

Chapitre 2.9. Santé des personnes transgenres, non binaires et agenres

Denise Medico, Erika Volkmar, Sylvan Berrut, Raphaël Bize, Patrick Bodenmann, Raphaël Wahlen

DANS **HORS COLLECTION** 2022, PAGES 361 À 371
ÉDITIONS **MÉDECINE & HYGIÈNE**

ISBN 9782880495121

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/vulnerabilites-diversites-et-equite-en-sante--9782880495121-page-361.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

CHAPITRE 2.9.

Santé des personnes transgenres, non binaires et agenres

D. Medico, E. Volkmar, S. Berrut, R. Bize, P. Bodenmann, R. Wahlen

Objectifs d'apprentissage

- Comprendre les demandes et besoins des personnes trans.
- Connaître les interventions médicales et non médicales conformes aux standards de soins internationaux pour l'affirmation du genre.
- Identifier les prises en charge nécessaires à la santé trans après les interventions médicales d'affirmation du genre.

Ce chapitre présente les prises en charge nécessaires en santé trans. Les MPR (médecins de premier recours) sont souvent la porte d'entrée dans le réseau de soins pour des personnes trans, non binaires et agenres. Ils peuvent les orienter vers des démarches d'affirmation de genre selon les besoins. Ils sont aussi la-le référent principal-e pour la santé des personnes trans ayant déjà eu recours à des interventions médicales d'affirmation de genre et nécessitant une prise en charge de santé globale.

Introduction

Les personnes trans ont un genre différent de celui qui est socialement et culturellement attendu sur la base du sexe légal qui leur a été assigné à la naissance¹. Certaines s'identifient en accord avec les stéréotypes sociaux du féminin ou du masculin (on parle de personnes au genre binaire), d'autres en dehors des formes usuelles (personnes non binaires ou *genderqueer*), d'autres enfin ne ressentent pas avoir de genre (personnes neutres ou agenres). Leur visibilité dans la société augmente rapidement, surtout chez les jeunes, et on estime

leur proportion entre 0,3 et 0,5% chez les adultes et entre 1,2 et 2,7% chez les jeunes²⁻³. La difficulté à être reconnu-e dans son genre authentique (celui que la personne ressent être le sien) ainsi que les discriminations, stigmatisations, l'absence de modèles et de concepts pour comprendre sa différence et les difficultés d'accès aux soins créent un stress important⁴⁻⁸. Il est associé à des problèmes de santé et des conduites à risque, parmi lesquelles la suicidalité, les automutilations, les troubles alimentaires et les addictions⁹⁻¹⁰. Ainsi les MPR qu'ils soient médecins de famille, internistes, pédiatres ou gynécologues, doivent prendre en compte ce contexte de vie particulier. Leur approche, tout comme celle des autres spécialistes travaillant en santé trans comme par exemple les endocrinologues, psychiatres ou psychologues psychothérapeutes, chirurgiens, orthophonistes, sera plus efficace, comme l'indique la littérature récente, si elle est « **transaffirmative**¹⁰⁻¹² ». Ceci implique de :

- a. accueillir et reconnaître la légitimité de l'expérience du genre vécue par chaque personne, quel que soit son âge, par l'utilisation immédiate de ses pronoms et prénoms de choix¹³ ;
- b. soutenir la personne dans ses besoins de santé et d'affirmation du genre ;
- c. construire une relation de partenariat avec elle, dans le respect de son droit à l'autodétermination et du fait qu'elle est la seule « experte » de son genre.

1. Identifier les besoins et connaître les bases des standards de soins

Si par le passé la psychiatrie considérait qu'il s'agissait d'un trouble de santé mentale, la littérature actuelle, les nosographies (notamment celle de l'OMS) et les standards de soins internationaux de l'association mondiale des professionnels en santé trans (World

Tableau I. Lexique.

Personne trans(genre): personne dont l'identité de genre ne correspond pas au genre qui est socialement et culturellement attendu sur la base du sexe légal qui leur a été assigné à la naissance. Souvent abrégé en trans ou trans*, il peut alors regrouper toutes les identités non cisgenres. Le mot « trans » doit être utilisé uniquement comme adjectif, par exemple un adolescent trans.

Personne cis(genre): personne dont l'identité de genre correspond au genre qui est socialement et culturellement attendu sur la base du sexe légal assigné à la naissance.

