

Adolescents transgenres et non binaires: approche et prise en charge par les médecins de premier recours

Drs RAPHAËL WAHLEN^a, CÉLINE BROCKMANN^b et CINDY SOROKEN^c, LYNN BERTHOLET^d,
Dre MICHAL YARON^e, ADÈLE ZUFFEREY^f, Drs ANNE-EMMANUELLE AMBRESIN^g et ARNAUD MERGLEN^h

Rev Med Suisse 2020; 16: 789-93

Les adolescents transgenres, non binaires ou en questionnement sont de plus en plus visibles et font face à de nombreux obstacles pour accéder à des soins appropriés, tant pour leurs besoins de santé spécifiques que généraux. Les médecins de premier recours les rencontrent au cabinet et peuvent manquer d'éléments de communication et de connaissances spécifiques récentes pour mener la consultation et accompagner ces personnes et leurs proches dans leurs trajectoires individuelles. Cet article propose une synthèse des éléments et des ressources utiles pour le médecin de premier recours, dont le rôle est central pour la santé de tous les patients.

Transgender and non-binary teenagers: management in primary care

Transgender, non-binary and questioning teenagers are increasingly visible. However, they face barriers in accessing appropriate care that meet their needs, both specific and regarding their general health. Primary care physicians increasingly see them in consultations but often lack elements of communication and recent knowledge that is needed to accompany them and their close ones in their individual trajectories. This article aims to answer this need and provides a synthesis about recent evidence and suggested communication approaches for primary care physicians, who play a central role for the health of all patients.

INTRODUCTION

Les enfants, adolescents et jeunes adultes qui s'identifient comme transgenres sont de plus en plus visibles dans la

société. La place du médecin de premier recours est centrale dans la prise en charge de ces patients car c'est souvent à lui que sont révélés les questionnements et les différents enjeux autour de l'identité de genre. Il lui revient d'accueillir, de soutenir et d'accompagner l'adolescent à travers l'exploration de son genre ressenti, de son expression de genre, de ses émotions et des épreuves rencontrées. Son rôle est aussi d'informer le jeune et la famille sur la diversité des identités de genre et des possibilités de prise en charge, de soutenir le système familial dans son ensemble quant aux impacts relationnels et émotionnels, et d'aider le patient et ses proches à accéder aux différents spécialistes et ressources. Cet article a pour objectif de proposer aux médecins de premier recours une sensibilisation aux enjeux liés à l'identité de genre et les premiers éléments pour mener une consultation. Il rassemble un résumé des connaissances de base, des ressources thématiques et des éléments de communication médicale spécifiques.

DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE L'IDENTITÉ SEXUÉE

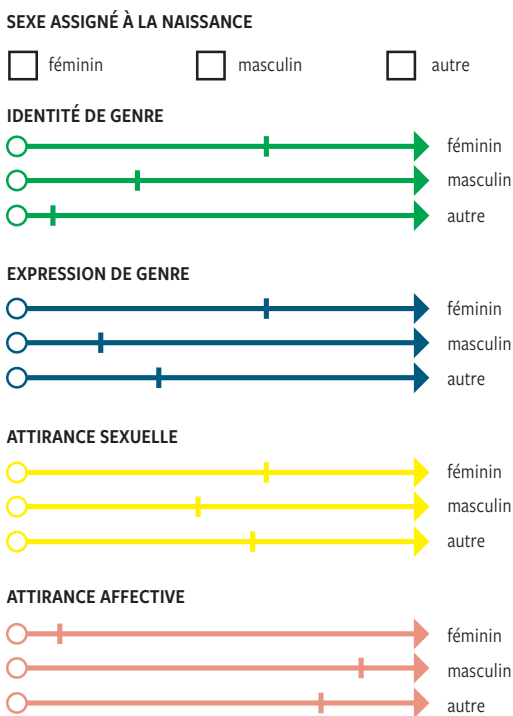
L'identité de genre correspond au sentiment profond, ressenti par une personne, d'avoir un genre masculin, féminin ou hors de cette binarité, indépendamment du sexe attribué à la naissance. Elle est cisgenre lorsque l'identité de genre est congruente avec le sexe assigné à la naissance et transgenre si elle ne l'est pas. Elle peut se situer aux pôles masculin ou féminin ou sur un continuum entre ces pôles (non binaire, *genderfluid*), voire en dehors (*agender, genderqueer*). L'identité de genre étant un ressenti, seule la personne concernée y a accès et peut la définir. L'expression de genre intègre la façon dont une personne exprime son identité de genre face à la société, que ce soit par l'habillement, la présentation (coiffure, vernis à ongles, etc.) ou encore certains comportements (démarche, gestuelle, etc.). L'orientation sexuelle décrit comment une personne définit son attirance envers les autres (**figure 1**).

