



Standards de soins pour la santé des personnes transgenres et de la diversité de genre, version 8

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W.P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., Nieder, T. O., Reisner, S. L., Richards, C., Schechter, L. S., Tangpricha, V., Tishelman, A. C., Van Trotsenburg, M. A. A., Winter, S., Ducheny, K., Adams, N. J., Adrián, T. M., Allen, L. R., Azul, D., Bagga, H., Başar, K., Bathory, D. S., Belinky, J. J., Berg, D. R., Berli, J. U., Bluebond-Langner, R. O., Bouman, M-B., Bowers, M. L., Brassard, P. J., Byrne, J., Capitán, L., Cargill, C. J., Carswell, J. M., Chang, S. C., Chelvakumar, G., Corneil, T., Dalke, K. B., De Cuypere, G., de Vries, E., Den Heijer, M., Devor, A. H., Dhejne, C., D'Marco, A., Edmiston, E. K., Edwards-Leeper, L., Ehrbar, R., Ehrensaft, D., Einfeld, J., Elaut, E., Erickson-Schroth, L., Feldman, J. L., Fisher, A. D., Garcia, M. M., Gijs, L., Green, S. E., Hall, B. P., Hardy, T. L. D., Irwig, M. S., Jacobs, L. A., Janssen, A. C., Johnson, K., Klink, D. T., Kreukels, B. P. C., Kuper, L. E., Kvach, E. J., Malouf, M. A., Massey, R., Mazur, T., McLachlan, C., Morrison, S. D., Mosser, S. W., Neira, P. M., Nygren, U., Oates, J. M., Obedin-Maliver, J., Pagkalos, G., Patton, J., Phanuphak, N., Rachlin, K., Reed, T.†, Rider, G. N., Ristori, J., Robbins-Cherry, S., Roberts, S. A., Rodriguez-Wallberg, K. A., Rosenthal, S. M., Sabir, K., Safer, J. D., Scheim, A. I., Seal, L. J., Sehoole, T. J., Spencer, K., St. Amand, C., Steensma, T. D., Strang, J. F., Taylor, G. B., Tilleman, K., T'Sjoen, G. G., Vala, L. N., Van Mello, N. M., Veale, J. F., Vencill, J. A., Vincent, B., Wesp, L. M., West, M. A. et Arcelus, J.

Pour citer cet article : Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W.P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., Nieder, T. O., Reisner, S. L., Richards, C., Schechter, L. S., Tangpricha, V., Tishelman, A. C., Van Trotsenburg, M. A. A., Winter, S., Ducheny, K., Adams, N. J., Adrián, T. M., Allen, L. R., Azul, D., Bagga, H., Başar, K., Bathory, D. S., Belinky, J. J., Berg, D. R., Berli, J. U., Bluebond-Langner, R. O., Bouman, M-B., Bowers, M. L., Brassard, P. J., Byrne, J., Capitán, L., Cargill, C. J., Carswell, J. M., Chang, S. C., Chelvakumar, G., Corneil, T., Dalke, K. B., De Cuypere, G., de Vries, E., Den Heijer, M., Devor, A. H., Dhejne, C., D'Marco, A., Edmiston, E. K., Edwards-Leeper, L., Ehrbar, R., Ehrensaft, D., Einfeld, J., Elaut, E., Erickson-Schroth, L., Feldman, J. L., Fisher, A. D., Garcia, M. M., Gijs, L., Green, S. E., Hall, B. P., Hardy, T. L. D., Irwig, M. S., Jacobs, L. A., Janssen, A. C., Johnson, K., Klink, D. T., Kreukels, B. P. C., Kuper, L. E., Kvach, E. J., Malouf, M. A., Massey, R., Mazur, T., McLachlan, C., Morrison, S. D., Mosser, S. W., Neira, P. M., Nygren, U., Oates, J. M., Obedin-Maliver, J., Pagkalos, G., Patton, J., Phanuphak, N., Rachlin, K., Reed, T.†, Rider, G. N., Ristori, J., Robbins-Cherry, S., Roberts, S. A., Rodriguez-Wallberg, K. A., Rosenthal, S. M., Sabir, K., Safer, J. D., Scheim, A. I., Seal, L. J., Sehoole, T. J., Spencer, K., St. Amand, C., Steensma, T. D., Strang, J. F., Taylor, G. B., Tilleman, K., T'Sjoen, G. G., Vala, L. N., Van Mello, N. M., Veale, J. F., Vencill, J. A., Vincent, B., Wesp, L. M., West, M. A. et Arcelus, J. (2022) Standards de soins pour la santé des personnes transgenres et de la diversité de genre, version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, S1-S259, DOI: [10.1080/26895269.2022.2100644](https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644)

Lien vers l'article : <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>



© 2022 Les auteurs. Publié sous licence par Taylor & Francis Group, LLC.