Transidentité ou transitudo: fait de s'identifier comme personne trans et de se présenter socialement comme telle.

Non binaire/genderqueer: personne ne s'identifiant pas (exclusivement) comme homme ou femme ou ayant une fluidité entre ces pôles.

Neutre dans le genre/agenre: personne ne s'identifiant à aucun genre.

AMAN (anglais: AMAB): personne Assignée au sexe masculin à la naissance.

AFAN (anglais: AFAB): personne Assignée au sexe féminin à la naissance.

Vocabulaire désuet: FtM (Female-to-Male), MtF (Male-to-Female), transsexuel-le, transsexualité, transsexualisme, changement de sexe, transition « complète ».

Professional Association for Transgender Health – WPATH¹⁴) l'envisagent comme une des manifestations possibles de la diversité des identités. Le manuel diagnostic *CIM-II* de l'OMS ne classe plus *l'incongruence du genre* dans les troubles mentaux mais dans les conditions liées à la santé sexuelle. La nosographie psychiatrique du DSM-5 parle de dysphorie de genre, un diagnostic basé sur la souffrance associée au fait de ne pas correspondre aux normes de genre, qui peut être corporelle, psychique ou sociale¹⁵. Les standards de soins internationaux (WPATH, SOC version 8 à paraître en 2021) prescrivent une prise en charge individualisée permettant à chaque personne trans d'affirmer son genre tel qu'elle, il ou iel (pronom non genré) le souhaite. Le modèle du **consentement éclairé** s'impose actuellement dans la prise de décisions médicales d'affirmation de genre¹⁰⁻¹¹. Il n'est pas demandé aux MPR, ou à tout autre professionnel de la santé, y compris de santé mentale, de diagnostiquer le genre de la personne, soit de déterminer si la personne est ou n'est pas trans, mais de définir si des interventions médicales d'affirmation du genre sont nécessaires et utiles à l'amélioration du bien-être. Il est important de préciser que, contrairement à une croyance fréquente, les personnes trans ne se perçoivent pas nécessairement comme « emprisonnées dans le mauvais corps¹⁶ » et ne désirent pas forcément « changer de sexe ». Leur expression du genre peut varier dans le temps et il n'existe aujourd'hui plus de transition type avec des étapes prédéfinies. Nous soulignons que les pseudo-« thérapies » dites réparatrices ou de réorientation sont aujourd'hui reconnues comme non-éthiques, maltraitantes et inefficaces. Elles sont à proscrire car leurs effets, s'il y en a, seront de courte durée et augmenteront à terme la dysphorie, l'anxiété et le risque suicidaire¹⁷. Il existe essentiellement trois niveaux d'intervention pour les MPR qui reposent toutes sur un savoir-être et savoir-faire présenté dans le **tableau II** :

- a. l'identification du besoin et l'affirmation ;
- b. la facilitation de l'accès aux soins d'affirmation de genre ;
- c. le suivi médical postintervention d'affirmation.

2. Identifier, reconnaître et affirmer les personnes dans leur genre authentique

Les MPR sont souvent la première personne à qui se confient les personnes. Des signes de malaise avec le genre sont l'occasion d'ouvrir la discussion¹⁸, par exemple lorsqu'une personne AFAN porte un gilet de compression pour les seins (binder) ou manifeste un malaise important avec les menstruations, ou lors de comportements autodestructeurs chez un-e adolescent-e non binaire. Une souffrance et un rejet de certaines parties de leur corps généralement liées aux caractères sexuels secondaires et primaires sont fréquents. En identifiant et comprenant ce que leurs patient-e-s vivent en termes de genre, les MPR pourront mettre en place un accueil et un accompagnement adéquat ainsi qu'un travail de prévention des risques. Il s'agira alors d'évaluer l'intensité de la souffrance associée, les questionnements identitaires, les éventuels souhaits de transition et d'affirmation du genre. Les tentamens sont à craindre, surtout durant la puberté¹⁹⁻²⁰. Il a été montré que la période la plus à risque est celle entre la première demande d'aide et le moment où la

personne peut commencer ses traitements d'affirmation de genre²¹. Avec un-e patient-e trans de plus de 12 ans, les MPR devront mener une anamnèse anatomophysiologique plus ouverte qu'avec un-e patient-e cisgenre et connaître quelles interventions médicales ont déjà été effectuées ainsi que celles qui sont prévues ou désirées. Toutefois, il faut savoir que l'examen clinique du torse, des seins et des organes génitaux externes ou internes est fréquemment difficile. Il ne sera effectué que s'il est indispensable, préparé si possible lors d'une 1^{re} consultation et effectué dans un 2^e temps, avec délicatesse et en annonçant chaque geste. On évitera de dénuder toute partie du corps non nécessaire.

