pour les jouets, les jeux ou les activités utilisés ou pratiqués de manière stéréotypée par l'autre sexe.
5. une préférence marquée pour les camarades de jeu de l'autre sexe
6. Un fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiques du sexe assigné.
7. Une forte aversion pour son anatomie sexuelle.
8. Un fort désir pour les caractéristiques sexuelles physiques qui correspondent à son sexe vécu."

Service de développement de l'identité de genre (GIDS)

13. Le défendeur est un NHS Foundation Trust employant un personnel spécialisé comprenant des psychologues pour enfants, des psychothérapeutes, des psychiatres, des travailleurs sociaux, des thérapeutes familiaux et des infirmiers. Depuis 1989, il fournit un service de développement de l'identité de genre, un service spécialisé fournissant des soins aux patients jusqu'à l'âge de 18 ans souffrant de GD. Le GIDS est commandé par le National Health Service Commissioning Board. Le mécanisme statutaire est le suivant : en vertu de la section 3B de la loi NHS de 2006, le secrétaire d'État a le pouvoir d'exiger de NHS England qu'il organise les services ou les installations prescrits par les règlements. Le Secrétaire d'État a exercé ce pouvoir (en vertu du règlement 11 du National Health Service Commissioning Board and Clinical Commissioning Groups (Responsibilities and Standing Rules) Regulations 2012/2296, qui concerne les services spécifiés pour les conditions rares et très rares) que NHS England doit organiser la fourniture de services, y compris, en vertu du paragraphe 56 de l'annexe 4, un service de développement de l'identité de genre spécifiquement pour les enfants et les adolescents en plus des services de dysphorie de genre plus généralement (paragraphe 57).
14. L'annexe 2, partie A du contrat standard du NHS, en vertu duquel le GIDS est fourni, définit les spécifications du service qui établissent le contexte du service, ses buts et objectifs et la manière dont il sera fourni. Comme indiqué dans la spécification de service, le service est chargé de fournir une évaluation, une consultation et des soins spécialisés, y compris un soutien psychologique et des traitements physiques. L'objectif du traitement est *"d'aider à réduire les sentiments de détresse liés à une inadéquation entre le sexe natal (assigné) et l'identité de genre"*. Le service apporte également un soutien à la famille et aux soignants des enfants et des jeunes ainsi affectés.
15. Le GIDS reconnaît trois étapes d'intervention physique qui peuvent être appropriées dans les cas de DG. Le stade 1 est l'administration de GnRHa (une forme de bloqueur de puberté). Ce traitement est cliniquement approprié pour les enfants et les jeunes qui ont atteint le stade 2 de la puberté de Tanner et plus. Le stade 2 de Tanner marque le début du développement physique de la puberté. Chez les filles, c'est le début du développement des seins, et chez les garçons, les testicules et le scrotum commencent à grossir. La deuxième étape

du traitement consiste en l'administration d'hormones transsexuelles (CSH), qui ne peuvent être prescrites qu'à partir de l'âge de 16 ans environ. L'étape 3 est la chirurgie de réassignation sexuelle, qui n'est disponible que dans les services pour adultes, pour les personnes âgées de plus de 18 ans.

16. Le GIDS reçoit des demandes de toute l'Angleterre et du Pays de Galles et d'un large éventail de professionnels des secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation, ainsi que du secteur bénévole. Lorsqu'une demande est faite, le cas est discuté avec l'équipe régionale concernée. Si l'admission est réussie, l'enfant sera alors inscrit sur la liste d'attente du GIDS.
17. En novembre 2019, le temps d'attente pour une première évaluation au GIDS était de 22 à 26 mois. Lorsqu'un jeune arrive en tête de la liste d'attente, il est invité au premier d'un certain nombre de rendez-vous d'évaluation au GIDS. Le processus d'évaluation défini dans les spécifications du service prévoit que le processus d'évaluation s'étendra généralement sur trois à six sessions sur une période de six mois ou plus. La plupart des jeunes auront plus de séances que cela, et plus l'âge est jeune, plus il y aura de séances.
18. Le Dr Carmichael a déclaré que, lors des évaluations, les jeunes seront interrogés, par exemple, sur : l'apparition de leur dysphorie de genre ; la cohérence de leurs sentiments concernant leur genre ; la manière dont ils s'identifient (transgenre, non-binaire, etc.) ; leurs relations avec leurs pairs et les membres de leur famille ; leur fonctionnement social en général, leurs pensées ou leur expérience de la puberté ; leur relation avec leur corps ; leurs attirances ou leurs relations romantiques, selon leur âge et leur maturité ; et leurs espoirs et attentes pour l'avenir.
19. Étant donné que cette affaire est introduite dans le cadre d'un contrôle judiciaire de la politique et de la pratique du GIDS, plutôt que d'une contestation d'une décision de traitement individuelle, il n'est pas possible de procéder à une analyse détaillée des faits d'un cas individuel et de la mesure dans laquelle toutes les questions mentionnées par le Dr Carmichael ont été explorées dans le cas particulier. Nous faisons référence aux paragraphes 78 à 89 ci-dessous aux preuves de l'expérience du premier requérant et de certains autres patients du service GIDS.
20. Le Dr Carmichael présente le large éventail de professionnels qui travaillent au sein de GIDS, leur spécialisation dans le travail avec les jeunes atteints de GD et le soin apporté à la discussion de l'expression de l'identité de genre du jeune.
21. À la fin de la période d'évaluation, les cliniciens conviendront d'un plan de soins avec le jeune et sa famille. Si le jeune répond aux critères de la spécification du service et a atteint au moins le stade 2 de la puberté de Tanner, le GIDS l'orientera vers le premier et le deuxième intervenant pour une consultation et/ou une évaluation physique avec des endocrinologues en vue de lui prescrire des PB. Le Dr Carmichael explique qu'avant toute orientation vers les Trusts, les cliniciens du GIDS discutent du traitement avec le jeune, et lui expliquent notamment les effets secondaires.

L'âge et le groupe de patients pour les bloqueurs de puberté

22. Jusqu'en 2011, les PB n'étaient disponibles au GIDS que pour les personnes âgées de 16 ans ou plus. En 2011, les PB ont commencé à être prescrits aux personnes âgées de 12 à 15 ans et au milieu de la puberté. Cela a été fait pour la première fois entre 2011 et 2014 à l'University College London Hospital (UCLH) dans le cadre d'une étude de recherche approuvée connue sous le nom d'étude d'intervention précoce. L'étude a porté sur une cohorte de traitement non contrôlée d'enfants de 12 à 15 ans souffrant d'une GD établie et persistante en Angleterre. L'étude a recruté des enfants pendant 3 ans, mais il y a ensuite eu une période jusqu'en février 2019, lorsque le dernier membre de la cohorte a commencé l'étape suivante de la thérapie (hormones intersexes).
23. L'une des questions soulevées dans le cadre de cette procédure est l'absence ou la faiblesse des preuves, comme on le dit, de l'efficacité d'un tel traitement pour les enfants et les jeunes atteints de troubles gastro-intestinaux.
24. Dans ce contexte, nous notons que, bien que cette étude de recherche ait été commencée il y a environ 9 ans, au moment de l'audience devant nous, les résultats de cette recherche n'avaient pas encore été publiés. Le Dr Carmichael déclare dans sa déclaration de témoin du 2 février 2020 qu'un article est en cours de finalisation pour publication. Lors de l'audience, on nous a dit que ce document avait été soumis à l'examen des pairs, mais que le professeur Viner, l'un des auteurs, n'avait pas encore répondu aux questions soulevées par les examinateurs, car il était occupé à travailler sur des questions liées à la pandémie de coronavirus.
25. La Cour a toutefois reçu un document intitulé *"The Early Intervention Study. Une évaluation de la suppression pubertaire précoce dans un groupe soigneusement sélectionné d'adolescents atteints de "trouble de l'identité de genre". A statement and update on the Early Intervention Study (daté de 2020) "*. Nous nous référons davantage à ce document au paragraphe 73 ci-dessous.
26. Il existe désormais deux types de cliniques endocriniennes : une clinique pour les moins de 15 ans, appelée clinique d'intervention précoce, et une clinique pour les plus de 15 ans. La spécification de service indique que la clinique d'intervention précoce continuera à suivre le protocole de 2011, sauf que les PB seront désormais envisagées pour tous les enfants *de moins de 12 ans* s'ils sont en puberté établie.
27. La répartition par âge des personnes traitées avec des PB pour chaque année entre 2011 et 2020 n'a pas été fournie au tribunal. Bien que le défendeur et les Trusts aient déclaré que ces données étaient disponibles, en ce sens que l'âge des enfants est connu, les données n'ont pas été rassemblées pour chaque année. Cependant, Mme Ailsa Swarbrick, directrice divisionnaire des services de genre au Trust, a présenté des éléments de preuve en ce qui concerne les patients orientés vers les services d'endocrinologie en 2019-2020 et ceux qui ont été traités au cours des années précédentes mais qui sont sortis du GIDS en 2019-2020. Ce travail a été effectué en réponse aux recommandations du plan d'action 2019 de l'examen du GIDS (un examen commandé par le Trust à la suite d'un rapport du Dr David Bell) selon lesquelles les données contribueraient à informer les développements cliniques et de services et un processus d'amélioration continue.
28. Nous notons ici que nous trouvons surprenant que de telles données n'aient pas été recueillies au cours des années précédentes, compte tenu du jeune âge du groupe de patients, de la nature expérimentale du traitement et de son impact profond.

29. En l'état, pour l'année 2019/2020, 161 enfants ont été adressés par le GIDS pour des bloqueurs de puberté (10 autres ont été adressés pour d'autres raisons). Sur ces 161, le profil d'âge se présente comme suit :

3 étaient âgés de 10 ou 11 ans au moment de l'orientation ;

13 étaient âgés de 12 ans ;

10 avaient 13 ans ;

24 avaient 14 ans ;

45 avaient 15 ans ;

51 avaient 16 ans ;

15 avaient 17 ou 18 ans.

Pour l'année 2019/20, donc, 26 des 161 enfants orientés avaient 13 ans ou moins ; et 95 des 161 (bien plus de 50 %) avaient moins de 16 ans.

30. Il ressort des informations dont dispose la Cour sur la répartition par âge que certains jeunes peuvent être sous PB pendant plusieurs années, dans le cas le plus extrême pendant 5 ans entre l'âge de 10 ans et le début du CSH à 16 ans.
31. Outre la répartition par âge, d'autres aspects du groupe de patients sont pertinents pour ce cas. Le nombre d'orientations vers le GIDS a augmenté de manière très significative ces dernières années. En 2009, 97 enfants et jeunes ont été orientés. En 2018, ce nombre était de 2519.
32. En outre, en 2011, la répartition entre les sexes était à peu près de 50/50 entre les filles et les garçons. Cependant, en 2019, la répartition avait changé, de sorte que 76 % des renvois étaient des filles natives. Ce changement dans la proportion de filles natales par rapport aux garçons se reflète dans les statistiques des Pays-Bas (Brik et al "*Trajectoires des adolescents traités avec des analogues de l'hormone de libération de la gonadotrophine pour la dysphorie de genre*" 2018). Le défendeur n'a pas avancé d'explication clinique quant aux raisons de ce changement significatif dans le groupe de patients sur une période relativement courte.
33. La spécification de service du GIDS et la littérature plus large indiquent qu'une proportion significative des personnes présentant un trouble du spectre autistique (TSA) a été diagnostiquée. La spécification de service dit :

"Il semble y avoir une prévalence plus élevée de conditions de troubles du spectre autistique (TSA) chez les adolescents dysphoriques de genre référés cliniquement que dans la population générale des adolescents. Holt, Skagerberg & Dunsford (2014) ont constaté que 13,3% des références au service en 2012 mentionnaient un TSA comorbide (bien que cela soit probablement une sous-estimation). Ce chiffre est à comparer à 9,4 % dans le service néerlandais ; alors que dans le service finlandais, 26 % des adolescents ont été diagnostiqués comme faisant partie du spectre autistique (Kaltiala-Heino et al. 2015)."

34. La Cour a demandé des statistiques sur le nombre ou la proportion de jeunes gens orientés par le GIDS vers des PB qui ont reçu un diagnostic de TSA. Mme Morris a répondu que de telles données n'étaient pas disponibles, bien qu'elles auraient été enregistrées dans les dossiers individuels des patients. Nous ne connaissons donc pas la proportion de ceux qui ont été jugés compétents par le GIDS et qui présentaient des TSA, ou même un diagnostic de santé mentale.
35. Une fois de plus, nous avons trouvé ce manque d'analyse des données - et le manque apparent d'enquête sur cette question - surprenant.

Le processus de recueil du consentement

36. La position adoptée par le GIDS est qu'il n'orientera un jeune vers les PB que s'il détermine que cette personne est compétente pour donner son consentement, c'est-à-dire si *Gillick* est compétent au sens de la compétence identifiée dans la décision de la Chambre des Lords dans *Gillick v West Norfolk and Wisbech Health Authority* [1986] AC 112.
37. Le Dr Carmichael a expliqué que le GIDS obtient le consentement du jeune pour que son cas soit référé aux Trusts pour traitement ; cependant, le consentement pour la prescription effective des PB est pris séparément par les cliniciens travaillant pour les Trusts. Elle a exposé le processus minutieux par lequel le GIDS donne des informations aux jeunes et à leurs parents afin de s'assurer que le jeune est en mesure de donner un consentement valide. La cour a pris connaissance des déclarations du Dr Carmichael et du Professeur Butler et de divers documents pour montrer le niveau d'information et de dialogue qui a été impliqué dans l'obtention du consentement légal au traitement. La spécification de service comprend la section 3.2 sur le "Consentement éclairé". Elle indique que *"les conséquences des décisions de traitement peuvent être importantes et changer la vie"* et précise que

"Tous les efforts seront faits pour s'assurer que les clients sont conscients des conséquences à long terme des traitements endocriniens, y compris les implications pour la fertilité, et la décision de la compétence du client sera prise conjointement par les membres endocriniens et psychologiques de l'équipe intégrée du service.