Publié en ligne : 15 septembre 2022



Soumettez votre article à ce journal



Visionnements de l'article : 77 931



Voir les articles connexes



Voir les données repères



Citation d'articles : 18 Voir les articles cités

Les modalités d'accès et d'utilisation complètes figurent, en anglais, à l'adresse suivante :
<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=wijt21>

Standards de soins pour la santé des personnes transgenres et de la diversité de genre, version 8

E. Coleman¹, A. E. Radix^{2,3}, W. P. Bouman^{4,5}, G. R. Brown^{6,7}, A. L. C. de Vries^{8,9}, M. B. Deutsch^{10,11}, R. Ettner^{12,13}, L. Fraser¹⁴, M. Goodman¹⁵, J. Green¹⁶, A. B. Hancock¹⁷, T. W. Johnson¹⁸, D. H. Karasic^{19,20}, G. A. Knudson^{21,22}, S. F. Leibowitz²³, H. F. L. Meyer-Bahlburg^{24,25}, S. J. Monstrey²⁶, J. Motmans^{27,28}, L. Nahata^{29,30}, T. O. Nieder³¹, S. L. Reinsner^{32,33}, C. Richards^{34,35}, L. S. Schechter³⁶, V. Tangpricha^{37,38}, A. C. Tishelman³⁹, M. A. A. Van Trotsenburg^{40,41}, S. Winter⁴², K. Ducheny⁴³, N. J. Adams^{44,45}, T. M. Adrián^{46,47}, L. R. Allen⁴⁸, D. Azul⁴⁹, H. Bagga^{50,51}, K. Başar⁵², D. S. Bathory⁵³, J. J. Belinky⁵⁴, D. R. Berg⁵⁵, J. U. Berli⁵⁶, R. O. Bluebond-Langner^{57,58}, M.-B. Bouman^{9,59}, M. L. Bowers^{60,61}, P. J. Brassard^{62,63}, J. Byrne⁶⁴, L. Capitán⁶⁵, C. J. Cargill⁶⁶, J. M. Carswell^{32,67}, S. C. Chang⁶⁸, G. Chelvakumar^{69,70}, T. Corneil⁷¹, K. B. Dalke^{72,73}, G. De Cuyper⁷⁴, E. de Vries^{75,76}, M. Den Heijer^{9,77}, A. H. Devor⁷⁸, C. Dhejner^{79,80}, A. D'Marco^{81,82}, E. K. Edmiston⁸³, L. Edwards-Leeper^{84,85}, R. Ehrbar^{86,87}, D. Ehrensaft¹⁹, J. Eisfeld⁸⁸, E. Elaut^{74,89}, L. Erickson-Schroth^{90,91}, J. L. Feldman⁹², A. D. Fisher⁹³, M. M. Garcia^{94,95}, L. Gijs⁹⁶, S. E. Green⁹⁷, B. P. Hall^{98,99}, T. L. D. Hardy^{100,101}, M. S. Irwig^{32,102}, L. A. Jacobs¹⁰³, A. C. Janssen^{23,104}, K. Johnson^{105,106}, D. T. Klink^{107,108}, B. P. C. Kreukels^{9,109}, L. E. Kuper^{110,111}, E. J. Kvach^{112,113}, M. A. Malouf¹¹⁴, R. Massey^{115,116}, T. Mazur^{117,118}, C. McLachlan^{119,120}, S. D. Morrison^{121,122}, S. W. Mosser^{123,124}, P. M. Neira^{125,126}, U. Nygren^{127,128}, J. M. Oates^{129,130}, J. Obedin-Maliver^{131,132}, G. Pagkalos^{133,134}, J. Patton^{135,136}, N. Phanuphak¹³⁷, K. Rachlin¹⁰³, T. Reed^{138†}, G. N. Rider⁵⁵, J. Ristori⁹³, S. Robbins-Cherry⁴, S. A. Roberts^{32,139}, K. A. Rodriguez-Wallberg^{140,141}, S. M. Rosenthal^{142,143}, K. Sabir¹⁴⁴, J. D. Safer^{60,145}, A. I. Scheim^{146,147}, L. J. Seal^{35,148}, T. J. Sehoole¹⁴⁹, K. Spencer⁵⁵, C. St. Amand^{150,151}, T. D. Steensma^{9,109}, J. F. Strang^{152,153}, G. B. Taylor¹⁵⁴, K. Tilleman¹⁵⁵, G. G. T'Sjoen^{74,156}, L. N. Vala¹⁵⁷, N. M. Van Mello^{9,158}, J. F. Veale¹⁵⁹, J. A. Vencill^{160,161}, B. Vincent¹⁶², L. M. Wesp^{163,164}, M. A. West^{165,166} et J. Arcelus^{5,167}