3. Favoriser l'accès aux traitements médicaux de confirmation de genre et référer vers les organismes d'aide

Les interventions médicales de confirmation de genre améliorent notablement la santé mentale et physique des adultes et des jeunes trans²²⁻²³. Selon la situation et les préférences des patient-e-s, leurs besoins dans ce domaine feront l'objet d'une orientation vers des spécialistes (endocrinologues ou endocrinologues-pédiatres, psychothérapeutes et sexologues formés), et/ou vers les organisations communautaires et leurs groupes de soutien. Les interventions les plus fréquentes sont l'hormonothérapie, la torsoplastie (AFAN), l'augmentation mammaire (AMAN), une épilation définitive du visage et du corps (AMAN), ainsi que, à une moindre fréquence, des interventions chirurgicales génitales telles que vaginoplastie ou phalloplastie. Lors de demandes de chirurgies génitales, les spécialistes

Tableau II. Savoir-être et savoir-faire transaffirmatifs des MPR.

Respecter le genre qu'exprime la personne, la considérer comme une experte de son genre et travailler en consentement éclairé permet de fournir des soins plus adéquats en créant une saine collaboration et une bonne alliance de travail.

Comprendre la diversité possible des genres et les racines des difficultés des jeunes et des adultes trans, c'est-à-dire devoir se construire comme personne trans dans une société principalement cisgenre, subir l'impact de la stigmatisation, des discriminations et de la violence et devoir se battre pour être reconnu, notamment par le système de santé, dans ses besoins d'affirmation identitaire.

Détecter les jeunes présentant une souffrance ou un besoin d'accompagnement par rapport à leur genre. Les jeunes et les familles doivent être informés des diversités d'identités de genre et des possibilités de prise en charge.

Intervenir à temps : l'accompagnement médical et psychosocial améliore sensiblement le pronostic en termes de santé future ; pour les jeunes une intervention à la puberté est un enjeu fondamental pour leur futur.

Soutenir les familles : dès le début de la prise en charge.

Identifier les besoins et les facteurs de risque et mettre en place des interventions à temps sont des facteurs fondamentaux de la résilience. Leur prise en charge par un entretien motivationnel, un dépistage ciblé, une vaccination et/ou soutien psychologique sont indiqués.

en santé mentale confirment l'indication après avoir évalué avec la personne concernée l'intensité de sa souffrance (dysphorie) et le rapport bénéfices/risques – du point de vue de la santé mentale – des interventions souhaitées. Ceci en fonction des pratiques d'usage des assurances actuellement en vigueur. Si l'état de santé mentale de la personne le nécessite et que les patients souhaitent un accompagnement psychothérapeutique, les spécialistes de la santé mentale seront intégrés dans le parcours d'affirmation, de même le recours à des spécialistes de voix ou des soins d'épilation définitives pour les personnes AMAN peuvent s'avérer utiles. La collaboration avec le médecin traitant est essentielle et doit être maintenue durant ce parcours¹⁰.

Après les interventions spécialisées, le MPR peut assurer des soins postopératoires simples. Certaines personnes trans choisissent de se faire opérer à l'étranger et, au retour, préféreront consulter leur médecin habituel·le pour l'ablation des sutures ou agrafes, ainsi qu'en cas de complications mineures: petites nécroses, granulations ou infections locales. La·le MPR peut aussi prendre en charge le suivi du traitement de substitution hormonale. Si son induction justifie l'expertise d'un·e endocrinologue, le suivi à vie d'une personne