La connaissance des termes spécifiques est nécessaire pour aborder une discussion avec les patients sur cette thématique. La terminologie actuelle se fonde sur le respect de l'autonomie de la personne à se définir, elle est donc liée au genre auquel la personne s'identifie, et non pas à son corps biologique ou à une assignation à la naissance (**tableau 1**).

^aDivision interdisciplinaire de santé des adolescents, CHUV, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, ^bComité directeur du Bioscope, Faculté de médecine, Université de Genève, 24 rue du Général-Dufour, 1211 Genève 4, ^cConsultation des adolescents, Service de pédiatrie générale, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, HUG, 1211 Genève 14, ^dAssociation Epicène, rue de la Dôle 4, 1203 Genève, ^eConsultation de gynécologie pédiatrique et des adolescentes, Unité santé jeunes, Service de gynécologie, Service de pédiatrie générale, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, HUG, 1211 Genève 14, ^fFondation Agnodice, Avenue de la Gare 17, 1003 Lausanne, ^gUnités de pédiatrie hospitalière, Consultation des adolescents, Unité santé jeunes, Service de pédiatrie générale, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, HUG, 1211 Genève 14, et Faculté de médecine, Université de Genève, 24 rue du Général-Dufour, 1211 Genève 4
raphael.wahlen@chuv.ch | celine.brockmann@unige.ch
cindy.soroken@hcuge.ch | lynn@epicene.ch | michal.yaron@hcuge.ch
adele.zufferey@agnodice.ch | anne-emmanuelle.ambresin@chuv.ch
arnaud.merglen@hcuge.ch

FIG 1 Dimensions de l'identité sexuée

Les flèches représentent à quel degré la personne ressent l'identité de genre, l'expression de genre, l'attirance sexuelle ou l'attirance affective (pas ou peu à gauche, beaucoup ou complètement à droite) par rapport aux genres féminin, masculin ou autre. Chaque personne peut placer un curseur sur les flèches selon sa perception (voir exemple ci-dessous).



Source: Sexesss, Bioscope, UNIGE
www.unige.ch/ssi/ressources/outils-pedagogiques/

ÉVOLUTION ET ÉTAT ACTUEL DES CLASSIFICATIONS MÉDICALES

L'évolution de la société et les données scientifiques conduisent à la dépathologisation et dépsychiatisation des personnes transgenres, incluant les variations de l'identité de genre dans la richesse de la diversité humaine¹: le manuel DSM-5 recense le diagnostic de «dysphorie de genre», c'est-à-dire la souffrance qui peut être présente en raison de l'incongruence entre le genre et le sexe. L'association des psychiatres américains, qui publie ce manuel, précisait en 2013 que «la non-conformité de genre n'est pas en soi un trouble mental. L'élément primordial dans la dysphorie de genre est la présence de la détresse clinique significative associée à la condition».²

En 2019, l'Organisation mondiale de la santé s'est positionnée clairement: les diagnostics en lien avec les identités transgenres et diverses ont été sortis du chapitre «Troubles mentaux et du comportement». Le diagnostic de «transsexualisme» est supprimé et remplacé par le terme d'«incongruence de genre» maintenant placé dans le nouveau chapitre de la CIM-11 des «conditions liées à la santé sexuelle». L'OMS explique que: «[...] Cela reflète les données scientifiques que les identités transgenres et diverses ne sont pas des maladies mentales, et les classifier comme telles peut causer une stigmatisation majeure. [...] L'inclusion de l'incongruence de genre dans la