¹Institute for sexual and gender Health, Département de médecine familiale et de santé communautaire, École de médecine de l'Université du Minnesota, Minneapolis, MN, États-Unis; ²Callen-Lorde Community Health Center, New York, NY, États-Unis; ³Département de médecine, NYU Grossman School of Medicine, New York, NY, États-Unis; ⁴Nottingham Centre for Transgender Health, Nottingham, Royaume-Uni; ⁵École de médecine, Université de Nottingham, Nottingham, Royaume-Uni; ⁶James H. Quillen College of Medicine, East Tennessee State University, Johnson City, Tennessee, États-Unis; ⁷James H. Quillen VaMC, Johnson City, TN, États-Unis; ⁸Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas; ⁹Centre d'expertise sur la dysphorie de genre, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas; ¹⁰Département de médecine familiale et communautaire, Université de la Californie-San Francisco, San Francisco, CA, États-Unis; ¹¹UCSF Gender Affirming Health Program, San Francisco, CA, États-Unis; ¹²New Health Foundation Worldwide, Evanston, IL, États-Unis; ¹³Weiss Memorial Hospital, Chicago, IL, États-Unis; ¹⁴Cabinet indépendant, San Francisco, CA, États-Unis; ¹⁵Emory University Rollins School of Public Health, Atlanta, GA, États-Unis; ¹⁶Chercheur indépendant, Vancouver, WA, États-Unis; ¹⁷Université George Washington, Washington, DC, États-Unis; ¹⁸Département d'anthropologie, Université California State, Chico, CA, États-Unis; ¹⁹Université de Californie-San Francisco, San Francisco, CA, États-Unis; ²⁰Cabinet indépendant à dankarasic.com; ²¹Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Canada; ²²Vancouver Coastal Health, Vancouver, Canada; ²³Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago, Chicago, IL, États-Unis; ²⁴Institut psychiatrique de l'État de New York, New York, NY, États-Unis; ²⁵Département de psychiatrie, Université Columbia, New York, NY, États-Unis; ²⁶Hôpital universitaire de Gand, Gand, Belgique; ²⁷Transgender Infopunt, Hôpital universitaire de Gand, Gand, Belgique; ²⁸Centre de recherche sur la culture et le genre, Université de Gand, Gand, Belgique; ²⁹Département de pédiatrie, Faculté de médecine de l'Université Ohio State, Columbus, OH, États-Unis; ³⁰Endocrinology and Center for Biobehavioral Health, The Abigail Wexner Research Institute at Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, États-Unis; ³¹Centre hospitalier universitaire de Hambourg-Eppendorf, Centre interdisciplinaire de soins transgenres de Hambourg, Institut de recherche sur le sexe, Médecine sexuelle et de psychiatrie légale, Hambourg, Allemagne; ³²École de médecine de Harvard, Boston, MA, États-Unis; ³³Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston, MA, États-Unis; ³⁴Regent University, Londres, Royaume-Uni; ³⁵Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, Londres, Royaume-Uni; ³⁶Rush University Medical Center, Chicago, IL, États-Unis; ³⁷Division d'endocrinologie, du métabolisme et des lipides, Département de médecine, Emory University Medical School, Atlanta, GA, États-Unis; ³⁸Atlanta VA Medical Center, Decatur, GA, États-Unis; ³⁹Boston College, Département de psychologie et de neurosciences, Chestnut Hill, MA, États-Unis; ⁴⁰Bureau genderPRO, Vienne, Autriche; ⁴¹Hôpital universitaire Lilienfeld-st. Pölten, St. Pölten, Autriche; ⁴²School of Population Health, Curtin University, Perth, WA, Australie; ⁴³Howard Brown Health, Chicago, IL, États-Unis; ⁴⁴Université de Toronto, Institut d'études pédagogiques de l'Ontario, Toronto, Canada; ⁴⁵Transgender Professional Association for Transgender Health (TPATH); ⁴⁶Asamblea Nacional de Venezuela, Caracas, Venezuela; ⁴⁷Diverlex Diversidad e Igualdad a Través de la Ley, Caracas, Venezuela; ⁴⁸Université du Nevada, Las Vegas, NV, États-Unis; ⁴⁹La Trobe Rural Health School, La Trobe University, Bendigo, Australie; ⁵⁰Monash Health Gender Clinic, Melbourne, Victoria, Australie; ⁵¹Monash University, Melbourne, Victoria, Australie; ⁵²Département de psychiatrie, Université Hacettepe, Ankara, Turquie; ⁵³Cabinet indépendant à Bathory International PLLC, Winston-Salem, Caroline du Nord, États-Unis; ⁵⁴Hôpital Durand, Clinique Guemes et Centre urologique, Buenos Aires, Argentine; ⁵⁵National Center for Gender Spectrum Health, Institute for Sexual and Gender Health, Département de médecine familiale et de santé communautaire, Université du Minnesota, Minneapolis, MN, États-Unis; ⁵⁶Oregon Health & Science University, Portland, OR, États-Unis; ⁵⁷NYU Langone Health, New York, NY, États-Unis; ⁵⁸Hansjörg Wyss Department of Plastic Surgery, New York, NY, États-Unis; ⁵⁹Département de chirurgie plastique, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas; ⁶⁰École de médecine Icahn de Mount Sinai, New York, NY, États-Unis; ⁶¹Mills-Peninsula Medical Center, Burlingame, CA, États-Unis; ⁶²GrS Montreal, Complexe CMC, Montréal, Québec, Canada; ⁶³Université de Montréal, Québec, Canada;