Le contexte actuel des décisions de traitement concernant les hormones transsexuelles à l'adolescence est que les preuves scientifiques des avantages à long terme par rapport aux inconvénients potentiels de l'intervention sont limitées. On s'inquiète également du fait que l'on ne sait pas si un jeune continuera ou non à s'identifier comme transgenre à l'avenir, étant donné que certains s'identifient par la suite d'une manière différente."

38. La partie défenderesse a récemment adopté une procédure opérationnelle standard pour le recueil du consentement dans les GIDS. Il a fallu deux ans pour la développer et elle est datée du 31 janvier 2020. Dr Carmichael dit au paragraphe 33 de sa première déclaration :

"Avant que le Trust n'oriente un jeune vers un endocrinologue pour un traitement par GnRHa, les cliniciens du GIDS discutent du traitement avec le jeune. Il s'agit notamment de vérifier que les espoirs du jeune en matière de traitement sont réalistes, d'expliquer ce que le traitement peut et ne peut pas faire, de discuter des effets secondaires potentiels, de discuter de la fertilité et de l'impact potentiel sur le développement génital pour les

garçons enregistrés à la naissance. Nous avons développé des aides visuelles pour soutenir ce processus.

L'UCLH et le LTH ont rassemblé de nombreuses informations écrites pour aider les jeunes et leurs parents à mieux comprendre la nature des médicaments, leurs limites et les effets secondaires possibles. Ces documents écrits sont remis aux jeunes lors de leur première visite à la clinique endocrinienne. Les documents écrits servent de point de référence pour les patients qui ont des questions et qui se demandent s'ils veulent poursuivre le traitement. En particulier, des diapositives d'information intitulées "Avez-vous pensé à avoir des enfants à l'avenir ?" expliquent en termes explicites l'impact que le traitement par GnRHa peut avoir sur la fertilité. Les jeunes et leurs familles sont encouragés à soulever toute question auprès de leurs cliniciens du GIDS ou lors de leur prochaine visite à la clinique endocrinienne."

39. Mme Morris a souligné que le processus visant à s'assurer que le consentement pouvait valablement être donné était un processus discursif et itératif qui impliquait de multiples discussions et la réponse à toutes les questions que les jeunes ou leurs parents pouvaient soulever. Le Dr Carmichael a déclaré au paragraphe 35 : *"Les cliniciens de GIDS expliquent très clairement aux enfants et aux jeunes qu'il existe des risques connus et inconnus associés au traitement par GnRHa"*. En outre, elle a déclaré au paragraphe 41 : *"D'après mon expérience, les jeunes que nous voyons et qui sont recommandés pour un traitement par GnRHa comprennent les implications et les limites du traitement par GnRHa et sont capables de consentir à cette étape du traitement."*
40. Le professeur Butler a décrit comme suit l'approche du consentement au sein des Trusts:
- "Pour les moins de 15 ans, toutes les consultations de pré-évaluation sont individuelles et ont lieu avec un consultant ou un chef de clinique lors d'au moins deux visites. Le soutien parental (ou celui de leur tuteur ou des services sociaux, le cas échéant) est un prérequis pour la filière des moins de 15 ans. Il arrive qu'un jeune ne soit pas considéré, à l'examen clinique, comme étant à un stade approprié de la puberté. D'autres visites de suivi sont alors organisées à intervalles de 6 à 12 mois jusqu'à ce que la personne soit considérée comme étant à un stade physique approprié pour l'intervention et le recueil du consentement. Cela permet également de juger du niveau de maturité émotionnelle, cognitive et psychosociale, ainsi que de la capacité.
- Les décisions prises à l'UCLH et à Leeds ne découlent pas automatiquement de celles prises au GIDS de Tavistock. Elles constituent une réévaluation de la maturité physique et de la capacité cognitive en soi. Elles peuvent être en désaccord avec la formulation du Tavistock (un événement peu fréquent) et sont alors renvoyées à la PCT du Tavistock pour réexamen."
41. Le professeur Butler a déclaré que dans sa clinique, on veille à ce que la décision de se faire soigner émane du jeune lui-même et ne soit pas le résultat de pressions exercées par son entourage. Les Trusts travaillent en étroite collaboration avec les parents pour parvenir à une solution satisfaisante pour tous et répondant à l'intérêt supérieur de l'enfant. Sa clinique n'a jamais cherché à s'adresser à la Cour en vertu de sa compétence inhérente "contre" les avis des parents, car il craint que cela ne provoque des frictions familiales. De même, il a suggéré que l'UCLH ne souhaiterait pas avoir à s'adresser au

tribunal pour obtenir le consentement de l'enfant, car cela retarderait le traitement et constituerait une charge supplémentaire pour le GIDS et les Trusts, et parce que "*cela augmenterait également la détresse des jeunes eux-mêmes, qui constateraient que leur droit à une prise de décision autonome leur a été retiré*".

42. Le professeur Butler a déclaré qu'un dossier d'information écrit complet est fourni aux adolescents plus âgés. Pour les moins de 15 ans, une consultation individuelle initiale est organisée en raison de la nécessité d'*individualiser l'approche pour les très jeunes, en prenant soin d'évaluer leur niveau de connaissance et de compréhension, et ils reçoivent alors le dossier d'information écrit*". En ce qui concerne l'impact sur la fertilité et le fonctionnement sexuel, il déclare : "Les jeunes sont les bienvenus :

"Il est également pertinent, dans le cadre de la consultation, d'aborder les questions de fertilité et de bénéficier de conseils de la part de l'équipe, et la possibilité de rencontrer un spécialiste de la fertilité est proposée, et souvent acceptée. Les options de préservation de la fertilité sont discutées avec tous les jeunes et il est nécessaire, dans le cadre du processus de consentement, qu'ils en comprennent parfaitement le sens, à un niveau adapté à leur âge. Cette compréhension doit inclure le fait qu'ils sont incapables d'avoir une relation sexuelle typique de leur genre identifié avec une autre personne en raison du développement biologique de leurs organes sexuels, et que d'autres procédures chirurgicales peuvent être nécessaires ultérieurement pour réaliser cette possibilité."

43. Il a ensuite déclaré : "*il est absolument nécessaire, avant de commencer tout traitement, qu'un jeune puisse comprendre pleinement cet effet sur la fertilité et le fonctionnement sexuel en fonction de son âge et de son niveau de maturation.*"
44. La Cour a demandé des statistiques sur le nombre, s'il y en a, de jeunes qui ont été évalués comme pouvant bénéficier de PB mais à qui on *ne les a pas* prescrites parce qu'on a considéré que le jeune n'avait pas la compétence *Gillick* pour prendre la décision, que ce soit au GIDS ou dans les trusts. Mme Morris n'a pas pu produire de statistiques sur le fait que cette situation se soit jamais produite. Elle a suggéré que, dans l'ensemble, le GIDS travaillait avec le jeune pour lui donner des informations supplémentaires, discuter de la question et, dans certains cas, attendre qu'il ait atteint une plus grande maturité. La Cour a eu la forte impression, à partir des preuves et des observations, qu'il était extrêmement rare que le GIDS ou les Trusts refusent de donner des PB au motif que la jeune personne n'était pas apte à donner son consentement. L'approche adoptée semble être de continuer à donner plus d'informations à l'enfant et d'avoir plus de discussions jusqu'à ce qu'il/elle soit considéré(e) comme *Gillick* compétent(e) ou qu'il/elle soit libéré(e).
45. Le témoignage du professeur Scott (directeur de l'Institute of Cognitive Neuroscience de l'University College London) est pertinent pour la preuve du consentement. Elle "*cherche à expliquer, d'un point de vue neuroscientifique, pourquoi j'ai des doutes importants quant à la capacité des jeunes de moins de 18 ans à peser correctement et à apprécier les conséquences importantes qui résulteront de la décision d'accepter un traitement hormonal pour la dysphorie de genre.*"
46. Elle a expliqué le développement neurologique du cerveau des adolescents qui fait que les adolescents prennent des décisions différentes et plus risquées que les adultes. Elle a ajouté que cela était confirmé par des études comportementales montrant que lorsque la prise de décision est "chaude" (c'est-à-dire plus émotionnelle), les jeunes de moins de 18 ans prennent des décisions moins rationnelles que lorsque les réponses sont données dans un contexte plus froid et moins émotionnel. Sa conclusion est la suivante

:

"11. ... étant donné le risque du traitement de blocage de la puberté, et le fait qu'il aura des effets irréversibles, qui auront des conséquences tout au long de la vie, je pense que même si les risques sont bien expliqués, qu'à la lumière de la littérature scientifique, qu'il est très possible pour un adolescent d'être incapable de saisir pleinement les implications du traitement de blocage de la puberté. Toutes les preuves dont nous disposons suggèrent que les décisions complexes et chargées d'émotions requises pour s'engager dans ce traitement ne sont pas encore acquises comme une compétence à cet âge, tant en termes de maturation du cerveau qu'en termes de comportement."

Le consentement des parents

47. Si un enfant ne peut pas donner son consentement à un traitement parce qu'il n'a pas la capacité *Gillick*, la position normale en droit serait qu'une personne ayant la responsabilité parentale puisse donner son consentement en son nom. M. Hyam a cherché à un moment donné à faire valoir qu'une décision concernant l'octroi de PB ne relèverait pas de la responsabilité parentale en raison de la nature du traitement concerné. Cependant, la pratique du GIDS concernant l'action sur le seul consentement parental est assez claire. Dans la réponse à la lettre du protocole de pré-action, le défendeur a déclaré :

"36. Il y a un malentendu fondamental dans votre lettre, qui indique que les parents peuvent consentir à la suspension pubertaire au nom d'un enfant qui n'est pas capable de le faire. Ce n'est pas le cas pour ce service, comme il ressort clairement de ce qui précède. Bien que la loi générale permette aux parents de consentir au nom de leur enfant, GIDS n'a jamais administré, et ne peut concevoir, aucune situation où il serait approprié d'administrer des bloqueurs à un patient sans son consentement. La spécification de service confirme que c'est le cas."

Il s'ensuit qu'il n'est pas nécessaire pour nous d'examiner si les parents pourraient consentir au traitement si l'enfant ne peut pas légalement le faire, parce que ce n'est pas la politique ou la pratique du défendeur et qu'un tel cas ne pourrait pas actuellement se présenter sur la base des faits.

L'effet des bloqueurs de puberté

48. Les PB sont utilisés depuis de nombreuses années pour arrêter la puberté précoce. Il s'agit d'une affection qui touche principalement les enfants âgés de 7 ans ou moins, lorsque la puberté commence à un âge très précoce. Cette condition est plus souvent observée chez les filles natives mais parfois chez les garçons natifs. Les PB sont utilisés pour arrêter ce début de puberté précoce et leur utilisation cesse lorsque l'enfant atteint un âge approprié pour la puberté. Comme on peut le constater, l'utilisation des inhibiteurs de protéase n'interfère pas avec l'apparition de la puberté à un âge biologique normal et, en tant que telle, n'interfère pas avec le développement normal de la puberté pendant l'adolescence.
49. L'utilisation des PB dans les cas de GD est tout à fait différente. Le professeur Hruz (professeur associé de pédiatrie, d'endocrinologie et de diabétologie à l'université de Washington, à St Louis, aux États-Unis) nous a fourni des preuves de l'histoire de ce traitement et de la signification de la puberté au nom des demandeurs.
50. En résumé, les PB ont été utilisés pour la première fois pour ce type de traitement dans

une clinique néerlandaise spécialisée dans le traitement des problèmes de genre à la fin des années 1990. Cette clinique a élaboré un protocole, souvent appelé le protocole néerlandais. Le protocole néerlandais a été publié dans l'European Journal of Endocrinology en 2006 et préconise de commencer la suppression de la puberté à l'âge de 12 ans après un diagnostic de DG. La puberté est comprise en médecine ou en biologie comme un processus de changement physiologique impliquant le processus de maturation des gonades. Des hormones situées dans une partie du cerveau sécrètent une hormone de libération des gonadotrophines qui, à son tour, stimule l'hypophyse pour qu'elle sécrète d'autres hormones. Celles-ci stimulent la croissance des gonades, c'est-à-dire des ovaires chez la femme et des testicules chez l'homme. D'autres hormones sont sécrétées et contribuent au développement des caractéristiques sexuelles primaires, l'utérus chez la femme, le pénis et le scrotum chez l'homme. Les hormones contribuent au développement des caractéristiques sexuelles secondaires, notamment les seins et les hanches plus larges chez les filles et les épaules plus larges, les voix plus graves et la masse musculaire accrue chez les garçons. D'autres hormones de croissance sont libérées, ce qui stimule la croissance. Avec une injection régulière des PB, il n'y a pas de progression de la puberté et une certaine régression des premiers stades des caractéristiques sexuelles déjà développées. Cela signifie que chez les filles *"le tissu mammaire s'affaiblit et peut disparaître complètement"* et que chez les garçons *"le volume des testicules régresse à un volume inférieur."*

51. Selon le protocole néerlandais, l'introduction du CSH commence à l'âge de 16 ans. Comme l'explique le professeur Hruz :

"29. Ensuite, à partir de l'âge de 16 ans, des hormones transsexuelles sont administrées tandis que le traitement par analogue de la GnRH se poursuit, afin d'induire quelque chose qui ressemble au processus de la puberté qui se produirait normalement pour les membres du sexe opposé. Chez les patients de sexe féminin à masculin, l'administration de testostérone entraîne le développement "d'une voix grave, d'une pilosité faciale et corporelle, d'une forme corporelle plus masculine" ainsi qu'un engagement clitoridien et une atrophie accrue des tissus mammaires. Chez les patients recherchant une transition homme-femme, l'administration d'œstrogènes entraînera "le développement des seins et une forme corporelle d'apparence féminine". L'administration d'hormones transsexuelles pour ces patients sera prescrite pour le reste de leur vie."