Tableau III. Mesures mises en place dans diverses régions de Suisse permettant d'améliorer la prévention et l'accès aux soins des travailleuses du sexe ²⁰ .				
IST : Infections sexuellement transmissibles.				
Types d'affirmations		Moyens/interventions	Âges	Réversibilité
Sociale (famille ; école ; travail ; vie publique)		• Assurer la sécurité (accès aux W-C, prévenir violences et discriminations...)	Tous	• Oui
		• Expression comportementale et esthétique du genre (coiffure, habillement, utilisation des pronoms et prénom, prothèses et binders, etc.)		• Oui
		• Épilation définitive du visage et autres zones corporelles		• Non
Légale (à l'état civil)		• Changement de prénom	• Tous	• Oui
		• Changement de genre	• Tous	• Oui
Médicale	Retard de puberté	Analogue GnRH	Dès stade Tanner 2-3	Oui
	Traitement hormonal	Testostérone (AFAN) Antiandrogènes + œstrogènes (AMAN)	En cours d'adolescence	Partielle
	Chirurgie	• Torsoplastie (AFAN)	• À partir de 14 ans	• Non
		• Chirurgies génitales	• Dès 18 ans	• Non

trans stabilisée peut être assuré, avec plus de proximité et d'économicité, par les MPR au moyen d'une visite annuelle précédée d'un bilan sanguin. Le transfert de la prise en charge se fera idéalement en coordination avec l'endocrinologue qui pourra conseiller les MPR sur les valeurs de laboratoire à surveiller et restera disponible en cas de complication. Les MPR veilleront aussi à prévenir et dépister les pathologies spécifiques au nouvel environnement hormonal. Ils seront également sensibles aux enjeux entourant les questions de santé sexuelle et fertilité²⁴, les bouleversements dans les fonctionnements familiaux notamment la question de la parentalité et des liens familiaux²⁵⁻²⁶ ou le vieillissement²⁷.

4. Assurer le suivi médical des personnes trans postintervention médicale d'affirmation

Les besoins médicaux des personnes trans de tout âge nécessitent surtout, dans leur grande majorité, un savoir-être et sont similaires à ceux des personnes cisgenres. Toutefois les personnes ayant déjà effectué des interventions médicales avec hormonothérapie et/ou chirurgie recevront une attention particulière en fonction des traitements reçus ou en cours.

5. Spécificités du rôle du MPR auprès des enfants et adolescents trans

En Suisse, le repérage et l'intervention précoces auprès des enfants et adolescent-e-s sont encore trop irréguliers malgré une demande croissante et des preuves scientifiques incontestables de leurs besoins^{12,20}. Les MPR peuvent être alerté-e-s par le récit des parents, par l'expression persistante chez l'enfant d'un genre différent du genre socialement et culturellement attendu ou par des signes de malaise important face à l'arrivée de la puberté. Ces signes peuvent prendre la forme d'automutilations, tentamen, troubles alimentaires,

Tableau IV. Examens spécifiques postinterventions.

Examens spécifiques pour personnes sous hormonothérapie et/ou ayant effectué une chirurgie de confirmation de genre.

Personne AMAN	Personne AFAN
Seins: dépistage du cancer, si implants: infection ou rejet	Torse: dépistage du cancer du sein même si torsoplastie
Prostate (même si vaginoplastie): dépistage du cancer, infections	Utérus (si présent et même si testostérone):
Néo-vagin: granulome, dépistage du cancer	Grossesse, HPV/PAP, dépistage du cancer
Testicules: <i>idem</i> cisgenre	Ovaires: GEU, torsion
Pénis: <i>idem</i> cisgenre	Vagin: <i>idem</i> cisgenre, douleurs
Squelette: densité osseuse si opération génitale	Clitoris: hypertrophie, douleurs
	Néo-pénis: infection, y compris implant
	Néo-testicules: infection implant

comportements d'isolement ou au contraire agressivité²⁷⁻²⁸. Il vaut mieux ne pas laisser entendre que « cela passera », car il est probable que cela ne soit pas le cas et le déni de la question de genre au profit d'autres diagnostics (comme troubles alimentaires ou dépression) risque de péjorer le pronostic. La période de la puberté et de l'adolescence est extrêmement sensible pour ces jeunes, y compris pour certain-es qui n'ont rien manifesté auparavant. En effet, la majorité des jeunes trans gardent leur ressenti secret et les signes de malaise aigus et soudains s'expriment seulement à la puberté²⁹⁻³⁰. La révélation à l'entourage ou à une personne de confiance survient généralement plusieurs mois voire années après que la-le jeune ait réalisé qu'il-elle-iel ne se sentait pas cisgenre³¹. Pendant l'enfance, soit avant le stade de Tanner 2, il n'y a pas de médicalisation et la meilleure intervention est de laisser l'enfant exprimer et expérimenter l'expression de genre qui lui convient. La meilleure attitude est l'acceptation tout en veillant à sa protection contre les violences que son genre différent peut induire dans les différents contextes. Si des conflits familiaux surgissent et que des parents peinent à accepter et soutenir leur enfant dans l'affirmation de son genre trans, non binaire ou neutre, un accompagnement psychothérapeutique est indiqué. On privilégiera la thérapie de famille. Dans les cas extrêmes, l'appui des services de protection de la jeunesse peut être nécessaire.