⁶⁴Université de Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri, Nouvelle-Zélande/Aotearoa; ⁶⁵The Facialteam Group, Hôpital international de Marbella, Marbella, Espagne; ⁶⁶Chercheur indépendant; ⁶⁷Hôpital pour enfants de Boston, Boston, MA, États-Unis; ⁶⁸Cabinet indépendant, Oakland, CA, États-Unis; ⁶⁹Nationwide Children's Hospital, Columbus, OH, États-Unis; ⁷⁰Université Ohio State, Collège de médecine, Columbus, OH, États-Unis; ⁷¹École de santé publique et des populations, Université de Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B., Canada; ⁷²Penn State Health, PA, États-Unis; ⁷³Penn State College of Medicine, Hershey, PA, États-Unis; ⁷⁴Center for Sexology and Gender, Hôpital universitaire de Gand, Gand, Belgique; ⁷⁵Université Nelson Mandela, Gqeberha, Afrique du Sud; ⁷⁶Université de Cape Town, Cape Town, Afrique du Sud; ⁷⁷Département d'endocrinologie, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas; ⁷⁸Université de Victoria, Victoria, C.-B., Canada; ⁷⁹ANOVA, Hôpital universitaire Karolinska, Stockholm, Suède; ⁸⁰Département de médecine Huddinge, Karolinska Institutet, Stockholm, Suède; ⁸¹UCTRANS-United Caribbean Trans Network, Nassau, Bahamas; ⁸²D M A R C O Organization, Nassau, Bahamas; ⁸³École de médecine de l'Université de Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvanie, États-Unis; ⁸⁴Pacific University, Hillsboro, OR, États-Unis; ⁸⁵Cabinet indépendant, Beaverton, OR, États-Unis; ⁸⁶Whitman Walker Health, Washington, DC, États-Unis; ⁸⁷Cabinet indépendant, Maryland, États-Unis; ⁸⁸Transvisie, Utrecht, Pays-Bas; ⁸⁹Département d'expérimentation clinique et de psychologie, Université de Gand, Gand, Belgique; ⁹⁰The Jed Foundation, New York, NY, États-Unis; ⁹¹Hetrick-Martin Institute, New York, NY, États-Unis; ⁹²Institute for Sexual and Gender Health, Département de médecine familiale et de santé communautaire, École de médecine de l'Université du Minnesota, Minneapolis, MN, États-Unis; ⁹³Andrology, Women Endocrinology and Gender Incongruence, Hôpital universitaire Careggi, Florence, Italie; ⁹⁴Département d'urologie, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, États-Unis; ⁹⁵Département d'urologie et d'anatomie, Université de Californie-San Francisco, San Francisco, CA, États-Unis; ⁹⁶Institut d'études de la famille et de la sexualité, Département des neurosciences, KU Leuven, Leuven, Belgique; ⁹⁷Mermaids, Londres/Leeds, Royaume-Uni; ⁹⁸Centre médical de l'Université Duke, Durham, NC, États-Unis; ⁹⁹Duke Adult Gender Medicine Clinic, Durham, NC, États-Unis; ¹⁰⁰Alberta Health services, Edmonton, Alberta, Canada; ¹⁰¹Université MacEwan, Edmonton, Alberta, Canada; ¹⁰²Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, États-Unis; ¹⁰³Cabinet indépendant, New York, NY, États-Unis; ¹⁰⁴École de médecine Northwestern Feinberg, Chicago, IL, États-Unis; ¹⁰⁵RMIT University, Melbourne, Australie; ¹⁰⁶Université de Brighton, Brighton, Royaume-Uni; ¹⁰⁷Département de pédiatrie, Division d'endocrinologie pédiatrique, Hôpital universitaire de Gand, Gand, Belgique; ¹⁰⁸Division d'endocrinologie pédiatrique et de diabète, Hôpital pour enfants ZNA Queen Paola, Anvers, Belgique; ¹⁰⁹Département de psychologie médicale, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas; ¹¹⁰Département de psychiatrie, Southwestern Medical Center, Université du Texas, Dallas, TX, États-Unis; ¹¹¹Département d'endocrinologie, Children's Health, Dallas, TX, États-Unis; ¹¹²Denver Health, Denver, CO, États-Unis; ¹¹³École de médecine de l'Université du Colorado, Aurora, CO, États-Unis; ¹¹⁴Malouf Counseling and Consulting, Baltimore, MD, États-Unis; ¹¹⁵WPATH Global Education Institute; ¹¹⁶Département de psychiatrie et de sciences du comportement, École de médecine de l'Université Emory, Atlanta, GA, États-Unis; ¹¹⁷École de médecine et de sciences biomédicales Jacobs, Université de Buffalo, Buffalo, NY, États-Unis; ¹¹⁸Hôpital pour enfants John R. Oishei, Buffalo, NY, États-Unis; ¹¹⁹Association professionnelle pour la santé