52. L'objectif de la prescription des PB fait l'objet d'une certaine controverse. Selon le Dr Carmichael, le but premier des PB est de donner au jeune le temps de réfléchir à son identité de genre. C'est une phrase qui est répétée dans un certain nombre de documents d'information du GIDS et du Trust. L'Autorité de recherche en santé a mené une enquête sur l'étude d'intervention précoce en 2019. Son rapport était quelque peu critique à l'égard de la description de l'objectif et disait :

"L'équipe de recherche a décrit l'objectif de la suppression de la puberté comme étant 'd'induire un environnement neutre en termes d'hormones sexuelles afin de fournir aux jeunes gens un espace pour décider s'ils doivent poursuivre le traitement de réassignation de genre à l'âge adulte'. Cette phrase semble avoir semé la confusion, car certains ont interprété que la suppression de la puberté était destinée à être utilisée dans les cas suivants tous les enfants se présentant à la clinique, qu'il n'y aurait pas de changement dans l'évolution de la dysphorie de l'identité de genre pendant cette période, et que l'enfant pourrait ensuite choisir de progresser vers un traitement hormonal transsexuel ou d'arrêter le traitement avec l'apparition

ultérieure de la puberté dans le sexe de naissance. Il a été noté que les participants à cette étude et à d'autres recherches impliquant la suppression de la puberté précoce ont évolué vers des hormones intersexes. Cela a suscité des inquiétudes quant au fait que le traitement pourrait être responsable de la persistance, plutôt que de "créer un espace de décision".

La confusion aurait été réduite si l'objectif du traitement avait été décrit comme étant proposé spécifiquement aux enfants démontrant une dysphorie d'identité de genre forte et persistante à un stade précoce de la puberté, de sorte que la suppression de la puberté permette un traitement hormonal de sexe opposé ultérieur sans qu'il soit nécessaire d'inverser chirurgicalement ou de masquer autrement les effets physiques indésirables de la puberté dans le sexe de naissance. La présente étude n'a pas été conçue pour examiner les implications sur la persistance ou la désistance de l'offre de suppression de la puberté à un plus grand nombre de patients, elle s'est limitée à un groupe qui avait déjà fait preuve de persistance et demandait activement des bloqueurs de puberté."

53. Le professeur Butler a dit que les PBs :

"peut avoir une certaine aide ou un avantage dans le soutien des adolescents transgenres dans certains aspects du fonctionnement de la santé mentale, en particulier en ce qui concerne la réduction du risque d'idéation suicidaire et d'actions suicidaires réelles elles-mêmes."

54. Voir en outre la référence au paragraphe 73 ci-dessous au document présenté par le Dr Carmichael et le professeur Viner en 2014, faisant référence à l'étude sur l'intervention précoce et aux preuves limitées de bénéfices psychologiques.

55. Comme il ressort clairement de la littérature et comme le mentionne la HRA, l'autre objectif de l'octroi de PB est d'arrêter le développement des effets physiques de la puberté (ce qui varie évidemment en fonction de l'âge et du stade du développement pubertaire auxquels les PB sont commencées), car le ralentissement ou la prévention du développement précoce des caractéristiques sexuelles secondaires pendant la puberté peut faciliter la transition ultérieure (à la fois médicale et sociale) vers la vie dans le sexe opposé.

La relation entre les bloqueurs de puberté et les hormones intersexuelles (HSA)

56. Le GIDS et le Trust s'appuient sur le fait que le traitement de phase 1 avec les PBs et le traitement de phase 2 (CSH) sont distincts. Ainsi, selon eux, il est possible pour une jeune personne d'arrêter les PB à n'importe quel moment et de ne pas passer au CSH. D'un certain point de vue, cela est correct. Cependant, les données dont nous disposons sur cette question montrent clairement que pratiquement tous les enfants/jeunes qui commencent les PB passent au CSH.

57. Aucun chiffre précis n'est disponible auprès de GIDS (quant au pourcentage de patients qui passent des PB aux CSH). Il y avait quelques preuves basées sur un échantillon aléatoire de ceux qui, en 2019-2020, avaient été libérés ou avaient ce qui est décrit comme un résumé de clôture de GIDS. Cependant, le tribunal a pu compter sur le témoignage du Dr de Vries. Le Dr de Vries est membre fondateur du conseil d'administration de l'EPATH (Association professionnelle européenne pour la santé des personnes transgenres) et membre du comité sur les enfants et les adolescents de la

WPATH (Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres), dont il a été le président entre 2010 et 2016, et il dirige le Centre d'expertise sur la dysphorie de genre au Centre médical universitaire d'Amsterdam, aux Pays-Bas (CEGD). Il s'agit de l'institution qui a ouvert la voie dans l'utilisation des PB pour les jeunes aux Pays-Bas ; et c'est la seule source de données publiées par des pairs (en ce qui concerne le traitement que nous envisageons) produites pour le tribunal. Elle indique que parmi les adolescents qui ont commencé la suppression de la puberté, seulement 1,9 % ont arrêté le traitement et ne sont pas passés au CSH.

58. Il nous a été dit que la partie défenderesse ne disposait d'aucune donnée permettant d'enregistrer la proportion des personnes sous bloqueurs de puberté qui passent aux hormones transsexuelles. Il nous a été dit que cela résultait en partie du fait que certains d'entre eux avaient évolué vers des services pour adultes et n'avaient pas été enregistrés par le défendeur. Mme Swarbrick a effectué une analyse d'un échantillon aléatoire de 312 des 1648 dossiers de patients sortis du GIDS du 1^{er} mars 2019 au 4^e mars 2020. Le Dr Carmichael a résumé cette analyse comme suit :

"...sur la base d'un échantillon aléatoire de personnes orientées vers le GIDS qui avaient reçu leur congé ou un résumé de clôture du GIDS en 19-20 (analyse B), 16% des patients (49 personnes) avaient accédé au service d'endocrinologie pendant leur séjour au GIDS. Sur ces 16 %, 55 % (27 personnes) ont ensuite reçu une autorisation pour des hormones transsexuelles ou y ont eu accès pendant leur séjour au GIDS. Ce chiffre représente 8,7 % de tous les patients sortis du GIDS cette année-là. Nous savons également que sur les 49 patients qui ont été orientés vers l'endocrinologie pour un traitement par GnRHa pendant leur séjour au GIDS, deux n'ont pas commencé le traitement par GnRHa et cinq autres ont quitté le GIDS sans être orientés vers un autre service spécialisé dans les questions de genre.

59. Nous trouvons surprenant que le GIDS n'ait pas obtenu de données complètes montrant les chiffres et la proportion des personnes sous bloqueurs de puberté qui restent dans le GIDS et passent aux hormones sexuelles croisées. Bien que ni le Dr Carmichael ni le Professeur Butler n'aient été en mesure de donner des chiffres équivalents au Royaume-Uni à ceux des Pays-Bas, le langage utilisé dans leurs déclarations de témoins suggère qu'une proportion tout aussi élevée d'enfants et de jeunes au Royaume-Uni passe des PB aux CSH.

L'impact des bloqueurs de puberté et leur réversibilité

60. Dans leur documentation, le WPATH et l'Endocrine Society décrivent tous deux les PB comme entièrement réversibles. Le professeur Butler déclare que "*nous ne savons pas tout sur le bloqueur et pour autant que nous le sachions, il s'agit d'un traitement réversible sûr dont l'historique est bien établi.*" Le Dr Alvi a également fait référence à l'historique de l'utilisation des PB comme montrant qu'ils sont entièrement réversibles. Cependant, il est important de noter qu'à l'exception de l'étude d'Amsterdam, les antécédents d'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons sur lesquels on s'appuie dans ce contexte sont ceux *du traitement des enfants à puberté précoce*, qui est une condition différente de la GD, et où les PB sont utilisés d'une manière très différente.
61. Le Dr de Vries a été un peu plus nuancé dans son témoignage. Elle a dit :

" Le traitement du blocage de la puberté est entièrement réversible (voir par exemple la section

2.0 des directives de pratique clinique de l'Endocrine Society...). Par totalement réversible, j'entends que l'administration de bloqueurs de puberté chez les jeunes n'a pas de conséquences physiques irréversibles, par exemple sur la fertilité, l'approfondissement de la voix ou la croissance des seins".

62. Au paragraphe 20 de son témoignage, elle a dit :

"Des dilemmes éthiques continuent d'exister autour de ... l'incertitude des conséquences physiques apparentes à long terme du blocage de la puberté sur la densité osseuse, la fertilité, le développement du cerveau et les options chirurgicales."

63. La fiche d'information pour les jeunes de l'intervention précoce de

GIDS indique : " Quels sont les avantages possibles de commencer un traitement hormonal bloquant ?

Nous avons examiné d'autres pays qui ont donné ce traitement **et les résultats** suggèrent que :

- Les bloqueurs d'hormones qui bloquent les hormones sexuelles naturelles de l'organisme peuvent améliorer la façon dont vous vous sentez.
- Si vous décidez d'arrêter prématurément les hormonodépresseurs, **votre développement physique** reprendra comme d'habitude dans votre sexe natal. Pour autant que **nous le sachions**, les bloqueurs d'hormones ne nuisent pas à votre développement physique ou psychologique.
- Les bloqueurs d'hormones vous feront moins craindre de grandir dans le mauvais corps et vous donneront plus de temps et d'espace pour réfléchir à votre identité de genre.

Quels sont les inconvénients et les risques éventuels des hormonobloquants ?

- Les effets secondaires possibles des bloqueurs d'hormones sont les bouffées de chaleur, les maux de tête, les nausées et la prise de poids.
- Un effet à court terme est que votre force osseuse ne se développe pas aussi rapidement qu'elle le ferait normalement pendant que vous êtes sous hormonothérapie. Toutefois, ce phénomène reprendra dès que votre corps sera à nouveau exposé aux hormones. C'est pourquoi nous devons effectuer une scintigraphie osseuse chaque année pour vérifier l'épaisseur de vos os. **Nous ne savons pas exactement comment les hormonobloquants affecteront la solidité des os, le développement des organes sexuels, la forme du corps ou la taille adulte finale. Il pourrait y avoir d'autres effets à long terme des hormonobloquants au début de la puberté que nous ne connaissons pas encore.**

- Les bloqueurs d'hormones peuvent affecter votre mémoire, votre concentration ou la façon dont vous vous sentez par rapport à votre sexe et la probabilité que vous changiez d'avis sur votre identité sexuelle.
- Les bloqueurs d'hormones peuvent affecter votre capacité à avoir un bébé. Il peut s'écouler 6 à 12 mois de plus après l'arrêt des hormonobloquants avant que les garçons nals recommencent à fabriquer des spermatozoïdes ou que les filles natales commencent à faire mûrir des ovules dans leurs ovaires. Cependant, les hormonobloquants ne fonctionnent pas comme contraceptifs. Si vous êtes sexuellement active, veuillez demander à votre médecin des conseils sur la contraception." (c'est nous qui soulignons)

64. Les demandeurs soulèvent un certain nombre d'aspects de cette réversibilité présumée. Les BP arrêtent les changements physiques du corps lors de la puberté. Mais en s'appuyant sur les preuves du professeur Levine (professeur clinique de psychiatrie à la Western Reserve University, Ohio) et du professeur Hruz, les demandeurs affirment que les changements neurologiques et psychologiques qui surviennent à la puberté sont moins bien compris que les changements physiologiques. En outre, la mesure dans laquelle les différences neurologiques sont causées par des facteurs biologiques tels que les hormones et les gènes fait l'objet d'un débat. Le professeur Levine a présenté des preuves du degré de maturation des jeunes au cours de l'adolescence par le biais d'expériences sociales et personnelles. Pour les jeunes sous PB, ce processus de maturation est arrêté ou retardé, avec des impacts sociaux et psychologiques potentiels que l'on pourrait qualifier de non-réversibles.

65. Ainsi, le point central soulevé par les requérants est que, bien que la plupart des conséquences physiques de la prise de PB puissent être réversibles si ce traitement est arrêté, l'enfant ou le jeune aura manqué une période, aussi longue soit-elle, d'expérience biologique, psychologique et sociale normale pendant l'adolescence ; et ce développement et cette expérience manqués, pendant l'adolescence, ne peuvent jamais être vraiment récupérés ou "inversés".

66. Il est à noter qu'avant juin 2020, le site web du NHS sur les BP disait :

"Les effets du traitement par les analogues de la GnRH sont considérés comme entièrement réversibles, de sorte que le traitement peut généralement être arrêté à tout moment."

67. En juin 2020, cette section a été mise à jour pour se lire comme suit :

"On sait peu de choses sur les effets secondaires à long terme des hormones ou des bloqueurs de puberté chez les enfants atteints de dysphorie de genre.

Bien que le Gender Identity Development Service (GIDS) indique qu'il s'agit d'un traitement physiquement réversible s'il est arrêté, **on ignore quels peuvent être les effets psychologiques.**

On ne sait pas non plus si les hormonobloquants affectent le développement du cerveau des adolescents ou des os des enfants. Les effets secondaires peuvent également inclure des bouffées de chaleur, de la fatigue et des altérations de l'humeur." (c'est nous qui soulignons)

68. Un deuxième élément clé de l'argument sur la réversibilité concerne la relation entre les PB et les CSH et la mesure dans laquelle le fait de commencer des PB dans la pratique met un jeune sur la voie quasi inexorable des CSH. Dans une très large mesure, les CSH ne sont pas réversibles. Comme indiqué au paragraphe 57 ci-dessus, une très forte proportion de ceux qui commencent les PB passent à la CSH et donc, en termes statistiques, une fois qu'un enfant ou un jeune commence les PB, il est sur un chemin clinique très clair vers la CSH.