Vignette clinique

Vous recevez une jeune patiente de 16 ans, dont le dossier est au nom de « Maxine », pour des douleurs abdominales qui la font souvent quitter ses cours. Se présente alors devant vous une jeune patiente, cheveux rasés, jeans ample, t-shirt trop large, accompagnée par sa mère. Sa maman rapporte que les douleurs viennent du fait que sa fille « porte en permanence une brassière pour le sport » et qu'elle a commencé à se scarifier la poitrine à partir du moment où celle-ci s'est développée. Maxine parle de difficulté à s'endormir, de grosses douleurs abdominales lorsqu'elle est à l'école et d'irritabilité. Lors de la consultation individuelle, Maxine vous demande de l'appeler « Max » et vous la sentez nerveuse à l'idée de retirer son t-shirt, au point qu'elle en devient agressive. Lors de la palpation abdominale (le t-shirt soigneusement enroulé jusqu'à la base des seins), vous ne sentez rien d'anormal de prime abord.

L'ouverture au dialogue par un-e professionnel-le de la santé bienveillant-e et informé-e permet d'identifier l'origine du malaise. Ce qui est un premier pas nécessaire vers une amélioration de la santé mentale, physique et relationnelle^{29,35}. Ensuite, des interventions d'affirmation du genre peuvent être mises en place.

Le protocole de retardement de la puberté (induit idéalement au stade de Tanner 2) pour les jeunes qui souhaitent un développement en meilleure conformité avec leur identité de genre est reconnu comme *best practice* par les standards de soins et nombre de sociétés médicales³²⁻³⁷. Il améliore significativement le mal-être et les symptomatologies associées^{22,23,33}. Il permet d'éviter que la puberté transforme leur corps d'une manière vécue

comme intolérable (mue, pilosité, règles, développement mammaire, etc.) et qui nécessiterait de lourdes corrections chirurgicales ultérieures. Réversible, il offre le temps d'élaborer plus sereinement une prise de décision partagée pour l'avenir. Il est suivi, si besoin et demandé par la-le jeune, de l'induction hormonale d'une puberté dans le genre de préférence dès que cela est nécessaire d'un point de vue développemental (en moyenne entre 14 et 17 ans). Au préalable un *counseling* sur la préservation des gamètes et la fertilité sera effectué. Les travaux récents sur l'accompagnement transaffirmatif des enfants et des adolescent-e-s transgenres indiquent que le soutien familial, la possibilité de vivre dans le genre désiré et les prises en charges médicales à temps (retards de puberté) sont associés à une baisse significative de la suicidalité et une absence de morbidité psychologique et émotionnelle en dehors d'une anxiété légèrement plus élevée^{38,39}. Il est donc fondamental de soutenir les jeunes et leurs parents par des interventions psychosociales et d'intervenir médicalement et hormonalement si nécessaire et demandé.

6. Principales ressources

Les ressources suivantes sont disponibles en Suisse romande et à même d'orienter les MPR et les patients dans le reste du réseau et d'offrir un conseil sur les questions légales et asséculo-logiques.

Enfants et adolescents:

- Division interdisciplinaire de santé des adolescents (DISA) du CHUV à Lausanne, www.chuv.ch/fr/disa/disa-home
- Unité Santé Jeunes (USJ) des HUG à Genève, www.hug.ch/sante-jeunes
- Fondation Agnodice, www.agnodice.ch
- Association Le Refuge à Genève, www.refuge-geneve.ch

Adultes:

- Le pôle trans du Checkpoint Vaud (Fondation PROFA), www.mycheckpoint.ch
- Association Épicène, Genève, www.epicene.ch/association

Assistance juridique:

- Transgender Network Suisse (TGNS), www.tgns.ch/fr/

Conclusion

Les MPR jouent un rôle fondamental pour la santé des personnes trans, non binaires et agenes. Les nouveaux standards de soins internationaux et l'application en Suisse de la *CIM-II* renforcent leur fonction d'orientation et de coordination multidisciplinaire. Pour remplir ce rôle avec aisance et légitimité, une posture transaffirmative est essentielle impliquant un accueil bienveillant, non jugeant et respectueux de l'identité de genre. Une formation spécifique aux pratiques de santé trans mais aussi au développement d'une attitude réflexive est souhaitable. Elle permettra de déconstruire pour soi nos normes de genre en

les mettant à l'épreuve de la diversité et de la fluidité de ses manifestations. L'étude des standards de soins et de certains articles fondamentaux peut constituer une première étape. Les cours de base et avancés proposés par la WPATH menant à une certification, et d'autres modules d'e-learning dédiés à la santé trans permettront d'aller plus loin.