transgenre, Afrique du Sud; ¹²⁰Gender Dynamix, Cape Town, Afrique du Sud; ¹²¹Division de chirurgie plastique, Hôpital pour enfants de Seattle, Seattle, WA, États-Unis; ¹²²Division de chirurgie plastique, Département de chirurgie, Centre médical de l'Université de Washington, Seattle, WA, États-Unis; ¹²³Gender Confirmation Center, San Francisco, CA, États-Unis; ¹²⁴Saint Francis Memorial Hospital, San Francisco, CA, États-Unis; ¹²⁵Centre Johns Hopkins pour la santé transgenre, Baltimore, MD, États-Unis; ¹²⁶Johns Hopkins Medicine Office of Diversity, Inclusion and Health Equity, Baltimore, MD, États-Unis; ¹²⁷Division de l'orthophonie, Département des sciences cliniques, de l'intervention et de la technologie, Karolinska Institutet, Stockholm, Suède; ¹²⁸Speech and Language Pathology, Medical Unit, Hôpital universitaire de Karolinska, Stockholm, Suède; ¹²⁹La Trobe University, Melbourne, Australie; ¹³⁰Centre d'analyse de la voix de Melbourne, East Melbourne, Australie; ¹³¹École de médecine de l'Université Stanford, Département d'obstétrique et de gynécologie, Palo Alto, CA, États-Unis; ¹³²Département d'épidémiologie et de santé des populations, Stanford, CA, États-Unis; ¹³³Cabinet indépendant à Salonique, Grèce; ¹³⁴Centre de santé mentale de la communauté militaire, 424 General Military Training Hospital, Thessalonique, Grèce; ¹³⁵Talkspace, New York, NY, États-Unis; ¹³⁶CytiPsychological LLC, San Diego, CA, États-Unis; ¹³⁷Institut de recherche et d'innovation sur le VIH, Bangkok, Thaïlande; ¹³⁸Société de recherche et d'éducation sur l'identité de genre, Leatherhead, Royaume-Uni; ¹³⁹Division d'endocrinologie, Boston's Children's Hospital, Boston, MA, États-Unis; ¹⁴⁰Division de médecine reproductive, Hôpital universitaire Karolinska, Stockholm, Suède; ¹⁴¹Département d'oncologie-pathologie, Institut Karolinska, Stockholm, Suède; ¹⁴²Division d'endocrinologie pédiatrique, UCSF, San Francisco, CA, États-Unis; ¹⁴³UCSF Child and Adolescent Gender Center; ¹⁴⁴FtM Phoenix Group, Krasnodar Krai, Russie; ¹⁴⁵Mount Sinai Center for Transgender Medicine and Surgery, New York, NY, États-Unis; ¹⁴⁶Épidémiologie et biostatistiques, Dornsife School of Public Health, Université Drexel, Philadelphie, PA, États-Unis; ¹⁴⁷Épidémiologie et biostatistiques, Schulich School of Medicine and Dentistry, Université Western, Ontario, Canada; ¹⁴⁸St George's University Hospitals NHS Foundation Trust, Londres, Royaume-Uni; ¹⁴⁹Irantzi, Johannesburg, Afrique du Sud; ¹⁵⁰Université de Houston, Houston, Texas, États-Unis; ¹⁵¹Clinique Mayo, Rochester, MN, États-Unis; ¹⁵²Children's National Hospital, Washington, DC, États-Unis; ¹⁵³École de médecine de l'Université George Washington, Washington, DC, États-Unis; ¹⁵⁴Département d'obstétrique et de gynécologie d'Atrium Health, Division de la médecine pelvienne féminine et de chirurgie reconstructive, Charlotte, NC, États-Unis; ¹⁵⁵Département de médecine de la reproduction, Hôpital universitaire de Gand, Gand, Belgique; ¹⁵⁶Département d'endocrinologie, Hôpital universitaire de Gand, Gand, Belgique; ¹⁵⁷Cabinet indépendant, Campbell, CA, États-Unis; ¹⁵⁸Département d'obstétrique et de gynécologie, Amsterdam UMC Location Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas; ¹⁵⁹École de psychologie, Université de Waikato/Te Whare Wānanga o Waikato, Hamilton/Kirikiri, Nouvelle-Zélande/Aotearoa; ¹⁶⁰Département de psychiatrie et de psychologie, Mayo Clinic, Rochester, MN, États-Unis; ¹⁶¹Division de médecine interne générale, Clinique Mayo, Rochester, MN, États-Unis; ¹⁶²Trans Learning Partnership à l'adresse <https://spectra-london.org.uk/trans-learning-partnership>, Royaume-Uni; ¹⁶³College of Nursing, Université du Wisconsin, Milwaukee, WI, États-Unis; ¹⁶⁴Health Connections Inc., Glendale, WI, États-Unis; ¹⁶⁵North Memorial Health Hospital, Robbinsdale, MN, États-Unis; ¹⁶⁶Université du Minnesota, Minneapolis, MN, États-Unis; ¹⁶⁷Institut de recherche biomédicale de Bellvitge (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelone, Espagne.