Base de données probantes à l'appui de l'utilisation des bloqueurs de puberté pour la dysphorie de genre

69. Les requérants soutiennent que le traitement des PB pour le DG est décrit à juste titre comme (i) expérimental (ii) un traitement avec une base de preuves très limitée, et (iii) un traitement hautement controversé. Les requérants s'appuient sur les déclarations de témoins d'un certain nombre d'experts incontestables dans divers domaines pertinents et d'institutions académiques au Royaume-Uni, aux États-Unis, en Suède et en Australie, qui font référence à la nature controversée du traitement et à son soutien factuel limité.
70. Il n'appartient toutefois pas à la Cour de juger du poids à accorder à différents experts dans le cadre d'un contrôle judiciaire. Selon nous, le plus important est la preuve apportée par le défendeur et la base de preuves sur laquelle *il* s'appuie pour l'utilisation des PB. Aux États-Unis, le traitement du DG n'est pas une utilisation approuvée par la FDA et, en tant que tel, les PB ne peuvent être utilisés que de manière "hors indication". Cela n'empêche pas les cliniciens, qu'ils soient aux États-Unis ou au Royaume-Uni, d'utiliser les PB à cette fin, tant que leur utilisation relève de l'expertise professionnelle du clinicien. Le professeur Butler a expliqué qu'il est très courant que les médicaments pédiatriques soient utilisés hors indication et que ce facteur ne rend le traitement en aucun cas expérimental.
71. Cependant, l'absence d'une base de données solide pour leur utilisation est évidente au vu du nombre très limité de documents publiés sur l'efficacité du traitement, quelle que soit la façon dont elle est mesurée.
72. Paul Jenkins, directeur général de la défenderesse, a déclaré :
- "...il est exact qu'au cours des dernières années, certains cliniciens [du Trust] ont fait part de leurs préoccupations quant à l'utilisation de la GnRHa pour les jeunes présentant une dysphorie de genre. En effet, certains ont demandé au Trust de modifier ses pratiques et l'ont fait de diverses manières. Nous sommes parfaitement conscients que le sujet de la dysphorie de genre soulève des questions complexes et que de nombreuses personnes ont des opinions bien arrêtées à ce sujet".
73. Le document d'évaluation sur l'étude d'intervention précoce à GIDS, mentionné au paragraphe 25 ci-dessus, donne quelques éléments (bien que limités) sur les résultats de cette étude. Il résume un document de réunion présenté par le Dr Carmichael et le

professeur Viner en 2014 (mais non publié dans une revue à comité de lecture) comme suit :

" L'étude a rapporté des données qualitatives sur les résultats précoces de 44 jeunes ayant reçu une suppression pubertaire précoce. Elle a noté que 100% des jeunes ont déclaré qu'ils souhaitaient poursuivre le traitement par GnRHa, que 23 (52%) ont signalé une amélioration de l'humeur depuis le début du blocage mais que 27% ont signalé une diminution de l'humeur. **Il a noté qu'il n'y avait pas d'amélioration globale de l'humeur ou du bien-être psychologique en utilisant des mesures psychologiques standardisées.**" (c'est nous qui soulignons)

74. Mme Morris a fait valoir qu'il n'appartient pas à ce tribunal de trancher les désaccords cliniques entre experts sur l'efficacité d'un traitement. Nous sommes d'accord. C'est une question que le NHS et les organismes de réglementation compétents doivent superviser et trancher. Toutefois, la mesure dans laquelle le traitement est expérimental et a, pour l'instant, un impact inconnu, soulève la question essentielle de savoir si un jeune peut avoir une compréhension suffisante des risques et des avantages pour être en mesure de consentir légalement à ce traitement.

Persistence

75. Les demandeurs soutiennent qu'il existe de bonnes preuves que pour une proportion importante de jeunes gens présentant un DG, la condition se résorbe d'elle-même au cours de l'adolescence sans traitement avec des BP. De plus, les PB servent à augmenter la probabilité de GD et, en tant que telles, peuvent être positivement nuisibles à la santé à long terme de l'enfant ou de la jeune personne. Selon le DSM5 : " chez les *hommes nés de parents, la persistance de la [dysphorie de genre] a varié de 2,2 % à 30 %*. *Chez les femmes nées dans le pays, la persistance est comprise entre 12 % et 50 %*". Ces chiffres doivent être traités avec une certaine prudence car il se peut que la cohorte dont la persistance était prise en compte dans ces statistiques soit à un âge plus bas et avec un DSM moins clairement établi que les jeunes traités au GIDS.
76. Selon l'étude néerlandaise, les adolescents qui présentent un GD établi s'identifient rarement à leur sexe biologique. Le professeur Hruz a suggéré qu'il pouvait y avoir deux raisons à cela. Il se peut que les cliniciens aient posé un diagnostic solide de GD persistant. Il se peut aussi que le fait même du diagnostic et du traitement qui a confirmé ce diagnostic (c'est-à-dire à la fois la psychothérapie d'affirmation du genre et l'utilisation des PB) ait solidifié le sentiment d'identification transgenre et ait conduit les jeunes à s'engager dans le processus de réassignation sexuelle plus fortement qu'ils ne l'auraient fait si le diagnostic et le traitement avaient été différents.
77. Comme déjà indiqué, il ne nous appartient pas de nous prononcer sur les raisons de la persistance ou non du DG. Cependant, la nature de cette question met en évidence la nature hautement complexe et inhabituelle de ce traitement et la grande difficulté à comprendre pleinement ses implications pour chaque jeune. En bref, le traitement peut favoriser la persistance du DG dans des circonstances où il est au moins possible que sans ce traitement, le DG disparaisse de lui-même.

SECTION B : TÉMOIGNAGES DES DEMANDEURS ET D'AUTRES PERSONNES

78. La première requérante est née de sexe féminin. Dans sa déclaration de témoin dans le cadre de cette procédure, elle a décrit son expérience de la prescription de PBs et ensuite de CSH. Il convient de noter que certains des détails relatifs à son traitement et aux informations qu'elle a reçues (au GIDS et au premier défendeur) sont contestés. Cette affaire est une révision judiciaire de la politique du GIDS, Il ne s'agit pas d'une action en responsabilité délictuelle portant sur les faits spécifiques entourant le traitement du premier demandeur et il n'est donc pas nécessaire de résoudre un quelconque différend factuel. Nous enregistrons simplement le récit de la première requérante. Elle décrit une enfance hautement traumatisante. Dès l'âge de 4 ou 5 ans, elle s'est montrée non conforme au genre, s'associant davantage aux jeux et aux vêtements masculins. Elle s'est sentie très étrangère à l'école secondaire et a pris des pilules contraceptives pour arrêter ses règles. Elle se sentait dégoûtée par son corps et est devenue dépressive et très anxieuse. À partir de l'âge de 14 ans, elle a commencé à s'interroger activement sur son identité de genre et a commencé à regarder des vidéos sur YouTube et à faire des recherches sur Internet sur les troubles de l'identité de genre et le processus de transition. Elle raconte : *"Je pensais avoir enfin trouvé la réponse à la question de savoir pourquoi je me sentais si masculine, mal à l'aise avec mon corps de femme et pourquoi je ressemblais tellement plus à un garçon stéréotypé qu'à une fille stéréotypée dans l'expression physique et les intérêts."*
79. À l'âge de 15 ans, la première demandeuse a été adressée au GIDS. Lors de son passage à la clinique locale des services de santé mentale pour enfants et adolescents, elle s'est souvenue : *"Le psychiatre a tenté de parler du spectre des genres pour me persuader de ne pas poursuivre une transition médicale. J'ai pris cela comme un défi pour savoir à quel point je prenais au sérieux mes sentiments et ce que je voulais faire, et cela m'a donné encore plus envie de faire une transition. Aujourd'hui, je regrette de ne pas l'avoir écoutée."* Elle a été vue pour la première fois au GIDS à l'âge de 16 ans et a eu un certain nombre de rendez-vous étalés sur 1 an et 9 mois. Elle a été orientée vers l'UCLH en juin 2013 et après trois rendez-vous, elle a commencé les PB. Elle a reçu des conseils sur l'impact sur sa fertilité, mais sa priorité était de passer à la testostérone. Elle a déclaré qu'à 16 ans, elle ne pensait pas à avoir des enfants et que, de toute façon, la conservation des ovules n'était pas disponible sur le NHS.
80. En avril 2014, elle a été orientée vers une clinique d'identité de genre pour adultes afin de discuter d'une intervention chirurgicale. Elle *"se voyait devenir un jeune homme grand et fort physiquement où il n'y avait pratiquement aucune différence entre moi et un garçon biologique"*. Après avoir commencé à prendre de la testostérone à 17 ans, les changements dans son corps ont commencé rapidement : ces changements comprenaient des modifications génitales, une baisse de la voix et la croissance des poils du visage et du corps. Elle est restée sous testostérone pendant 3 ans mais a commencé à douter de plus en plus du processus de transition :

"27. J'ai commencé à avoir mes premiers doutes sérieux sur la transition. Ces doutes ont été provoqués par le fait que j'ai remarqué pour la première fois à quel point je suis physiquement différente des hommes en tant que femme biologique, malgré la testostérone qui circule dans mon corps. Il y avait aussi beaucoup d'expériences auxquelles je ne pouvais pas me référer lors de conversations avec des hommes, parce que j'étais biologiquement une femme et que j'avais été socialisée comme une fille dans la société. La plupart du temps, il y avait un "code" tacite que j'avais l'impression de ne pas comprendre. Je me souviens avoir parlé de mes doutes sur la transition à un ami proche de l'époque, qui m'a répondu en me disant que j'étais idiote et je l'ai cru. Cela a été renforcé par les forums en ligne que j'ai parcourus,

où le consensus était que la plupart des personnes transsexuelles ont des doutes et que c'est une partie normale de la transition, donc les doutes devraient être ignorés. J'ai continué, en repoussant les doutes au fin fond de mon esprit et aucun autre doute ne s'est insinué pendant un certain temps."

81. Malgré ces doutes, à 20 ans, elle subit une double mastectomie. Dans l'année qui a suivi :

"31. ... J'ai commencé à réaliser que la vision que j'avais à l'adolescence de devenir un homme était strictement un fantasme et que ce n'était pas possible. Ma constitution biologique était toujours féminine et cela se voyait, quelle que soit la quantité de testostérone présente dans mon organisme ou le nombre de séances de sport que je faisais. La société me percevait comme un homme, mais ce n'était pas suffisant. J'ai commencé à ne voir qu'une femme avec une barbe, ce que j'étais. Je me sentais comme un imposteur et j'ai commencé à me sentir plus perdue, isolée et confuse que lorsque j'étais en pré-transition."

82. Elle a décrit la réalité de devoir prendre une dose régulière de médicaments pour le reste de sa vie afin de conserver son apparence masculine ; et la nécessité de subir une hystérectomie si elle restait un homme en raison de l'atrophie de ses organes reproducteurs si elle continuait à prendre de la testostérone.

83. À partir de janvier 2019, la première demandeuse a cessé de prendre de la testostérone. Elle souhaite maintenant s'identifier en tant que femme et cherche à changer son sexe légal pour le ramener à celui figurant sur son certificat de naissance original. Elle a déclaré ce qui suit :

"39. ... Ce n'est que récemment que j'ai commencé à penser à avoir des enfants et, si cette possibilité se concrétise un jour, je devrai vivre avec le fait que je ne pourrai pas allaiter mes enfants. Je ne pense toujours pas avoir pleinement assimilé l'intervention chirurgicale que j'ai subie pour enlever mes seins et l'importance de cette opération. J'ai pris une décision audacieuse en tant qu'adolescente (comme beaucoup d'adolescents le font), en essayant de trouver la confiance et le bonheur, mais maintenant le reste de ma vie sera affecté négativement. Je ne peux pas revenir sur les changements physiques, mentaux ou juridiques que j'ai subis. La transition était une solution très temporaire et superficielle pour un problème d'identité très complexe."

84. La partie défenderesse soutient que la première requérante a reçu les informations les plus complètes possibles après un grand nombre de consultations (au moins 10) et qu'elle était *Gillick* compétente pour prendre la décision de prendre des PB. En outre, le défendeur a produit des déclarations de témoins d'un certain nombre d'enfants et de jeunes qui soutiennent fortement le traitement qu'ils ont reçu.

85. J est un homme transgenre de 20 ans qui a reçu des PB en 2012 à l'âge de 12 ans, puis des CSH en 2015. Il a décrit comment il a ressenti un fort besoin de devenir un garçon dès son plus jeune âge et comment il a été intimidé à l'école pour son comportement. Il trouvait l'apparition de la puberté féminine horripilante et insupportable. Après un certain

nombre de séances au GIDS, on lui a prescrit des PB à partir de l'âge de 12 ans.