TABLEAU 1 Terminologie actuelle

femme, femme transgenre (nom): personne qui s'identifie du côté féminin du genre, indépendamment du sexe (légal) assigné à la naissance.

homme, homme transgenre (nom): personne qui s'identifie du côté masculin du genre indépendamment du sexe (légal) assigné à la naissance.

transgenre (adj.): adjectif qui réfère à une personne chez qui l'identité de genre ne correspond pas au sexe légal assigné à la naissance. Terme englobant qui peut regrouper toutes les identités de genre non cisgenres. Peut être abrégé par trans ou trans* (à utiliser comme adjectif: personne transgenre, adolescent trans; et non comme un nom dans un souci de respect de la personne).

cisgenre (adj.): réfère à une personne chez qui l'identité de genre correspond au sexe attribué à la naissance.

non binaire (adj.): réfère à une personne se situant entre les pôles masculin ou féminin ou ayant une fluidité entre ces pôles.

queer (adj.): de l'anglais «bizarre» (à l'origine une insulte), terme de plus en plus utilisé par des personnes qui conçoivent leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre en dehors des normes sociétales.

LGBTQ (adj.): acronyme pour la communauté Lesbienne, Gay, Bisexuel-le, Transgenre et Queer.

variance de genre (nom): terme qui réfère à des comportements, une apparence ou une identité de genre qui ne correspondent pas aux normes culturelles associées au genre assigné à la naissance. Le terme «variant dans le genre» (adj.) est plus large et plus fluide que l'adjectif «transgenre» et est ainsi souvent utilisé avec les enfants pour ne pas les «étiqueter» transgenres.

affirmation de genre (transition) (nom): processus pour s'affirmer et être reconnu dans le genre vécu par la personne. L'affirmation de genre peut être sociale, légale et/ou médicale.

sexe assigné à la naissance: sexe (masculin ou féminin actuellement en Suisse) légal déterminé à la naissance, le plus souvent selon l'anatomie génitale externe du nouveau-né. Aussi appelé sexe biologique, sexe de naissance ou sexe.

AFAN; AMAN: assigné féminin à la naissance; assigné masculin à la naissance; pour identifier les patients avec un sexe attribué à la naissance respectivement féminin et masculin. Ces termes sont actuellement utilisés de préférence à la place des termes F-to-M (Female to Male) et M-to-F (Male to Female) qui induisent une vision binaire et prédéterminée de l'identité du patient.

iel: pronom neutre parfois utilisé par les patients non binaires (mixte entre il et elle).

binding (nom): méthode de compression (par bandage, *binders*, scotchage) pour aplatir la poitrine afin d'en minimiser l'apparence féminine.

tucking (nom): méthode de compression (par bandage, slip de compression, gaine, scotchage) pour aplatir le pénis et les testicules afin d'en minimiser l'apparence masculine.

CIM devrait permettre aux personnes transgenres l'accès à des soins d'affirmation de genre, ainsi qu'une couverture adéquate par les assurances de santé pour ces services».³

ÉPIDÉMIOLOGIE ET VULNÉRABILITÉS

Les statistiques récentes estiment que les personnes transgenres constituent entre 0,3 et 2% de la population générale.⁴ Parmi les personnes transgenres, si la majorité s'identifie dans une certaine binarité (homme ou femme transgenre), plus d'un tiers s'identifierait avec un genre non binaire, c'est-à-dire quelque part entre les pôles masculin et féminin.⁵ La transidentité fait partie de la diversité des identités humaines.¹ Elle se retrouve à travers le globe et les âges. Comme exemple, parmi une multitude d'autres, citons les individus «bispirituels» (avec deux esprits) qui étaient présents chez les Premières Nations d'Amérique du Nord à l'époque précoloniale et avaient un rang social important en raison de leur connaissance des deux «esprits», masculin et féminin.⁶