PERSONNE-RESSOURCE D' Eli Coleman, Ph. D., Institute for Sexual and Gender Health, Département de médecine familiale et de santé communautaire, École de médecine de l'Université du Minnesota, Minneapolis, MN, États-Unis
†décédé.

© 2022 Les auteurs. Publié sous licence par Taylor & Francis Group, LLC.

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes du permis Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), qui autorise la réutilisation, la distribution et la reproduction à des fins non commerciales sur tout support, à condition que l'œuvre originale soit dûment citée et qu'elle ne soit pas modifiée, transformée ou exploitée de quelque manière que ce soit.



RÉSUMÉ^{1,2}

Contexte : Les soins de santé pour les personnes transgenres sont un domaine interdisciplinaire qui évolue rapidement. Au cours de la dernière décennie, on a assisté à une augmentation sans précédent du nombre de personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG) à la recherche d'un soutien et d'un traitement médical d'affirmation de genre, parallèlement à une augmentation importante de la littérature scientifique dans ce domaine. L'Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre (WPATH) est une association professionnelle internationale et multidisciplinaire dont la mission consiste à favoriser les soins fondés sur les preuves, l'éducation, la recherche, les politiques publiques et le respect dans le domaine de la santé transgenre. L'une des principales fonctions de la WPATH est d'établir des Standards de soin (SDS) se basant sur les évidences scientifiques et empiriques répondant aux normes de rigueur les plus élevées. Les SDS ont été initialement élaborés en 1979, et la dernière version (SDS-7) a été publiée en 2012. Au vu de l'augmentation des données probantes, la WPATH a commandé une nouvelle version des Standards de soins, les SDS-8.

Objectif : L'objectif global des SDS-8 est de fournir aux professionnels de la santé travaillant avec les personnes TDG des recommandations cliniques basées sur les preuves. Ceci afin de favoriser chez les personnes TDG un accès à des voies sûres et efficaces dans le but d'atteindre un confort personnel durable avec leur genre, afin d'optimiser leur santé physique globale, leur bien-être psychologique et leur épanouissement personnel.

Méthodologie : Les SDS-8 sont fondés sur les meilleures données scientifiques disponibles et sur un consensus professionnel d'experts dans le domaine de la santé transgenre. Des professionnels et des acteurs internationaux ont été sélectionnés pour siéger au comité des SDS-8. Les recommandations ont été élaborées sur la base de données provenant de revues de littérature systématiques indépendantes, lorsque celles-ci étaient disponibles, d'analyses de fond et d'avis d'experts. Les recommandations ont été graduées en fonction des données probantes disponibles à l'appui des interventions, d'une discussion sur les risques et les torts, ainsi que de la faisabilité et de l'acceptabilité dans différents contextes et pays.

Résultats : Au total, 18 chapitres ont été rédigés dans le cadre des SDS-8. Ils contiennent des recommandations à l'intention des professionnels de la santé qui dispensent des soins et des traitements aux personnes TDG. Chacune des recommandations est suivie d'un texte explicatif et de références pertinentes. Les chapitres Terminologie, Applicabilité mondiale, Estimations démographiques et Éducation traitent des aspects généraux liés à la santé transgenre. Les chapitres élaborés pour la population diversifiée des personnes TDG comprennent l'évaluation des adultes, des adolescent(e)s, des enfants, des personnes non-binaires, des eunuques et des personnes intersexes, ainsi que des personnes vivant en milieu institutionnel. Enfin, les chapitres relatifs au traitement d'affirmation de genre sont les suivants : hormonothérapie, chirurgie et soins postopératoires, voix et communication, soins primaires, santé reproductive, santé sexuelle et santé mentale.

Conclusions : Les lignes directrices des SDS-8 sont conçues pour être flexibles et s'adapter aux besoins divers en matière de soins de santé des personnes TDG dans le monde. Bien qu'adaptables, elles offrent des normes pour favoriser des soins de santé optimaux et des conseils pour le traitement des personnes en situation d'incongruence de genre. Comme dans toutes les versions précédentes des SDS, les critères énoncés dans le présent document pour les interventions médicales d'affirmation de genre sont des lignes directrices cliniques; les professionnels et les programmes de soins de santé peuvent les modifier de concert avec la personne TDG.

MOTS-CLÉS

adolescents; évaluation; enfants; communication; éducation; endocrinologie; eunuque; diversité de genre; professionnel de la santé; milieux institutionnels; intersexe; santé mentale; non-binaire; population; soins postopératoires; soins primaires; santé reproductive; santé sexuelle; SDS-8; Standards de soins; chirurgie; terminologie; transgenre; voix

Notes de l'équipe de spécialistes du contenu :

¹ L'objectif premier du comité de révision était de s'assurer que la traduction tienne compte des importantes nuances qui se trouvent dans la version originale des SDS-8. Il s'agissait ensuite de s'assurer que les termes utilisés pour désigner les réalités trans, non-binaires et de la diversité de genre se rapprochent le plus possible de ce qui se trouve dans le langage courant.