86. Selon J., les cliniciens du GIDS lui ont donné toutes les informations possibles sur les avantages et les inconvénients du traitement. Les cliniciens ont fortement contesté son désir de transition et les raisons pour lesquelles il avait choisi d'exprimer son identité de genre en tant qu'homme. Il a été informé de l'impact sur la fertilité s'il choisissait de poursuivre le CSH et la chirurgie. Il a déclaré : *"J'ai pris la décision de procéder à la suppression pubertaire sans chercher à préserver les ovules. C'était une décision difficile à prendre car je ne savais pas si je voudrais des enfants biologiques à l'âge adulte, mais j'étais certain de ne jamais vouloir porter un enfant et donner naissance. En fin de compte, j'ai pris cette décision parce que ma qualité de vie était médiocre et que, sans traitement immédiat, je ne pensais pas avoir d'avenir du tout."* Il ajoute : *"Nous avons discuté de sexe et je leur ai dit que cette idée me dégoûtait. Je savais que je ne pourrais pas envisager d'avoir une relation sexuelle à l'âge adulte avec mon corps si mal formé."* Il a terminé sa déclaration de témoin en disant qu'il est reconnaissant que son développement pubertaire ait été arrêté car cela a supprimé la détresse causée par la poursuite du développement, mais il aurait souhaité que les PB aient été commencées plus tôt, ce qui aurait évité la nécessité d'une chirurgie mammaire plus tard.
87. S est un garçon transgenre de 13 ans qui est sur la liste d'attente du GIDS. On lui a dit qu'il devrait attendre environ 24 mois pour être vu et, avec ses parents, il a décidé de consulter un prestataire privé, GenderGP, où on lui a prescrit des PB. Nous notons à ce stade que le médecin généraliste en question a été radié du registre professionnel et qu'il opère désormais en dehors du Royaume-Uni. Dans sa déclaration de témoin, S a dit :
- "13. ... Je n'ai pas vraiment pensé à la parentalité - le spécialiste de l'identité de genre que j'ai mentionné m'a posé la question, mais je n'ai tout simplement aucune idée de ce que je vais penser dans le futur. Je n'ai pas eu de relation amoureuse et ce n'est tout simplement pas une chose qui est vraiment sur mon radar pour le moment."*
88. N, une femme transgenre de 18 ans, à qui on a prescrit des PB à l'âge de 17 ans, a déclaré :
- "12. Le traitement par hormonothérapie bloquante pourrait très bien m'avoir sauvé la vie. Pendant la période de ma vie où on me les a prescrits, ma santé mentale était en train de s'effondrer à cause de ma dysphorie, ce qui avait un impact sur ma vie quotidienne, mon apprentissage et mes interactions sociales. Bien que les premières injections de gonapeptyl aient été lentes à faire effet, elles ont finalement commencé à atténuer ma dysphorie de manière très concrète. Je devais moins me raser et je n'avais plus à craindre le développement pubertaire. J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à ma situation et décider de la suite des événements. Cela a également aidé ma santé mentale, car j'ai eu beaucoup moins de problèmes dans l'ensemble, ce qui m'a permis de me concentrer sur des aspects de ma vie autres que mon identité de genre, plutôt que de laisser mes craintes de la puberté et du développement prendre le dessus sur tout le reste de ma vie."*
89. La deuxième requérante, Mme A, est la mère d'une fille de 15 ans atteinte de TSA. La fille a des antécédents de problèmes de santé mentale et de comportement. Elle *"cherche désespérément à fuir tout ce qui fait d'elle une femme"* et a été orientée vers les CAMHS (Child and Adolescent Mental Health Services). Mme A. est très inquiète à l'idée que

Jugement approuvé

sa fille soit orientée vers le GIDS et se voie prescrire des PB. Cependant, la fille n'a pas été orientée vers le GIDS et, compte tenu de la pratique actuelle du défendeur, elle ne répondrait pas aux critères pour les PB car ses parents ne soutiendraient pas ce traitement. L'intérêt de Mme A dans cette action est donc largement théorique.

SECTION C : SOUM SOUMISSIONS

90. L'argument principal des requérants est que les enfants ou les jeunes de moins de 18 ans ne sont pas capables de donner leur consentement à l'administration de substances psychotropes. Leur argument secondaire est que les informations fournies par le défendeur et la partie intéressée sont trompeuses et inadéquates pour former la base d'un consentement éclairé. Dans leur exposé des questions, les requérants ont posé comme première question l'adéquation de l'information et comme deuxième question celle de savoir si les enfants et les jeunes sont capables de donner leur consentement. Selon nous, la première question doit être de savoir si la compétence *Gillick* peut être atteinte, et la question secondaire ou alternative, de savoir si l'information donnée est adéquate. Nous traitons les arguments dans cet ordre.
91. M. Hyam a également soulevé une troisième question (du moins par écrit). Il s'agit d'une proposition selon laquelle si un jeune de moins de 18 ans se voit prescrire des PB, son cas devrait être soumis à la Cour de protection. Lors de la plaidoirie, il a admis que la Cour de protection, étant une créature de la loi, n'aurait aucune compétence pour examiner de tels renvois. Nous pensons que la substance de la troisième question relève des termes de la première question.
92. M. Hyam a souligné que les requérants ne remettaient pas en question l'existence de la GD. Ils ne remettaient pas non plus en cause le fait qu'il pouvait causer une détresse extrême ou que les PB ne devraient jamais être administrés aux personnes de moins de 18 ans ou qu'il n'était jamais dans leur meilleur intérêt qu'ils soient prescrits. La question centrale était de savoir si les personnes de moins de 18 ans pouvaient donner un consentement éclairé.
93. M. Hyam a soutenu qu'un enfant encore en pleine puberté n'est pas capable de comprendre correctement la nature et l'effet des PB et de peser correctement les conséquences et les effets secondaires. Il s'est appuyé sur les témoignages des personnes, y compris ceux présentés au nom du défendeur, pour montrer que les enfants de cet âge ne peuvent pas comprendre les implications de questions telles que la perte de la capacité d'orgasme, le besoin potentiel de construire un néo-vagin ou la perte de fertilité. Il a fait valoir que l'utilisation des BP pour traiter la DG ne dispose pas d'une base de preuves suffisante pour la soutenir et qu'elle devrait donc être décrite comme un traitement expérimental. Il est prouvé que les PB peuvent avoir des effets secondaires significatifs et il y a de fortes chances qu'une fois qu'un enfant commence à prendre des PB, il évolue vers la CSH, ce qui entraînera des changements irréversibles dans le corps de l'enfant avec des implications médicales, psychologiques et émotionnelles à vie pour l'enfant. Il s'appuie sur le préjudice potentiellement causé à ces jeunes gens vulnérables, comme le prouve la déclaration du témoin du premier demandeur.
94. Il a affirmé que les conseils donnés aux enfants et aux adolescents sont trompeurs car on leur dit que les PB sont entièrement réversibles alors que les preuves actuelles de la réversibilité ou des implications à long terme du traitement sont limitées et peu claires. Il a ajouté que la réalité est que les PB ouvrent la voie aux CSH qui ont des impacts irréversibles. De plus, les informations fournies par le GIDS ne disent pas à l'enfant que ce traitement ne présente aucun avantage prouvé, que ce soit en termes physiques ou psychologiques. Les informations sont trompeuses quant à la réversibilité des PB, leur but et leurs avantages.
95. Dans ces circonstances, il a fait valoir que la juridiction devrait être guidée par l'approche de la Cour de protection dans son *guide pratique (Cour de protection : traitement médical grave)* [2020] 1 WLR 641 qui énonce les décisions relatives au

traitement médical pour lesquelles une demande devrait être faite à la Cour de protection.

96. Les paragraphes 10 et 11 de cette orientation indiquent :

" 10) Dans toute affaire qui ne porte pas sur la fourniture d'un traitement de maintien en vie, mais qui implique l'ingérence grave dans les droits de la personne au titre de la CEDH, il est :

"Il est très probable que, dans la plupart des cas, sinon dans tous, les professionnels confrontés à la décision de prendre ou non cette mesure concluront qu'il est approprié de demander au tribunal de faciliter une analyse complète de [la capacité et] de l'intérêt supérieur, [la personne] bénéficiant d'une représentation juridique et de l'avis d'experts indépendants. "

Il en sera ainsi même en cas d'accord entre tous ceux qui ont un intérêt dans le bien-être de la personne.

11. Les exemples de cas pouvant relever du paragraphe 10 ci-dessus comprennent, sans s'y limiter, les cas suivants (a) lorsqu'une procédure ou un traitement médical a pour but principal la stérilisation ; (b) lorsqu'une procédure médicale est proposée à une personne qui n'a pas la capacité d'y consentir, lorsque la procédure a pour but un don d'organe, de moelle osseuse, de cellules souches, de tissu ou de fluide corporel à une autre personne ; (c) une procédure d'insertion secrète d'un dispositif contraceptif ou d'un autre moyen de contraception ; (d) lorsqu'il est proposé de réaliser un traitement expérimental ou innovant ; (e) un cas impliquant une question éthique importante dans un domaine non testé ou controversé de la médecine."

97. Le défendeur et les premier et deuxième intervenants font cause commune. Mme Morris a fait valoir que les soins et le traitement fournis au GIDS répondaient aux termes de la spécification de service établie par le NHS England (NHSE), conformément aux cadres internationaux de la WPATH et de l'Endocrine Society et aux cadres réglementaires nationaux du General Medical Council et de la Care Quality Commission. Le NHSE entreprend actuellement une étude sur l'efficacité du traitement du DG (l'étude Cass) qui fera l'objet d'un rapport en temps voulu, et ses conclusions seront reflétées dans la spécification du service.

98. Elle a fait valoir que le processus au GIDS était "profondément conforme à *Montgomery*" (c'est-à-dire qu'il répondait aux exigences de consentement éclairé identifiées par la Cour suprême dans l'affaire *Montgomery v Lanarkshire Health Board* [2015] AC 1430) eu égard aux consultations et discussions fréquentes et à la fourniture d'informations détaillées, mais adaptées à l'âge. La "grande majorité" des enfants orientés vers les PB ont 15 ans ou plus, a-t-elle dit, et les informations données varient en fonction de l'âge et de la maturité de l'enfant ou du jeune. Lorsque l'on estime que l'individu n'est pas initialement compétent pour le *programme Gillick*, on prend le temps de voir si sa compréhension se développe et si la compétence peut être atteinte. Les informations données sont celles qui sont les plus importantes pour cet individu à cet âge.

99. En ce qui concerne les jeunes âgés de 16 à 18 ans, si le jeune, les parents et les cliniciens sont d'accord, elle a fait valoir qu'il n'y a pas de question justiciable et que le tribunal

n'est pas compétent.

100. M. McKendrick, pour les première et deuxième parties intervenantes, a fait valoir que l'enfant ou le jeune n'avait pas besoin de comprendre l'impact de la CSH sur sa fertilité, car cela ne devait pas être décidé au stade de la prescription des BP. Les BP ont permis à la personne de réfléchir aux étapes suivantes. Dans les cas appropriés, les ovules d'une jeune fille ou d'un jeune homme pourraient être prélevés et conservés afin de préserver leur fertilité. L'essentiel pour l'enfant est qu'il ait un DG et qu'il n'y ait pas d'autre traitement physique que les PB. Une fois que l'enfant ou la jeune personne a atteint la clinique endocrinienne du Trust, il n'y a pas d'autre traitement psychologique disponible, car cette question relève de la compétence du GIDS et le GIDS a orienté l'enfant vers les PB, bien qu'un traitement psychologique continu soit fourni au GIDS parallèlement au traitement par PB. Par conséquent, les cliniciens du Trust ont été confrontés à un enfant en détresse aiguë sans autre option de traitement. L'objectif du traitement était de soulager la détresse et, selon M. McKendrick, cet objectif avait été atteint.
101. Lorsque la cour lui a demandé quelles étaient les preuves que les PBs atteignaient l'objectif de soulager la détresse, à la lumière de l'absence de recherche publiée, M. McKendrick a souligné le témoignage d'endocrinologues expérimentés dans les deux Trusts qui pouvaient voir les avantages réels du traitement.
102. Comme Mme Morris, M. McKendrick a déclaré que la pratique actuelle n'était pas de procéder uniquement sur la base du consentement parental. Toutefois, il a fait valoir que si le consentement de l'enfant était invalidé, le traitement resterait légal si les parents avaient donné leur consentement.
103. Le troisième intervenant est Transgender Trend Ltd, une organisation qui fournit aux parents et aux écoles des informations et des ressources fondées sur des preuves concernant les enfants atteints de DG. Mme Davies-Arai est la directrice de cette organisation et elle a déposé une déclaration de témoin dans cette procédure. Elle a fait part de ses préoccupations concernant le manque de preuves quant à l'impact et à l'efficacité des PB et quant aux patients qu'elles sont le plus susceptibles d'aider. Une grande partie de sa déposition s'est concentrée sur l'augmentation du nombre de renvois de jeunes filles adolescentes vers le GIDS et sur les facteurs culturels, y compris le matériel sur Internet et les médias sociaux, qui peuvent jouer un rôle dans ce phénomène. Elle a déclaré que le GIDS n'offre pas aux jeunes atteints de GD un éventail de façons d'interpréter leur expérience, et que le parcours du GIDS offre un défi minimal aux croyances et aux idées de la jeune personne.
104. M. Skinner, au nom de Transgender Trend, a déclaré que l'affaire était particulièrement importante parce qu'elle concernait la fourniture délibérée par l'État d'un traitement médical à des enfants et des jeunes gens, traitement qui peut causer des dommages. Le tribunal devrait être soucieux de garantir que les enfants vulnérables, par exemple ceux atteints de TSA, bénéficient de la pleine protection de la loi.

SECTION D : LA LOI

105. Dans l'affaire *Gillick v West Norfolk and Wisbech Health Authority* [1986] AC 112, la Chambre des Lords a examiné la légalité de la politique du Secrétaire d'État concernant la fourniture de conseils en matière de contraception aux enfants sans le consentement parental. La Chambre des Lords a décidé à la majorité qu'un médecin pouvait légalement donner des conseils et un traitement contraceptifs à une fille âgée de moins de 16 ans si elle avait suffisamment de maturité et d'intelligence pour comprendre la nature et les implications du traitement proposé et si certaines conditions étaient remplies.
106. Lord Fraser, à la page 169B-E, a déclaré :

"Il me semble à la limite de l'absurde de suggérer qu'une fille ou un garçon âgé de 15 ans ne pourrait pas effectivement consentir, par exemple, à un examen médical d'une blessure triviale de son corps ou même à la réparation d'un bras cassé. Bien sûr, le consentement des parents devrait normalement être demandé, mais il se peut qu'ils ne soient pas immédiatement disponibles. Pour autant que le patient, qu'il s'agisse d'un garçon ou d'une fille, soit capable de comprendre ce qui lui est proposé et d'exprimer ses propres souhaits, je ne vois aucune raison valable de considérer qu'il n'a pas la capacité de les exprimer valablement et efficacement et d'autoriser le médecin à effectuer l'examen ou à donner le traitement qu'il conseille. En effet, un mineur de moins de 16 ans peut, dans certaines limites, conclure un contrat. Il peut également ester en justice et témoigner sous serment."

En conséquence, je ne suis pas disposé à considérer aujourd'hui, pour la première fois, qu'une jeune fille de moins de 16 ans n'a pas le pouvoir de donner un consentement valable à des conseils ou à un traitement contraceptif, du seul fait de son âge."