Les personnes transgenres font fréquemment l'expérience de discriminations, de rejets, de harcèlements, de violences verbales et physiques. Au contraire d'autres minorités ethniques ou culturelles, ces adolescents ne partagent pas cette différence

de genre avec leur famille. Ils peuvent se retrouver isolés et sont donc particulièrement vulnérables. Ces stigmatisations répétées engendrent des taux très élevés d'anxiété, de dépression, de comportements auto-agressifs, de rupture scolaire, d'idées suicidaires et de tentatives de suicide (tableau 2). En effet, entre 30 et 50% des adolescents transgenres et non binaires ont fait au moins une tentative de suicide avant l'âge de 20 ans.⁷

L'accès aux soins est un enjeu majeur pour les personnes transgenres ou non binaires qui font face à de nombreux obstacles: refus des soins médicaux de base en raison de leur identité, traitements inappropriés et méconnaissances de leurs besoins médicaux. Ainsi, près d'un tiers d'entre elles dit éviter les soins en raison des discriminations et de peur de mauvais traitements.⁸ L'accueil par les médecins de premier recours joue donc un rôle déterminant dans l'accès aux soins.

Le «coming out» est un moment particulièrement vulnérable pour le jeune qui s'expose aux risques de rejet (supposés ou réels) des membres de sa famille et de ses amis. L'autre période particulièrement à risque de suicide se situerait dans l'attente, avant le début de la transition.⁹ D'où l'importance de ne pas en retarder l'accès.

APPROCHE TRANS-AFFIRMATIVE

L'approche trans-affirmative est orientée vers la compréhension, la reconnaissance et le soutien de l'expérience du genre vécue par chaque personne (notamment l'utilisation du prénom choisi et des pronoms correspondants). Elle est recommandée par l'OMS et par la plupart des instances de psychologie,¹⁰ psychiatrie,^{11,12} médecine¹³ et pédiatrie.¹⁴

Cette approche qui soutient l'affirmation du genre a démontré l'amélioration de la santé mentale chez les personnes trans.^{15,16} Le soutien parental et des proches dans l'affirmation de leur genre a un effet protecteur majeur sur les adolescents transgenres, en particulier contre les tentatives de suicide, et devrait constituer un pilier des interventions médicales.¹⁷ Les traitements médicaux d'affirmation de genre (bloqueurs hormonaux, hormones, chirurgie) sont associés à une amélioration de la santé mentale et du fonctionnement chez les personnes trans.^{13,15-17} Ces études restent cependant peu nombreuses et incluent de petits nombres de sujets. En revanche, les thérapies «de conversion» sont associées à un risque plus élevé de tentative de suicide et de détresse psychique.¹⁹

	TABLEAU 2	Vulnérabilités	
--	------------------	-----------------------	--

Les personnes transgenres, non binaires ou en questionnement sont plus à risque de:

- Suicide et idéations suicidaires
- Dépression, anxiété, mauvaise estime de soi
- Rupture scolaire, précarité sociale
- Comportements à risque, alcool, tabac, abus de substances
- Infections sexuellement transmissibles
- Subir des violences
- Plus mauvaise santé somatique, maladies chroniques, troubles du comportement alimentaire
- Être négligées, agressées par des professionnels de la santé
- Ne pas recevoir un traitement approprié pour une situation médicale
- Ne pas consulter, même pour une situation urgente

POSTURE DU MÉDECIN: «EXPERT» OU «CO-EXPERT»?

La prise en charge des patients trans et non binaires est individuelle et unique pour chaque patient, il n'y a pas de chemin prédéterminé. Les traitements vont dépendre du besoin du patient et évoluer au cours du processus d'affirmation. Cette prise en charge peut être inconfortable pour le médecin, en remettant parfois en question son rôle d'expert, censé guider le patient. Or les besoins du patient et les résultats des traitements sont observés en grande partie dans la subjectivité de celui-ci.