² Les SDS-8 ont été traduits de manière conventionnelle, c'est-à-dire, sans égard au langage épique ou neutre. Le comité de révision a tenté malgré tout d'insérer à certains endroits des formules neutres tout en tenant compte de la nécessité de ne pas alourdir le texte et de risquer de faire obstacle à la lecture et la compréhension du document.

Table des matières

INTRODUCTION	5
CHAPITRE 1 · Terminologie	12
CHAPITRE 2 · Applicabilité mondiale	16
CHAPITRE 3 · Estimations démographiques	26
CHAPITRE 4 · Éducation	31
CHAPITRE 5 · Évaluation des adultes	35
CHAPITRE 6 · Adolescent(e)s	50
CHAPITRE 7 · Enfants	78
CHAPITRE 8 · Personnes non-binaires	93
CHAPITRE 9 · Les eunuques	102
CHAPITRE 10 · Personnes intersexes	108
CHAPITRE 11 · Milieux institutionnels	121
CHAPITRE 12 · Hormonothérapie	128
CHAPITRE 13 · Chirurgie et soins postopératoires	148
CHAPITRE 14 · Voix et communication	159
CHAPITRE 15 · Soins primaires	166
CHAPITRE 16 · Santé reproductive	181
CHAPITRE 17 · Santé sexuelle	189
CHAPITRE 18 · Santé mentale	198
Remerciements	205
Bibliographie	206
Annexe A · MÉTHODOLOGIE	301
Annexe B · GLOSSAIRE	309
Annexe C · HORMONOTHÉRAPIE D’AFFIRMATION DE GENRE	312
Annexe D · SOMMAIRE DES CRITÈRES POUR LES TRAITEMENTS HORMONAUX ET CHIRURGICAUX CHEZ L’ADULTE ET L’ADOLESCENT(E)	315
Annexe E · INTERVENTIONS CHIRURGICALES D’AFFIRMATION DE GENRE	318

INTRODUCTION

Objectif et utilisation des Standards de soins

L'objectif général de la huitième édition des Standards de soins (SDS-8) de l'Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre (WPATH) consiste à fournir des conseils cliniques aux professionnels de la santé afin d'aider les personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG) à accéder à des voies sûres et efficaces pour atteindre un confort personnel durable avec leur genre, dans le but d'optimiser leur santé physique générale, leur bien-être psychologique et leur épanouissement personnel. Cette aide peut comprendre, sans s'y limiter, les traitements hormonaux et chirurgicaux, la thérapie par la voix et la communication, les soins primaires, l'épilation, la santé reproductive et sexuelle et les soins de santé mentale. Les systèmes de santé devraient fournir aux personnes TDG les soins de santé d'affirmation de genre médicalement nécessaires: voir le chapitre 2 – Applicabilité mondiale, énoncé 2.1.

La WPATH est une association professionnelle internationale et multidisciplinaire dont la mission consiste à favoriser les soins, l'éducation, la recherche, les politiques publiques et le respect dans le domaine de la santé transgenre, sur la base de données probantes. Fondée en 1979, l'organisation compte actuellement plus de 3 000 professionnels de la santé, spécialistes des sciences sociales et juristes, tous engagés dans la pratique clinique, la recherche, l'éducation et la défense des intérêts qui touchent la vie des personnes TDG. La WPATH envisage un monde dans lequel les personnes de toutes les identités et expressions de genre ont accès à des soins de santé fondés sur des données probantes, à des services sociaux, à la justice et à l'égalité.

L'une des principales fonctions de la WPATH est de recommander les normes les plus élevées en matière de soins de santé au moyen des Standards de soins pour la santé des personnes TDG. Les SDS-8 sont fondés sur les meilleures données scientifiques disponibles et sur un consensus professionnel d'experts. Les SDS ont été initialement élaborés en 1979, et la dernière version a été publiée en 2012.

La plupart des recherches et des expériences dans ce domaine proviennent d'une perspective de l'Amérique du Nord et d'Europe occidentale; il est donc nécessaire d'adapter les SDS-8 à d'autres parties du monde. Des

suggestions d'approches de la relativité et de la compétence culturelles sont incluses dans cette version des SDS.

La WPATH reconnaît que la santé ne dépend pas seulement de soins cliniques de grande qualité, mais aussi de climats sociaux et politiques qui garantissent la tolérance sociale, l'égalité et les pleins droits de la citoyenneté. La santé est favorisée par des politiques publiques et des réformes juridiques qui encouragent la tolérance et l'équité envers la diversité des genres et qui éliminent les préjugés, la discrimination et la stigmatisation. La WPATH est déterminée à défendre ces changements politiques et juridiques. Ainsi, les professionnels de la santé qui prodiguent des soins aux personnes TDG sont appelés à plaider en faveur d'un meilleur accès à des soins sûrs et agréés d'affirmation de genre, tout en respectant l'autonomie des personnes.