107. Lord Scarman, à la page 186A-D, a déclaré :

"La loi relative aux parents et aux enfants s'intéresse aux problèmes de la croissance et de la maturité de la personnalité humaine. Si la loi devait imposer au processus de "croissance" des limites fixes là où la nature ne connaît qu'un processus continu, le prix à payer serait l'artificialité et le manque de réalisme dans un domaine où la loi doit être sensible au développement humain et aux changements sociaux. Si la certitude est jugée souhaitable, il vaut mieux que les démarcations rigides nécessaires pour l'atteindre soient établies par la législation après un examen complet de tous les facteurs pertinents, plutôt que par les tribunaux confinés qu'ils sont par le processus médico-légal aux preuves présentées par les parties et à tout ce qui peut relever de l'appréciation judiciaire des juges. À moins et jusqu'à ce que le Parlement juge bon d'intervenir, les tribunaux devraient établir un principe suffisamment souple pour permettre à la justice d'être réalisée par son application aux circonstances particulières prouvées par les preuves présentées devant eux."

Et à la p.189C-E :

"En appliquant ces conclusions aux conseils et aux traitements contraceptifs, il faut garder à l'esprit qu'une jeune fille de moins de 16 ans doit comprendre beaucoup de choses pour avoir la capacité légale de consentir à un tel traitement. Il ne suffit pas qu'elle comprenne la nature du conseil qui lui est donné : elle doit aussi avoir une maturité suffisante pour comprendre ce qui est en jeu. Il y a des questions morales et familiales, en particulier la relation avec ses parents ; des problèmes à long terme liés à l'impact émotionnel de la grossesse et de son interruption ; et il y a les risques pour la santé des rapports sexuels à son âge, risques que la contraception peut diminuer mais ne peut éliminer. Il s'ensuit que le médecin devra s'assurer qu'elle est capable d'évaluer ces facteurs.

avant de pouvoir procéder en toute sécurité en partant du principe qu'elle a la capacité juridique de consentir à un traitement contraceptif. Il s'ensuit que, d'ordinaire, la bonne marche à suivre sera pour lui, comme l'indiquent les directives, de chercher d'abord à persuader la jeune fille de consulter ses parents et, si elle refuse, de ne pas prescrire de traitement contraceptif, à moins qu'il ne soit convaincu que sa situation est telle qu'il doit procéder sans l'information et le consentement des parents.

Et p. 191C-D :

"La vérité pourrait bien être que les droits des parents et des enfants dans ce domaine sensible sont mieux protégés par les normes professionnelles de la profession médicale que par des lignes de démarcation juridiques "a priori" entre la capacité et l'absence de capacité de consentement, car toute ligne de démarcation générale de ce type est sûre de produire dans certains cas des injustices, des difficultés et des atteintes à la santé."

108. Dans l'affaire *R (Axon) v Secretary of State for Health (Family Planning Association Intervening)* [2006] QB 539, le juge Silber a examiné l'arrêt *Gillick* dans le contexte de l'article 8 de la Convention, de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CNUDE) et de l'importance croissante accordée à l'autonomie de l'enfant. Il a estimé que les principes énoncés dans l'affaire *Gillick* continuaient de s'appliquer, voir le paragraphe 152.
109. Deux affaires concernent des enfants âgés de 16 ans ou plus qui ont refusé un traitement médical dans des circonstances où les cliniciens estimaient qu'il était cliniquement indiqué. Dans chaque cas, la question était de savoir si le tribunal pouvait néanmoins autoriser le traitement. *Re W (a Minor) (Medical Treatment : Court's Jurisdiction)* [1993] Fam. 64, concernait le cas d'une jeune fille de 16 ans souffrant d'anorexie mentale. L'autorité locale a fait appel à la compétence inhérente de la Haute Cour pour administrer un traitement médical à W sans son consentement et contre sa volonté. W a invoqué l'article 8 de la loi de 1969 sur la réforme du droit de la famille, qui stipule ce qui suit :

"La section 8 est en ces termes :

- (1) Le consentement d'un mineur qui a atteint l'âge de 16 ans à tout traitement chirurgical, médical ou dentaire qui, en l'absence de consentement, constituerait une atteinte à sa personne, est aussi efficace qu'il le serait s'il était majeur ; et lorsqu'un mineur a, en vertu du présent article, donné un consentement efficace à un traitement, il n'est pas nécessaire d'obtenir le consentement de ses parents ou de son tuteur. (2) Dans cette section, "traitement chirurgical, médical ou dentaire" inclut toute procédure entreprise à des fins de diagnostic, et cette section s'applique à toute procédure accessoire à un traitement comme elle s'applique à ce traitement. (3) Rien dans cette section ne doit être interprété comme

comme rendant inefficace tout consentement qui aurait été effectif si cette section n'avait pas été promulguée".

110. La Cour d'appel a estimé que l'article 8 ne conférait pas à une mineure un droit absolu de déterminer si elle recevait ou non un traitement médical, mais qu'il protégeait le médecin contre une action en violation de domicile. Lord Donaldson a analysé l'*arrêt Gillick* et a déclaré que Lord Scarman aurait nécessairement considéré que l'objectif de l'article 8 était de fournir aux médecins traitant l'enfant une défense contre une agression criminelle ou une action civile pour intrusion, voir pages 76G-H et 78D-F. Lord Donaldson a décrit l'effet de l'article comme étant un "*gilet pare-balles juridique*", selon lequel il est prouvé de manière concluante que l'enfant de 16-17 ans est compétent au sens de l'*arrêt Gillick*, mais cela ne signifie pas qu'une autre personne ayant la responsabilité parentale ne peut pas donner son consentement au traitement.
111. En appliquant son analyse aux faits de l'affaire W, Lord Donaldson a déclaré aux pages 80G- 81B :

"Je n'ai aucun doute sur le fait que les souhaits d'un enfant de 16 ou 17 ans, ou même d'un enfant plus jeune qui est "Gillick compétent", sont de la plus grande importance, tant sur le plan juridique que clinique, mais je doute que la juge Thorpe ait eu raison de conclure que W avait un niveau de compréhension suffisant pour prendre une décision éclairée. Je ne dis pas cela parce que je considère son approche irrationnelle. Je considère personnellement que les croyances religieuses ou autres qui interdisent tout traitement médical ou traitement d'un type particulier sont irrationnelles, mais cela ne rend pas les mineurs qui ont ces croyances moins "compétents selon Gillick". Ils peuvent très bien avoir une intelligence et une compréhension suffisantes pour apprécier pleinement le traitement proposé et les conséquences de leur refus d'accepter ce traitement. Ce qui distingue W d'eux, et ce que, avec tout le respect que je lui dois, je ne pense pas que le juge Thorpe ait suffisamment pris en compte (peut-être parce que le point n'est pas apparu aussi clairement devant lui que devant nous), c'est que l'anorexie mentale a pour caractéristique d'être capable de détruire la capacité de faire un choix éclairé. Elle crée une compulsion à refuser le traitement ou à n'accepter que le traitement qui risque d'être inefficace. Cette attitude fait partie intégrante de la maladie et plus la maladie est avancée, plus elle peut devenir contraignante. Lorsque les souhaits du mineur sont eux-mêmes quelque chose que les médecins considèrent raisonnablement comme devant être traité dans l'intérêt du mineur, ces souhaits ont clairement une importance bien moindre."

112. Lord Donaldson a conclu à la page 84A-B que :

"Aucun mineur, quel que soit son âge, n'a le pouvoir, en refusant de consentir à un traitement, de passer outre un consentement au traitement donné par une personne ayant la responsabilité parentale du mineur et, a fortiori, un consentement donné par le tribunal. Néanmoins, un tel refus est une considération très importante pour les jugements cliniques et pour les parents et les tribunaux lorsqu'ils décident de donner eux-mêmes leur consentement. Son importance augmente avec l'âge et la maturité du mineur."

113. Balcombe LJ, à la page 87G-H, est d'accord avec Lord Donaldson pour dire que les parents d'une personne âgée de 16 et 17 ans conservent le droit de consentir au traitement même si elle ne le fait pas, et que le tribunal peut continuer à exercer sa compétence inhérente. Nolan LJ ne s'est pas prononcé sur la question de savoir si les parents pouvaient consentir à un traitement lorsque l'enfant avait refusé, mais il a estimé que le tribunal, en vertu de sa compétence inhérente, pouvait continuer à le faire. Il a déclaré, à la page 94D-E :

"Pour aller plus loin, si le bien-être de l'enfant est menacé par un risque sérieux ou imminent qu'il subisse une atteinte grave et irréversible à son intégrité mentale ou physique, là encore, le tribunal, lorsqu'il est saisi, a le devoir d'intervenir. Il importe peu que le risque découle de l'action ou de l'inaction d'autrui, ou de l'action ou de l'inaction de l'enfant. Les souhaits de l'enfant doivent être dûment pris en compte, mais le tribunal n'est pas lié par eux. En l'espèce, le juge Thorpe était apparemment convaincu, au vu des éléments de preuve dont il disposait, de l'existence d'un tel risque. À mon avis, il était pleinement en droit d'adopter ce point de vue. Au moment où l'affaire a été portée devant cette Cour, il était impossible d'adopter un autre point de vue. Pour ces raisons, je rejeterais le recours, sauf pour apporter la modification nécessaire à l'ordonnance du juge Thorpe."

114. Nous avons pris connaissance de deux affaires concernant l'application de *Gillick* dans des situations médicales et éthiques particulièrement difficiles, qui sont d'une certaine utilité dans le cas présent. Dans l'affaire *Re L (Medical Treatment : Gillick Competency)* [1998] 2 F.L.R. 810, Sir Stephen Brown P. a examiné le cas d'une jeune fille de 14 ans dont la vie était en danger et qui devait subir une transfusion sanguine. L était un témoin de Jéhovah et ne voulait pas consentir à la transfusion sanguine. Le tribunal a ordonné que le traitement médical ait lieu sans son consentement. L'expert clinicien nommé par le solliciteur officiel est enregistré comme donnant le témoignage suivant :

"Il fait remarquer que le point de vue de la jeune fille sur le fait de ne pas recevoir de transfusion sanguine est basé sur une croyance religieuse très sincère et très forte qui, dans son esprit, ne se prête pas à la discussion. Elle s'est forgée cette conviction dans le contexte de sa propre expérience familiale et des réunions des Témoins de Jéhovah, où tous soutiennent ce point de vue. Il fait remarquer qu'il existe une distinction entre une opinion de ce type et la formulation constructive d'une opinion qui se produit avec l'expérience des adultes. Ce n'est évidemment pas le cas de cette jeune fille".

115. Sir Stephen Brown conclut alors à la p. 813 :

"C'est donc une expérience limitée de la vie qu'elle a, inévitablement.
- mais ce n'est en aucun cas une critique d'elle ou de son éducation. Il est en effet rafraîchissant d'entendre parler d'enfants élevés dans les disciplines raisonnables d'une famille bien dirigée. Mais cela limite nécessairement sa compréhension de questions aussi graves que sa propre situation actuelle. Il se peut qu'en raison de sa croyance, elle soit prête à dire, et à le penser, "Je suis prête à accepter la mort plutôt que d'avoir une transfusion sanguine", mais il est tout à fait clair dans ce cas qu'elle n'a pas été en mesure de recevoir toutes les informations nécessaires.

des détails qu'il serait bon et approprié d'avoir à l'esprit au moment de prendre une telle décision.

Je ne pense pas que dans ce cas, cette jeune fille soit "compétente en matière de Gillick". Je me base sur toutes les preuves que j'ai entendues. Elle n'est certainement pas 'Gillick compétente' dans le contexte de tous les détails nécessaires sur lesquels il serait approprié qu'elle puisse se forger une opinion".

116. *Re S (un enfant) (enfant parent : consentement à l'adoption)* [2019] 2 Fam 177 concernait également un enfant de moins de 16 ans. Dans cette affaire, le juge Cobb a examiné la compétence d'une mère âgée de moins de 16 ans pour consentir à ce que son bébé soit placé en vue de son adoption. Le juge Cobb a estimé qu'il était approprié et utile, pour déterminer la compétence de *Gillick*, de lire et d'emprunter les concepts et le langage pertinents de la loi de 2005 sur la capacité mentale, tout en reconnaissant certaines différences fondamentales, en particulier le fait que la présomption de capacité de l'article 1(2) de cette loi ne s'appliquait pas et qu'il n'y avait pas d'exigence de caractéristique diagnostique comme c'est le cas à l'article 2(1) de la loi de 2005 sur la capacité mentale, voir les paragraphes 15, 16 et 60.
117. Aux paragraphes 34 à 37, le juge Cobb a examiné le test qu'il devait appliquer aux informations que S devait comprendre et a ensuite défini les informations qui seraient pertinentes pour la décision en question :

“34. Le juge Macur, dans l'affaire *LBL v RYJ and VJ* [2011] 1 FLR 1279, paragraphe 24, a estimé qu'il ne serait pas nécessaire pour un décideur d'être en mesure de comprendre " tous les détails périphériques " de l'évaluation de la capacité à prendre la décision pertinente ; dans une affaire concernant la résidence et la fourniture d'une éducation, le juge Macur a poursuivi, au paragraphe 58 :

"Selon [l'expert], il n'est pas nécessaire, pour déterminer la capacité de RYJ, qu'elle comprenne tous les détails de la déclaration des besoins éducatifs spéciaux. Il n'est pas nécessaire qu'elle soit capable de donner du poids à chaque considération qui serait autrement utilisée dans la formulation d'une décision objectivement dans son 'meilleur intérêt'. Je suis d'accord avec son interprétation du critère de l'article 3, selon lequel la personne examinée doit comprendre et peser les détails saillants pertinents pour la décision à prendre. Juger autrement imposerait à RYJ des exigences plus grandes qu'à d'autres personnes de son âge chronologique, de sa maturité et de sa capacité incontestée".

35. Dans le même ordre d'idées, le juge Baker a fait remarquer dans l'affaire *H v A Local Authority* [2011] EWHC 1704, au point [16(xi)] : "[les] tribunaux doivent se garder d'imposer un critère de capacité trop élevé pour décider de questions telles que la résidence, car cela risquerait d'entraîner une discrimination à l'encontre des personnes souffrant d'un handicap mental."