Une posture souvent mieux vécue est celle de «co-expert» lors de décisions médicales partagées: les échanges avec les patients peuvent alors prendre appui sur les données scientifiques disponibles quant aux risques et bénéfices des traitements, de même que les incertitudes, et permettent d'aligner les décisions sur les valeurs et préférences de chaque patient et leur contexte individuel.²⁰ Ce processus intègre le consentement éclairé dans une prise en charge plus vaste.

ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISÉE DES PATIENTS TRANSGENRES ET NON BINAIRES

L'accueil de chaque personne et de ses besoins est au centre de l'approche trans-affirmative. La position du médecin de premier recours est centrale et touche de nombreuses dimensions (tableau 3).

Les aspects de communication font partie de la prise en charge médicale, car ils ont un impact sur tous les patients et particulièrement les patients trans (tableau 4). Commencer par inviter chaque patient à communiquer ses prénom et genre préférés constitue une étape signifiante. Leurs utilisations systématiques par le médecin, le personnel du cabinet, et leurs enregistrements dans le dossier médical se fondent sur le droit à l'autodétermination, présent dans l'éthique médicale comme dans la Constitution fédérale suisse.

Nous proposons dans le tableau 5 des éléments de communication médicale qui facilitent l'exploration de la demande du patient et de ses besoins. L'évaluation des vulnérabilités et leur prise en charge, en particulier la santé mentale, est souvent une première étape.

	TABLEAU 3	Les rôles du médecin de premier recours	
--	------------------	--	--

- Créer un espace de bienveillance et de sécurité au cabinet
- Offrir une écoute non jugeante et respectueuse de l'identité de genre du patient
- Aider l'adolescent à explorer et à affirmer socialement son genre; cela passe par l'expérimentation de l'utilisation du prénom et des pronoms désirés ou encore en favorisant l'expression du genre désiré (habillement, coiffure, etc.) dans un environnement de sécurité
- Inclure et soutenir la famille et les proches dans le processus dès le début de la prise en charge. Avoir conscience que la famille est elle-même souvent sujette aux discriminations
- Accompagner et soutenir le patient transgenre capable de discernement dans sa demande de transition, y compris face à l'absence de soutien familial
- Donner accès rapidement aux ressources, aux différents acteurs communautaires, psychologiques et médicaux, ayant une approche trans-affirmative
- Répondre en parallèle aux différents besoins bio-psycho-sociaux
- Soutenir le patient dans ses démarches légales et administratives

TABLEAU 4 Témoignages

- Quand mon ancien médecin a dit: «Vous, les personnes transgenres, vous êtes tellement difficiles...», cette généralisation m'a fait perdre confiance dans le corps médical. Il a fallu plus d'une année avec mon nouveau médecin traitant pour reprendre confiance et sentir que j'étais une personne à ses yeux.
- Une médecin m'a dit lors de la première consultation: «Ici, on accueille et on prend soin de toutes les personnes, quelles que soient leurs origines, leurs cultures, leurs religions, leurs identités de genre et leurs orientations sexuelles ou affectives.» Je me suis sentie pour la première fois en confiance chez une médecin.
- Un médecin des urgences m'a appelé transsexuelle et a voulu examiner mes organes sexuels, alors que je venais consulter pour une entorse du poignet. Depuis, je crains d'aller aux urgences et je n'ai pas réussi à y aller la dernière fois, alors que l'assistante médicale me l'avait recommandé, car mon médecin ne pouvait pas me voir en urgence.
- La médecin et la secrétaire utilisent toujours mon prénom et mon genre d'usage. Ça me donne le sentiment que je peux vraiment leur parler de ce que je vis et de ce qui est important pour moi.