Bibliographie

- 1 Motmans J, Nieder TO, Bouman WP. Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: a field in transition. *Int Jn Trans* 2019; 20,2-3:119-25.
- 2 Zhang Q, Goodman M, Adam M, Corneil T, Hashemi L, Kreukels B, Motmans J, Snyder R et Coleman E. Epidemiological considerations in transgender health: a systematic review with focus on higher quality data. *Int Jn Trans Health* 2020; 21(2):125-37.
- 3 Goodman M, Adams N, Corneil T, et al. Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: a narrative review. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2019;48(2):303-21.
- 4 Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet* 2016;388:390-400.
- 5 Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* 2016;388:412-36.
- 6 Heng A, Heal C, Banks J, Preston R. Transgender peoples' experiences and perspectives about general healthcare: A systematic review. *Int Jn Trans* 2018;19(4):359-378.
- 7 Jellestad L, Jäggi T, Corbisiero S, Schaefer DJ, Jenewein J, Scheeberger A, et al. Quality of life in transitioned trans persons: A retrospective cross-sectional cohort study. *Biomed Res Int* 2018; 8684625.
- 8 Jäggi T, Jellestad L, Corbisiero S, Schaefer DJ, Jenewein J, Scheeberger A, et al. Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned swiss transpersons. *Biomed Res Int* 2018;8639263
- 9 White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med* 2015;147:222-31.
- 10 Torres CG, Renfrew M, Kenst K, Tan-McGrory A, Betancourt JR, López L. Improving transgender health by building safe clinical environments that promote existing resilience: results from a qualitative analysis of providers. *BMC Pediatr* 2015;15:187.
- 10** Deutsch MB, et al. Gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people. UCSF 2016. www.transcare.ucsf.edu/guidelines
- 11 Spivey LA, Edwards-Leeper L. Future Directions in Affirmative Psychological Interventions with Transgender Children and Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2019;48(2):343-356. doi: 10.1080/15374416.2018.1534207.
- 12* Wahlen R, Brockmann C, Soroken C, Bertholet L, Yaron M, Zufferey A, Ambresin AM, Merglen A. Adolescents et jeunes adultes transgenres et non-binaires: approche et prise en charge par les médecins de premier recours. *Rev Med Suisse* 2020;16:789-93.
- 13 Russell ST, Pollitt A, Grossman AH. Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. *J Adolesc Health* 2018;63(4):503-05.
- 14** WPATH. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, version 7. World professional association for transgender health, 2011.
- 15 Reed et al. Disorders related to sexuality and gender identity in th ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* 2016;15:205-21.
- 16* Medico D. Genres, subjectivités et corps au-delà de la binarité. *Filigrane* 2019; 28,1:57-71.
- 17 Turban JL, Ehrensaft D. Research Review: Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *J Child Psychol Psychiatry* 2018;59(12):1228-43.
- 18 Maragh-Bass AC, Torain M, Adler R, Ranjit A, Schneider E, Shields RY, et al. Is it okay to ask: transgender patient perspectives on sexual orientation and gender identity collection in healthcare. *Acad Emerg Med* 2017;24(6):655-67.