36. Bien qu'il ne soit pas cité dans l'argumentation, je me rappelle également les commentaires de Chadwick LJ dans la Cour d'appel dans *Masterman-Lister v Brutton & Co (Nos 1 et 2)* [2003] 1 WLR 1511, paragraphe 79 : "une personne ne devrait pas être considérée comme incapable de comprendre les informations pertinentes pour une décision si elle peut comprendre l'explication de ces

informations en termes généraux et en langage simple..." Ainsi, dit Mme Dolan, il n'est pas nécessaire que S comprenne toutes les informations périphériques et non saillantes du formulaire de consentement à l'adoption pour être déclarée capable. Il n'est même pas nécessaire qu'elle comprenne pleinement les distinctions juridiques entre le placement en vue d'une adoption en vertu d'une ordonnance de placement et celui qui ne l'est pas. En effet, Mme Dolan elle-même s'appuie à cet égard sur l'affaire *In re A (Adoption : Agreement : Procedure)* [2001] 2 FLR 455, paragraphe 43, où Thorpe LJ observe que les différences entre la libération et l'adoption sont "complexes dans leurs relations mutuelles et on ne peut pas s'attendre à ce que les travailleurs sociaux aient une compréhension complète de la distinction entre les deux, ou qu'ils fassent toujours la distinction dans leurs discussions avec les clients" (je souligne). Si l'on n'attend pas des travailleurs sociaux qu'ils comprennent les complexités de la législation (ou de celle qui l'a précédée) ou qu'ils expliquent précisément la distinction aux parents avec lesquels ils travaillent demande Mme Dolan, pourquoi devrait-on attendre d'une personne de moins de 16 ans qu'elle soit capable de les saisir pour pouvoir être déclarée capable ?

37. Par conséquent, selon l'autorité locale, les informations saillantes ou "suffisantes" qui doivent être comprises par le parent de l'enfant concernant l'adoption extrafamiliale se limitent aux conséquences juridiques fondamentales de celle-ci. Les facteurs discutés lors de l'audience sont les suivants :

(i) votre enfant aura de nouveaux parents légaux et ne sera plus votre beau-fils ou votre belle-fille ; (ii) l'adoption est définitive et non réversible ; (iii) au cours de la procédure, d'autres personnes (y compris des travailleurs sociaux de l'agence d'adoption) prendront des décisions pour l'enfant, notamment pour savoir qui peut le voir et avec qui il vivra ; (iv) vous pouvez obtenir des conseils juridiques si vous le souhaitez avant de prendre la décision ; (v) l'enfant vivra pour toujours dans une autre famille ; vous ne pourrez (probablement) pas choisir les adoptants ; (vi) vous n'aurez pas le droit de voir votre enfant ou d'avoir des contacts avec lui ; il est fort probable que les contacts directs avec votre enfant cesseront et que les contacts indirects seront limités ; (vii) l'enfant peut retrouver votre trace plus tard, mais les contacts ne seront rétablis que si l'enfant le souhaite ; (viii) l'adoption se déroule généralement en deux étapes : l'enfant est placé dans une autre famille en vue de son adoption et il est officiellement adopté ; (ix) pendant une période limitée, vous pouvez changer d'avis ; une fois l'enfant placé en vue de son adoption, votre droit de changer d'avis est limité et il est perdu lorsqu'une ordonnance d'adoption est rendue."

118. Les conclusions du juge Cobb sont les suivantes :

" 60... Il s'ensuit que pour satisfaire au test de Gillick dans ce contexte, le parent enfant doit être en mesure de démontrer une compréhension " suffisante " des faits " saillants " entourant l'adoption ; il doit comprendre l'essentiel de " la nature et de la qualité de la transaction " (selon le juge Munby dans l'affaire *Sheffield City Council v E* [2005] Fam 326, paragraphe 19) et ne doit pas avoir besoin de se préoccuper du périphérique.

61. Il sera cependant nécessaire que le décideur compétent de l'enfant démontre une " pleine compréhension " des implications essentielles de l'adoption lorsqu'il prend sa décision, pour que l'agent indépendant du CAFCASS soit convaincu de la validité du consentement. Si le consentement est offert en vertu de l'article 19 et/ou de l'article 20 de la loi de 2002, il sera nécessaire de signer un formulaire, même si ce n'est pas dans le format précis de celui identifié par la directive pratique 5A. Je reconnais que pour une question aussi importante et qui change la vie que l'adoption, il est plus important de s'assurer que l'enfant comprend et est capable de peser les informations que si la décision était de moindre importance : voir Baker J dans *CC v KK and STCC* [2012] COPLR 627, paragraphe 69. Ce point de vue est conforme au Code de pratique de la loi de 2005 sur la capacité mentale, qui prévoit, au paragraphe 4.19 :

"une personne peut avoir besoin d'informations plus détaillées ou d'un accès à des conseils, en fonction de la décision qu'elle doit prendre. Si une décision peut avoir des conséquences sérieuses ou graves, il est encore plus important qu'une personne comprenne les informations pertinentes pour cette décision.""

119. Pour déterminer le niveau de compréhension que l'enfant doit avoir pour consentir aux PB, M. Hyam a attaché une importance considérable à la décision de la Cour suprême dans l'affaire *Montgomery v Lancashire Health Board*. Cette affaire concernait une action en négligence intentée par une mère au nom de son enfant. L'enfant était handicapé à la suite de complications pendant l'accouchement et la mère a fait valoir qu'elle aurait dû être informée de la possibilité d'accoucher par césarienne élective. La question centrale en l'espèce était celle de l'information que le médecin devait avoir donnée à la patiente afin d'établir qu'elle avait donné son consentement éclairé au traitement.
120. Lord Kerr a énoncé les exigences imposées à un médecin lorsqu'il fournit des informations sur les risques de blessure liés au traitement dans les termes suivants au paragraphe 87 :

"Une personne adulte saine d'esprit a le droit de décider, le cas échéant, de la forme de traitement à suivre et son consentement doit être obtenu avant qu'un traitement portant atteinte à son intégrité corporelle ne soit entrepris. Le médecin a donc le devoir de prendre des précautions raisonnables pour s'assurer que le patient est conscient de tout risque matériel lié à tout traitement recommandé, et de toute alternative ou variante raisonnable de traitement. Le critère de matérialité est de savoir si, dans les circonstances du cas particulier, une personne raisonnable dans la position du patient serait susceptible d'attacher de l'importance au risque, ou si le médecin est ou devrait raisonnablement être conscient que le patient particulier serait susceptible d'y attacher de l'importance."
121. M. Hyam a fait valoir que pour déterminer si un enfant est compétent au sens de *l'arrêt Gillick*, le tribunal doit se demander ce que *comprendrait* une "personne raisonnable dans la situation du patient" et, en posant cette question, il a fait valoir que la "personne raisonnable" est une personne ayant des connaissances d'adulte.
122. Mme Morris est allée à l'extrême opposé. Elle a fait valoir que pour décider quelles informations doivent être données au patient et comprises par lui, le test est celui d'une

personne raisonnable dans la position de cet individu, c'est-à-dire un enfant raisonnable de 12 ans (ou un autre enfant de 12 ans) atteints de DG. Elle a déclaré que l'information "saillante" qui doit être fournie est celle à laquelle un patient raisonnable attacherait de l'importance. Elle a ajouté que la recherche du consentement, certainement pour un traitement ayant des implications à vie comme la stérilisation, impliquera toujours un certain "*acte d'imagination*". De nombreux patients confrontés à un traitement qui change leur vie, comme la perte de la fertilité dans le cadre d'un traitement contre le cancer ou l'endométriose, n'auront pas l'expérience de ce à quoi ils renoncent, par exemple la fertilité. Elle a fait valoir que la Cour ne devrait pas se prononcer sur des cas hypothétiques : elle devrait ou pourrait plutôt examiner les faits d'un cas spécifique au fur et à mesure qu'il se présente.

123. M. McKendrick a fait valoir que l'approche correcte pour décider quelles informations étaient importantes était de supposer un enfant raisonnable de l'âge de l'individu.
124. M. Skinner a souligné que *Montgomery* concernait un adulte et que, par conséquent, la présomption de capacité prévue par la loi de 2005 sur la capacité mentale s'appliquait. Cette présomption est inapplicable dans une affaire concernant la compétence de *Gillick* où la question même est de savoir si l'enfant est compétent pour prendre la décision. La décision rendue dans l'affaire *Montgomery* est donc d'une utilité limitée dans la présente affaire. Pour déterminer la compétence, l'enfant doit avoir une compréhension suffisante des facteurs qui ne sont pas seulement pertinents pour lui maintenant, mais qui, sur une base objective, devraient être pris en compte à l'avenir.
125. A notre avis, les principes suivants peuvent être déduits des cas auxquels nous avons fait référence :
126. Premièrement, la question de savoir si une personne de moins de 16 ans est *Gillick* compétente pour prendre la décision pertinente dépendra de la nature du traitement proposé ainsi que des caractéristiques individuelles de cette personne. L'évaluation est nécessairement individuelle. Lorsque la décision est importante et qu'elle change la vie, il y a une plus grande obligation de s'assurer que l'enfant comprend et est capable de peser les informations, voir *Re S* au paragraphe 60.
127. Deuxièmement, cela ne signifie pas pour autant qu'il n'est pas possible pour le tribunal de tracer certaines limites. Les Trusts eux-mêmes reconnaissent qu'un enfant de 7 ans traité par des PB pour une puberté précoce ne peut pas donner son consentement éclairé et que ses parents doivent donner ce consentement en raison du jeune âge de l'enfant concerné et de la nature du traitement.
128. Troisièmement, il faut s'efforcer de permettre à l'enfant ou au jeune d'atteindre la compétence *Gillick* lorsque cela est possible. Les cliniciens doivent donc travailler avec l'individu pour l'aider à comprendre le traitement proposé et ses implications potentielles afin de l'aider à atteindre la compétence.
129. Quatrièmement, cependant, cela ne signifie pas que chaque individu de moins de 16 ans peut atteindre la compétence de *Gillick* par rapport au traitement proposé. Comme nous l'expliquons ci-dessous, lorsque les conséquences du traitement sont profondes, que les avantages ne sont pas clairs et que les conséquences à long terme sont inconnues dans une large mesure, il se peut que la compétence de *Gillick* ne puisse être atteinte, quelle que soit la quantité d'informations et de discussions de soutien entreprises.
130. Cinquièmement, afin d'atteindre la compétence de *Gillick*, il est important de ne pas placer la barre trop haut. Il n'est pas approprié d'assimiler les questions qu'un clinicien doit expliquer, comme indiqué dans *Montgomery*, aux questions qu'un enfant doit comprendre pour atteindre la compétence de *Gillick*. La conséquence de l'approche de M. Hyam serait d'élever de manière significative le niveau de compétence de l'enfant.

la barre de la compétence et de la capacité, ce qui serait contraire à la fois à la common law et aux droits de l'article 8 de l'enfant, ainsi qu'à l'importance de soutenir l'autonomie individuelle.

131. Nous adoptons le langage de Chadwick LJ dans l'affaire *Masterman-Lister v Brutton and Co (Nos 1 et 2)* [2003] 1 WLR 151 : une personne doit être capable de "*comprendre une explication de cette information en termes généraux et en langage simple*", voir *Re S* au paragraphe 36. Bien que ces propos aient été tenus dans une affaire concernant la capacité d'un adulte, nous pensons que la même approche devrait être appliquée à une affaire concernant la compétence de *Gillick*. L'enfant ou le jeune doit être capable de démontrer une compréhension suffisante des faits saillants, voir *Re S* au paragraphe 60.
132. Sixièmement, nous sommes d'accord avec M. Skinner pour dire qu'en décidant quels faits sont saillants et quel niveau de compréhension est suffisant, il est nécessaire de prendre en compte les questions qui sont celles qui, objectivement, devraient avoir du poids à l'avenir, même si l'enfant peut ne pas s'en préoccuper maintenant. Dans les faits de cette affaire, il y a quelques exemples évidents, y compris l'impact sur la fertilité et sur le fonctionnement sexuel futur.

SECTION E : CONCLUSIONS

133. La question principale qui se pose à ce tribunal est, d'une certaine manière, une question étroite. Un enfant ou un jeune de moins de 16 ans peut-il acquérir la compétence *Gillick* en ce qui concerne la décision de prendre des PB pour la GD ? La situation juridique des jeunes de 16 et 17 ans est différente, et nous en parlons ci-dessous.
134. Le point de départ est d'examiner la nature du traitement proposé. L'administration de PB à des personnes en pleine puberté est un traitement très inhabituel pour les raisons suivantes. Tout d'abord, il existe une réelle incertitude quant aux conséquences à court et à long terme du traitement, avec des preuves très limitées quant à son efficacité, ou même quant à ce qu'il cherche à atteindre. Cela signifie qu'il est, à notre avis, correctement décrit comme un traitement expérimental. Deuxièmement, l'objectif du traitement manque de clarté : en particulier, il n'est pas clair s'il fournit une "pause pour réfléchir" dans un état "hormonalement neutre" ou s'il s'agit d'un traitement visant à limiter les effets de la puberté, et donc la nécessité d'une intervention chirurgicale et chimique plus importante plus tard, comme indiqué dans le rapport de la Health Research Authority. Troisièmement, les conséquences du traitement sont très complexes et potentiellement permanentes et changent la vie de la manière la plus fondamentale que l'on puisse imaginer. Le traitement touche au cœur de l'identité d'un individu et est donc, très probablement, unique en tant que traitement médical.
135. En outre, il faut tenir compte de la nature et de l'objectif de l'intervention médicale. L'état traité, GD, n'a pas de manifestation physique directe. En revanche, le traitement fourni pour cette affection a des conséquences physiques directes, puisque le médicament est destiné à prévenir les changements physiques qui se produiraient autrement dans le corps, notamment en arrêtant le développement biologique et physique qui se produirait autrement à cet âge. La question se pose également de savoir si la MG est correctement classée dans la catégorie des troubles psychologiques, comme semble le faire le DSM-5, bien que nous reconnaissons que certains ne souhaitent pas que la maladie soit classée de cette manière. Quoi qu'il en soit, à notre avis, pour les raisons déjà identifiées, l'intervention clinique dont il est question ici est de nature différente des autres traitements ou interventions cliniques. Dans d'autres cas, le traitement médical est utilisé pour remédier à un état physique ou mental diagnostiqué, ou pour en atténuer les symptômes, et

les effets de ce traitement sont directs et généralement apparents. La position concernant les bloqueurs de puberté ne semble pas correspondre à cette description.