TABLEAU 5 Exemples de communication médicale trans-affirmative lors d'une consultation

Début d'entretien

- Bonjour, est-ce que vous souhaitez que j'utilise le prénom qui est sur votre dossier ou y a-t-il un autre prénom qui vous convient mieux?
- Quel pronom souhaitez-vous que j'utilise à votre sujet (il ou elle ou iel)?
- Est-ce secret? Avec quelles personnes utilisez-vous ce prénom et ce pronom?
- Comment voulez-vous que le secrétariat et les autres professionnels s'adressent à vous?
- Si je fais des erreurs quand je m'adresse à vous, elles sont involontaires et je vous prie de m'en excuser.
- Je suis désolée de m'être trompée de prénom (ou de genre). Toutes mes excuses!

Se positionner pour apporter sécurité et bienveillance

Ici, on accueille et on prend soin de toutes les personnes, quelles que soient leurs origines, leurs cultures, leurs religions, leurs identités de genre et leurs orientations sexuelles ou affectives. Et on peut parler de ces sujets quand ils sont importants pour vous. Ces éléments, comme tous les autres de la consultation, sont confidentiels et protégés par le secret médical.

Ouvrir la discussion sur le genre

- Avez-vous des questions concernant le genre?
- Est-ce que vous vivez un malaise ou de la souffrance en lien avec votre identité de genre?
- Comment vous identifiez-vous concernant le genre?

Affirmations et/ou transitions

- De quoi auriez-vous besoin en lien avec le genre pour vous sentir bien?
- Avez-vous commencé une forme de transition sociale ou médicale?
- Avez-vous des attentes particulières par rapport à ces changements?
- Qu'est-ce qui est important pour vous dans ces changements?
- Avez-vous pensé à un calendrier ou un ordre pour ces changements?

Discussion de décision médicale partagée

- Certains patients viennent avec un plan clair de la façon dont je peux les aider et les soutenir. Avec d'autres, nous avançons ensemble pour avoir une liste des éléments qui sont importants pour eux. Comment pouvons-nous faire équipe au mieux pour votre santé?
- Dans cette situation, il y a plusieurs options. On peut les explorer ensemble et voir ce qui est faisable et ce qui est important pour vous.

Examen physique

Y a-t-il des parties de votre corps qui vous mettent mal à l'aise? Je vous informerai des zones qu'il serait utile d'examiner et nous déciderons ensemble si l'examen doit avoir lieu ou non et comment nous pouvons faire pour diminuer votre malaise.

Relations amoureuses et sexuelles

- La personne qui vous accompagne a-t-elle un lien particulier avec vous?
- Êtes-vous en relation amoureuse actuellement? Pourriez-vous me parler un peu de cette personne?
- Comment se sont passés les rapports sexuels que vous avez eus récemment?
- Avez-vous des relations sexuelles avec des hommes, des femmes, ou les deux? Je pose la question de cette manière à tous les patients pour parler de sexualité, de plaisir et de risques.
- Comment vous identifiez-vous concernant l'orientation sexuelle et affective?

Les modalités d'affirmation du genre peuvent être sociales, légales, médicales et chirurgicales (**tableau 6**). Les besoins peuvent aller de la simple reconnaissance et validation de l'identité à une affirmation sociale, et pour certains une affirmation médicale ou chirurgicale. Le médecin de premier recours peut aider à l'élaboration d'un plan de soin, établi par et avec le patient, et de stratégies de santé au long cours, en collaboration étroite avec les autres spécialistes. La communication et la collaboration avec ces derniers permettent de répondre aux besoins individuels de chaque patient. Cette approche est fondée sur les droits humains et sexuels qui valorisent l'autonomie de la personne, le respect de son intégrité et la décision médicale partagée. De nombreuses ressources sont disponibles et permettent l'accès à des informations et des outils adaptés (**tableau 7**).