- 19 Perez-Brumer AJ, Day K, Russell ST, Hatzenbuehler ML. Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation Among Transgender Youth in California: Findings From a Representative, Population-Based Sample of High School Students. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;56(9):739-46.
- 20 Medico D, Galantino G, Zufferey A, Pullen Sansfaçon A. «J'aimerais mourir», comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d'oppression développementale. *Frontières* 2020;31:2. <https://doi.org/10.7202/1070338ar>
- 21 Bauer G, Pyne J, Francino M, Hammond R. La suicidabilité parmi les personnes trans en Ontario: Implications en travail social et en justice sociale. *Serv Social* 2013;59(1):35-62.
- 22 Owen-Smith AA, Gerth RC, Sineath J, Barzilay TA, Becerra-Culqui D et al. Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *J Sex Med* 2018;15(4):591-600.
- 23 Pullen-Sansfaçon A, Hébert W, Ou Jin Lee E, Faddoul M, Tourki D, Bellot C. Digging beneath the surface: Results from stage one of a qualitative analysis of factors influencing the well-being of trans youth in Quebec. *Int J Trans* 2018;19(2):184-202.
- 24 Cheng PJ, Pastuszak AW, Myers JB, Goodwin IA, Hotaling JM. Fertility concerns of the transgender patient. *Transl Androl Urol* 2019;8(3):209-18.
- 25 Malpas J. L'enfant en non-conformité de genre et sa famille: une approche systématique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et pratiques de réseau* 2014;52(1):139-65.
- 26 Westmater JJ, Riley EA, Peterson GM. What about the family in youth gender diversity: A literature review. *Int J Transgend Health* 2019; 20(4):351-70.
- 26 Richards SH, Perrin PB, Coston BM, Witten TM. Transgender and gender non-conforming adults preparedness for aging: concerns for aging, and familiarity with and engagement in planning behaviors. *Int J Transgend Health* 2020;21(1):58-69.
- 27 Olson J, Schragger SM, Belzer M, Simons LK, Clark LF. Baseline physiologic and psychosocial characteristics of transgender youth seeking care for gender dysphoria. *J Adolesc Health* 2015;57(4):374-80.
- 28 Rider GN, McMorris BJ, Gower AL, Coleman E, Eisenberg ME. Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: A population-based study. *Pediatrics* 2018;141.3.e20171683. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1683>
- 29 Medico D, Pullen Sansfaçon A, Zufferey A, Galantino G, Bosom M, Suerich-Gullick F. Pathways to gender affirmation in trans youth: A qualitative and participative study with youth and their parents. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2020. <https://doi.org/10.1177/1359104520938427>
- 30 Pullen Sansfaçon A, Medico D, Suerich-Gullick F, Temple Newhook J. «I knew that I wasn't cis, I knew that, but I didn't know exactly»: gender identity development, expression and affirmation in youth who access gender affirming medical care. *Int J Transgend Health* 2020. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1756551>
- 31 Kuper LE, Wright L, Mustanski B. Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. *Int J Transgend* 2018;19(4):436-55. [doi: 10.1080/15532739.2018.1443869](https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1443869).
- 31* Olson KR. Prepubescent Transgender Children: What we do and do not know. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55(3):155-6 e3.
- 32* Cohen-Kettenis PT, Klink D. Adolescents with gender dysphoria. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2015;29(3):485-95.
- 33* Ehrensaft D, Giammattei SV, Storck K, Tishelman AC, Keo-Meier C. Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn – A view from a gender affirmative lens. *Int J Transgend Health* 2018;19(2):251-268. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649>
- 34* Leibowitz S, Green J, Massey R. et al. Statement in response to calls for banning evidence-based supportive health interventions for transgender and gender diverse youth. *Int J Transgend Health* 2020; 21(1):111-112. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1703652>
- 35 Trans Care BC, Provincial Health Services Authority. Gender-affirming Care for Trans, Two-Spirit, and Gender Diverse Patients in BC: a Primary Care Toolkit. Vancouver, 2019. www.phsa.ca/transcarebc/Documents/HealthProf/Primary-Care-Toolkit.pdf
- 36 Sherbourne Health Center and Rainbow Health Ontario Guidelines for gender-affirming primary care with trans

and non-binary patients, 4th edition, Canada 2019. www.rainbowhealthontario.ca/product/4th-edition-sherbournes-guide-lines-for-gender-affirming-primary-care-with-trans-and-non-binary-patients/

37* Rafferty J, AAP Committee on psychosocial aspects of child and family health, AAP committee on adolescence, AAP Committee on lesbian, gay, bisexual and transgender health

and wellness. Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics* 2018;142(4): e20182162

38 Riggs D, Bartholomaeus C, Pullen Sansfaçon A. « If they didn't support me, I most likely wouldn't be here »: Transgender young people and their parents negotiating medical treatment in Australia. *Int J Transgend Health* 2019.[https://doi.org/10.1080/](https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1692751)

15532739.2019.1692751.

39 Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics* 2016;137(3):e20153223. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>

* à lire

** à lire absolument