136. En effet, les conséquences qui découlent de la prise de BP pour le DG et qui doivent être prises en compte dans le contexte du consentement éclairé, se répartissent en deux catégories (interdépendantes). Celles qui sont le résultat direct de la prise des BP eux-mêmes, et celles qui découlent de la progression vers l'étape 2, c'est-à-dire la prise d'hormones transsexuelles. La défenderesse et les trusts soutiennent que les stades 1 et 2 sont entièrement distincts ; un enfant peut arrêter de prendre des PB à tout moment et le stade 1 est entièrement réversible. Il est donc dit que l'enfant n'a besoin que de comprendre les implications de la prise de PBs seuls pour être compétent selon *Gillick*. Selon nous, cela ne reflète pas la réalité. Les preuves montrent que la grande majorité des enfants qui prennent des BP passent à la prise d'hormones transsexuelles, que les stades 1 et 2 sont deux étapes d'un même parcours clinique et qu'une fois engagé dans ce parcours, il est extrêmement rare qu'un enfant en sorte.
137. La partie défenderesse fait valoir que les BP donnent à l'enfant "le temps de réfléchir", c'est-à-dire de décider s'il faut ou non passer aux hormones du sexe opposé ou revenir au développement dans le sexe d'origine. Mais l'utilisation de bloqueurs de puberté n'est pas en soi un processus neutre par lequel le temps s'arrête pour l'enfant sous PB, que ce soit physiquement ou psychologiquement. Les BP empêchent l'enfant d'atteindre la puberté selon le processus biologique normal. Il nous semble que cela signifie au minimum que l'enfant ne subit pas les changements physiques et psychologiques qui en découlent et qui contribueraient à la compréhension de l'identité d'une personne. Il existe un argument selon lequel, pour certains enfants au moins, cela peut confirmer l'identité de genre choisie par l'enfant au moment où il commence à utiliser des bloqueurs de puberté et, dans cette mesure, confirmer leur DG et augmenter la probabilité que certains enfants passent aux hormones transsexuelles. En effet, la corrélation statistique entre l'utilisation de bloqueurs de puberté et d'hormones transsexuelles soutient la thèse selon laquelle il est approprié de considérer les BP comme un tremplin vers les hormones transsexuelles.
138. Il s'ensuit que pour atteindre la compétence *Gillick*, l'enfant ou la jeune personne devrait comprendre non seulement les implications de la prise de PB mais aussi celles de l'évolution vers des hormones transsexuelles. Les informations pertinentes qu'un enfant devrait donc comprendre, retenir et évaluer afin d'acquérir les compétences requises en matière de PB seraient les suivantes : (i) les conséquences immédiates du traitement en termes physiques et psychologiques ; (ii) le fait que la grande majorité des patients prenant des PB passent au CSH et qu'ils sont donc sur la voie d'interventions médicales beaucoup plus importantes ; (iii) la relation entre la prise de CSH et une intervention chirurgicale ultérieure, avec les implications d'une telle intervention ; (iv) le fait que la CSH pourrait bien conduire à une perte de fertilité ; (v) l'impact de la CSH sur la fonction sexuelle ; (vi) l'impact que le fait de franchir cette étape dans ce parcours thérapeutique pourrait avoir sur les relations futures et à vie ; (vii) les conséquences physiques inconnues de la prise de PB ; et (viii) le fait que la base factuelle de ce traitement est encore très incertaine.
139. Il sera évidemment difficile pour un enfant de moins de 16 ans de comprendre et d'évaluer de telles informations. Bien qu'un enfant puisse comprendre le concept de la perte de fertilité par exemple, ce n'est pas la même chose que de comprendre comment cela affectera sa vie d'adulte. L'attitude d'un enfant à l'égard des enfants biologiques et sa compréhension de ce que cela signifie réellement sont susceptibles de changer entre l'enfance et l'âge adulte. Pour de nombreux enfants, en particulier les plus jeunes, et certains dès l'âge de 10 ans et au début de la puberté, il ne sera pas possible de conceptualiser ce que le fait de ne pas pouvoir donner naissance à des enfants (ou

- concevoir des enfants avec leur propre sperme) signifierait dans la vie adulte. De même, la signification de l'épanouissement sexuel, et les implications du traitement à cet égard dans le futur, seront impossibles à comprendre pour de nombreux enfants.
140. Mme Morris a fait valoir que de nombreuses décisions concernant un traitement médical complexe et de longue durée impliquent que le patient doive, dans une certaine mesure, s'imaginer dans un avenir incertain dont il n'a aucune expérience. Cependant, pour les raisons que nous avons expliquées au paragraphe 135 ci-dessus, nous considérons que le traitement en l'espèce se situe sur un terrain entièrement différent du type de traitement médical qui est normalement envisagé.
 141. Certains des enfants et des jeunes qui ont été traités au GIDS disent dans leurs déclarations de témoins que la pensée du sexe les dégoûtait, ou qu'ils ne pensaient pas vraiment à la fertilité. Ces réactions normales n'enlèvent rien aux difficultés entourant le consentement et le traitement des PB. Le fait que les adolescents aient du mal à envisager ou à comprendre ce que sera leur vie d'adulte et qu'ils n'envisagent pas toujours les conséquences à long terme de leurs actes est peut-être une évidence.
 142. A ces différentes difficultés s'ajoutent les difficultés particulières qui prévalent dans la cohorte d'enfants traités au GIDS. Dans le cas de la défenderesse, ils souffrent d'une détresse psychologique considérable en raison de leur GD et sont très vulnérables. Dans ces circonstances, les conséquences de la prise de BP sur leur fertilité par exemple, ou sur leur vie sexuelle, peuvent être considérées comme un prix relativement faible à payer pour ce qui peut être perçu comme une solution à leur détresse psychologique immédiate et réelle. Il ne s'ensuit pas pour autant que la manière dont elles ont pesé les risques et les avantages au moment où elles ont commencé à prendre des PP prévaudra à long terme.
 143. La difficulté d'obtenir un consentement éclairé dans ces circonstances est encore exacerbée par le manque de preuves quant à l'efficacité des BP dans le traitement du DG et aux résultats à long terme de leur prise. Nous acceptons tout à fait que le fait qu'un traitement soit expérimental, ou que les résultats à long terme ne soient pas encore connus, n'empêche pas en soi de donner un consentement éclairé. Sinon, aucun traitement expérimental ne pourrait jamais faire l'objet d'un consentement. Cependant, la combinaison ici d'un traitement qui changera la vie d'enfants, avec une connaissance très limitée de la mesure dans laquelle il leur sera bénéfique ou non, est une combinaison qui donne des raisons importantes de s'inquiéter.
 144. Nous ne pensons pas que la réponse à ce cas soit simplement de donner à l'enfant des informations plus nombreuses et plus détaillées. Le problème, à notre avis, est que dans de nombreux cas, quelle que soit l'information donnée à l'enfant sur les conséquences à long terme, il ne sera pas en mesure de peser suffisamment les implications du traitement. Il n'existe pas de moyen adapté à l'âge de l'enfant pour lui expliquer ce que la perte de sa fertilité ou de sa fonction sexuelle complète peut signifier pour lui dans les années à venir.
 145. *Gillick* indique clairement que toute décision est spécifique au traitement et à la personne. Cependant, pour les raisons que nous avons exposées ci-dessus, nous pensons qu'il est approprié dans ce cas de donner des indications claires quant à l'application des tests de *Gillick* au traitement et à la cohorte d'enfants en question. La conclusion à laquelle nous sommes parvenus est qu'il est hautement improbable qu'un enfant âgé de 13 ans ou moins soit un jour apte, *selon le test de Gillick*, à donner son consentement à être traité avec des BP. En ce qui concerne les enfants âgés de 14 et 15 ans, nous doutons également beaucoup qu'un enfant de cet âge puisse comprendre les risques et les conséquences à long terme du traitement de manière à avoir une compréhension suffisante pour donner son consentement. Cependant, il est clair que le

La maturité accrue de l'enfant signifie qu'il y a plus de possibilités d'atteindre la compétence à un âge plus avancé.

146. Dans le cas d'un jeune âgé de 16 ans ou plus, la situation juridique est différente. Il existe une présomption de capacité en vertu de l'article 8 de la loi de 1969 portant réforme du droit de la famille. Comme cela est expliqué dans l'*affaire Re W*, cela ne signifie pas qu'un tribunal ne peut pas protéger l'enfant en vertu de sa compétence inhérente s'il considère que le traitement n'est pas dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Cependant, tant que l'adolescent a la capacité mentale et que les cliniciens considèrent que le traitement est dans son meilleur intérêt, en l'absence d'un éventuel conflit avec les parents, le tribunal n'a généralement aucun rôle à jouer. Nous ne pensons pas que le tribunal puisse, d'une manière ou d'une autre, adopter une juridiction intrusive par rapport à une forme d'intervention clinique pour laquelle aucune base juridique claire n'a été établie.
147. Nous reconnaissons cependant qu'à la lumière des preuves qui ont émergé, et des termes de ce jugement, les cliniciens pourraient bien considérer qu'il n'est pas approprié de passer à un traitement, tel que les PB ou les CSH, sans l'implication du tribunal. Nous considérons qu'il serait approprié pour les cliniciens d'impliquer le tribunal dans tous les cas où il pourrait y avoir un doute quant à savoir si les meilleurs intérêts à long terme d'un jeune de 16 ou 17 ans seraient servis par les interventions cliniques en cause dans cette affaire.
148. Nous exprimons ce point de vue pour les raisons suivantes. Premièrement, les interventions cliniques impliquent des conséquences physiques et psychologiques importantes, à long terme et, en partie, potentiellement irréversibles pour les jeunes. Le traitement en question change véritablement la vie, car il touche au cœur même de l'identité d'un individu. Deuxièmement, à l'heure actuelle, il est juste de qualifier le traitement d'expérimental ou d'innovant dans le sens où il existe actuellement peu d'études/de preuves de l'efficacité ou des effets à long terme du traitement.
149. La position du défendeur et des Trusts est qu'ils considèrent qu'il s'agirait d'une intrusion dans l'autonomie de l'enfant ou de la jeune personne si la décision concernant le traitement par les PB devait être prise par le tribunal et non par le patient. Ils sont préoccupés par l'utilisation des ressources du NHS et du tribunal si ces décisions doivent être prises par le tribunal. Nous ne pensons pas que ce soit la bonne approche. En principe, l'autonomie d'une jeune personne doit être protégée et soutenue ; cependant, c'est le rôle du tribunal de protéger les enfants, et en particulier l'intérêt supérieur d'un enfant vulnérable. Les décisions concernant les PB ont des conséquences qui durent toute la vie et changent la vie des enfants. À l'exception peut-être d'un traitement de survie, il n'y aura pas de décisions médicales plus profondes pour les enfants que celle de s'engager dans cette voie de traitement. Dans ces circonstances, nous considérons qu'il est approprié que le tribunal détermine s'il est dans l'intérêt supérieur de l'enfant de prendre des BP. Il y a un réel avantage à ce que le tribunal, presque certainement avec la nomination d'un tuteur de l'enfant, ait le contrôle de la décision. Dans tous les cas, en vertu de la compétence inhérente concernant le traitement médical des personnes âgées de moins de 18 ans, il est probable qu'il y ait un conflit entre le soutien de l'autonomie et le rôle protecteur du tribunal. Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, nous considérons que ce traitement est un cas où le rôle protecteur du tribunal est approprié.
150. Le motif alternatif des requérants est que les informations fournies par le défendeur et les trusts sont inadéquates pour former la base d'un consentement éclairé. Nous admettons que la partie défenderesse et les Trusts se sont efforcés, dans les informations écrites qu'ils ont fournies aux enfants, aux jeunes et à leurs parents et soignants,

d'expliquer les conséquences potentielles des PB, y compris celle du passage au CSH, et de donner des informations complètes. Ils ont également tenté de le faire d'une manière adaptée à leur âge. Le problème n'est pas l'information donnée, mais la capacité des enfants et des jeunes à comprendre et surtout à évaluer cette information. L'approche du défendeur semble avoir été de travailler sur la base de l'hypothèse que s'ils donnent suffisamment d'informations et en discutent suffisamment souvent avec les enfants, ils seront en mesure d'atteindre la compétence de *Gillick*. Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, nous ne pensons pas que cette hypothèse soit correcte.

CONCLUSION GÉNÉRALE

151. Un enfant de moins de 16 ans ne peut consentir à l'utilisation de médicaments destinés à supprimer la puberté que s'il est apte à comprendre la nature du traitement. Il doit notamment comprendre les conséquences immédiates et à long terme du traitement, le peu de preuves disponibles quant à son efficacité ou à sa finalité, le fait que la grande majorité des patients procèdent à l'utilisation d'hormones transsexuelles et les conséquences potentielles de ce traitement sur la vie de l'enfant. Il sera extrêmement difficile pour un enfant de moins de 16 ans de comprendre et d'évaluer ces informations et de décider s'il doit consentir à l'utilisation de médicaments bloquant la puberté. Il est très peu probable qu'un enfant de 13 ans ou moins soit apte à donner son consentement à l'administration de bloqueurs de la puberté. Il est douteux qu'un enfant de 14 ou 15 ans puisse comprendre et peser les risques et les conséquences à long terme de l'administration de bloqueurs de la puberté.
152. En ce qui concerne les jeunes âgés de 16 ans et plus, la position juridique est qu'il existe une présomption selon laquelle ils ont la capacité de consentir à un traitement médical. Étant donné les conséquences à long terme des interventions cliniques en cause dans cette affaire, et étant donné que le traitement est encore innovant et expérimental, nous reconnaissons que les cliniciens pourraient bien considérer qu'il s'agit de cas où l'autorisation du tribunal devrait être demandée avant de commencer le traitement clinique.
153. Nous avons accordé une déclaration pour refléter les termes de ce jugement.