Les aspects de transition sociale et légale ont souvent un impact avec des changements importants qui peuvent bénéficier d'un suivi ou d'un soutien par les pairs, les associations ou les professionnels. Sur les aspects médicaux, les premières mesures sont fréquemment la préservation de la fertilité, un blocage pubertaire ou la suppression des règles, car ces dernières aggravent la souffrance. D'autres éléments comme les techniques de dissimulation de la poitrine (*binding*) ou des testicules et du pénis (*tucking*), de féminisation ou de masculinisation de la voix, d'épilation ou de musculation peuvent également être discutés en consultation médicale afin de les intégrer dans les stratégies de santé. L'accompagnement des transitions chirurgicales devrait intégrer également le plan de santé (soutien psychologique, choix du timing et des chirurgiens, éléments logistiques en post-opératoire et suivi médical).

REGRETS

La peur que le patient exprime un jour des regrets par rapport aux traitements suivis est souvent présente chez les médecins et les parents. La littérature actuelle est rassurante avec des taux de regrets ou de détransition entre 0 et 3% selon les études.^{18,21} Les regrets étant généralement en lien avec le manque de soutien social après la transition ou avec de mauvais résultats chirurgicaux. Les facteurs protecteurs, prédictifs de satisfaction, sont une préparation et un soutien psychologique adéquats avant les traitements, un suivi régulier

TABLEAU 6 Différentes modalités de transition et d'affirmation de genre

Affirmation sociale	Coiffure, habillement, prénom, pronom, W-C	Réversible
Affirmation légale	Changement de prénom, de genre, à l'école, à l'état civil	Réversible
Blocage pubertaire	Analogue de la GnRH	Réversible
Traitement hormonal	Testostérone (AFAN) Estrogène (AMAN)	Partiellement réversible
Chirurgie	Chirurgie du torse Chirurgie des organes génitaux	Non réversible

AFAN: assigné féminin à la naissance; AMAN: assigné masculin à la naissance; GnRH: Gonadotropin Releasing Hormone - hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires.

TABLEAU 7 Ressources

Des ressources actualisées par thèmes sont disponibles sur le site de l'Université de Genève (UNIGE), Bioscope.

WPATH: World Professional Association for Transgender Health – Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres; LGBT: Lesbienne, Gay, Bisexuel·le, Transgenre.

Sélection des documents les plus utiles pour les professionnels:

www.unige.ch/ssi/ressources/pro/

- Des articles centrés sur les besoins des médecins de premier recours, des internistes généralistes, des pédiatres et des gynécologues
 - Les recommandations *les plus récentes* pour les enfants et les ados transgenres, et pour les adultes
 - Les recommandations du WPATH de 2012 qui restent des références mondiales
 - Un guide pour professionnels de santé afin d'aider les familles à soutenir les enfants LGBT et des documents pour les familles
 - Un guide pour accompagner les élèves trans à l'école qui fait la référence en Suisse romande
 - Des documents pour déconstruire les stéréotypes et explorer ces questions avec les enfants et ados, faciles à utiliser en consultation
 - Un document pour explorer les dimensions de l'identité sexuée (la licorne) avec les jeunes
 - Un manuel des droits des personnes LGBT par la Law Clinic de l'UNIGE
- À noter que ces documents n'ont pas encore intégré les changements de la CIM-11 par l'OMS en 2019



Des ressources pour les patients et les proches sont disponibles sur les sites suivants:

Bioscope: www.unige.ch/ssi/ressources/

Associations de soutien aux personnes transgenres et à leurs proches

- Agnodice: www.agnodice.ch
- Le Refuge Genève: www.refuge-geneve.ch
- Epicène: www.epicene.ch

Consultations médicales pour enfants et adolescents

- CHUV – Division interdisciplinaire de santé des adolescents (DISA), 021 314 37 60
- HUG – Unité santé jeunes, 022 372 33 87

lier par des professionnels formés, un soutien familial et social constant et, si la chirurgie est effectuée, des résultats chirurgicaux optimaux.^{18,21}

CONCLUSION

Les médecins de premier recours jouent un rôle central pour la santé des adolescents transgenres. La collaboration entre les différents professionnels de santé permet une prise en charge qui répond aux besoins individuels de chaque patient. Dans une approche trans-affirmative, les connaissances, des compétences de communication spécifiques et de décision médicale partagée, et l'accès aux soins et aux ressources participent à soutenir et développer la santé.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements: Les auteurs remercient tout particulièrement les personnes concernées et leurs proches pour leur contribution à cet article. Arnaud Merglen et Cindy Soroken remercient la Fondation privée des HUG qui soutient leur projet de développement du partenariat avec les adolescents transgenres et leurs proches.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Demander et utiliser le prénom et le genre préférés
- Accueillir, soutenir et accompagner l'adolescent à travers l'exploration de son genre ressenti, de son expression de genre, de ses émotions et des épreuves rencontrées
- Informer l'adolescent et les proches sur les transidentités et les possibilités de prise en charge
- Soutenir le système familial dans son ensemble quant aux impacts relationnels et émotionnels
- Aider le jeune et ses proches à accéder aux différents spécialistes et ressources
- Offrir un lieu de soins en sécurité et bienveillance pour les besoins de santé généraux et spécifiques

1 Saraswat A, Weinand JD, Safer JD. Evidence supporting the biologic nature of gender identity. *Endocr Pract* 2015;21:199-204.

2 American Psychiatric Association. DSM-5, Gender dysphoria [En ligne]. 2013. Disponible sur : www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf

3 World Health Organization. WHO/Europe brief – transgender health in the context of ICD-11 [En ligne]. 2019. Disponible sur : www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/who-europe-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11

4 Goodman M, Adams N, Cornell T, et al. Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: a narrative review. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2019;48:303-21.

5 Cheung AS, Ooi O, Leemaqz S, et al. 14 Sociodemographic and clinical characteristics of transgender adults in Australia. *Transgender Health* 2018;3:229-38.

6 Thorne N, Kam-Tuck Yip A, Bouman WP, Marshall E, Arcelus J. The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary – a

systematic review. *Int J Transgend* 2019;20:38-154.

7 Toomey RB, Syvertsen AK, Shramko M. Transgender Adolescent Suicide Behavior. *Pediatrics* 2018;142. PII: e20174218.

8 Safer JD, Coleman E, Feldman J, et al. Barriers to healthcare for transgender individuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2016;23:168-71.

9 Bailey LJ, Ellis S, McNeil J. Suicide risk in the UK trans population and the role of gender transition in decreasing suicidal ideation and suicide attempt. *Ment Health Rev* 2014;19:209-20.

10 American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol* 2015;70:832-64.

11 American Psychiatric Association. Gender-Affirming Therapy [En ligne]. 2017. Disponible sur : www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/gender-affirming-therapy

12 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Statement Responding to Efforts to Ban Evidence-Based Care for Transgender and Gender Diverse Youth [En ligne]. 2019. Disponible

sur : www.aacap.org/AACAP/Latest_News/AACAP_Statement_Responding_to_Efforts-to_ban_Evidence-Based_Care_for_Transgender_and_Gender_Diverse.aspx

13 *Cheung AS, Wynne K, Erasmus J, Murray S, Zajac JD. Position statement on the hormonal management of adult transgender and gender diverse individuals. *Med J Aust* 2019;211:127-33.

14 **Rafferty J, AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, AAP Committee on Adolescence, AAP Section 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:e20182162.

15 de Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, et al. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics* 2014;134:696-704.

16 Olson KR, Durwood L, DeMeules M, et al. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics* 2016;137:1-8.

17 Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, Travers R, Hammond R. Intervenable factors associated with suicide risk in transgen-

der persons. *BMC Public Health* 2015;15:525.

18 Cornell University – What we know. What does the scholarly research say about the effect of gender transition on transgender well-being? [En ligne]. 2018. Disponible sur : whatweknow.inequality.cornell.edu/topics/lgbt-equality/what-does-the-scholarly-research-say-about-the-well-being-of-transgender-people/

19 Turban JL, Beckwith N, Reisner SL, Keuroghlian AS. Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults. *JAMA Psychiatry* 2020;77:68-76.

20 Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MP, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012;344:e256.

21 Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med* 2018;15:582-90.

* à lire
** à lire absolutement