Bien qu'il s'agisse avant tout d'un document destiné aux professionnels de la santé, des personnes, leurs familles et les institutions sociales peuvent également utiliser les SDS-8 pour comprendre comment ils peuvent contribuer à une santé optimale pour les membres de cette population diversifiée.

Les SDS-8 comportent 18 chapitres contenant des recommandations à l'intention des professionnels de la santé travaillant auprès des personnes TDG. Chacune des recommandations est suivie d'un texte explicatif et de références pertinentes. Les recommandations relatives à l'initiation de traitements médicaux et/ou chirurgicaux d'affirmation de genre pour les adultes et les adolescent(e)s figurent dans leurs chapitres respectifs (voir les chapitres consacrés à l'évaluation des adultes et aux adolescent(e)s). Un résumé des recommandations et des critères pour les traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre figure à l'[annexe D](#).

Populations incluses dans les SDS-8

Dans le présent document, nous utilisons l'expression « transgenre et de la diversité de genre (TDG) » pour être aussi larges et englobants que possible dans la description des membres des nombreuses et diverses communautés qui existent dans le monde entier et qui sont composées de personnes dont l'identité ou l'expression de genre diffère du genre socialement attribué au sexe qui leur a été assigné à la naissance.

Cela comprend les personnes qui ont des expériences, des identités ou des expressions propres à leur culture et/ou à leur langue, qui peuvent ou non être basées sur les conceptualisations occidentales du genre ou le langage utilisé pour le décrire ou englobées par ceux-ci.

Les SDS-8 de la WPATH élargissent la liste des personnes incluses dans le cadre TDG, ainsi que les contextes dans lesquels ces lignes directrices devraient être appliquées pour favoriser l'équité et les droits de la personne.

Globalement, les personnes TDG présentent un large éventail d'identités et d'expressions de genre et ont des besoins différents en matière de soins qui respectent le genre tout au long de leur vie, en fonction de leurs objectifs et caractéristiques individuels, des ressources de santé disponibles et des contextes socioculturels et politiques. En l'absence de standards de soins pour certains groupes, ce vide peut entraîner une multiplication des approches thérapeutiques, y compris celles qui peuvent être contre-productives ou nuisibles. Les SDS-8 comprennent des recommandations visant à favoriser la santé et le bien-être des groupes de la diversité de genre qui ont souvent été négligés ou marginalisés, notamment les personnes non-binaires, les eunuques et les personnes intersexes.

Les SDS-8 continuent de décrire les soins appropriés pour les jeunes TDG, ce qui comprend, lorsqu'ils sont indiqués, le recours à la suppression de la puberté et à des hormones d'affirmation de genre.

Dans le monde entier, les personnes TDG sont souvent victimes de transphobie, de stigmatisation, d'ignorance et de refus de soins lorsqu'elles demandent des services de santé, ce qui contribue à d'importantes disparités en matière de santé. Les personnes TDG déclarent souvent devoir apprendre à leurs professionnels de soins médicaux comment s'occuper d'elles en raison du manque de connaissances et de formation de ces derniers. Les formes intersectionnelles de discrimination, de marginalisation sociale et de crimes haineux à l'encontre des personnes TDG entraînent un stress minoritaire. Ce stress est associé à des disparités en matière de santé mentale, illustrées par des taux de dépression, de suicidalité et d'automutilation non suicidaire plus élevés que dans les populations cisgenres. Les professionnels de toutes les disciplines doivent tenir compte de la vulnérabilité marquée de nombreuses personnes TDG. La WPATH

demande instamment aux autorités sanitaires, aux décideurs et aux sociétés médicales de décourager et de combattre la transphobie parmi les professionnels de la santé et de veiller à ce que tout soit mis en œuvre pour orienter les personnes TDG vers des professionnels ayant l'expérience et la capacité de fournir des soins d'affirmation de genre.

Flexibilité des SDS

Les lignes directrices des SDS-8 sont conçues pour être flexibles afin de répondre aux divers besoins en matière de soins de santé des personnes TDG dans le monde. Bien qu'adaptables, elles offrent des normes pour favoriser des soins de santé optimaux et pour guider le traitement des personnes qui vivent des expériences liées à l'incongruence de genre. Comme dans toutes les versions précédentes des SDS, les critères énoncés dans ce document pour les interventions d'affirmation de genre sont des lignes directrices cliniques; les professionnels de la santé et les programmes de soins de santé individuels peuvent les modifier en consultation avec la personne TDG. Les écarts cliniques par rapport aux SDS peuvent être dus à la situation anatomique, sociale ou psychologique particulière d'un patient, à l'évolution de la méthode d'un professionnel de la santé expérimenté pour gérer une situation courante, à un protocole de recherche, au manque de ressources dans diverses régions du monde ou à la nécessité d'adopter des stratégies précises de réduction des risques. Ces écarts doivent être reconnus comme tels, expliqués au patient et consignés pour assurer la qualité des soins et la protection juridique. Cette consignation est également précieuse pour l'accumulation de nouvelles données, qui peuvent être examinées rétrospectivement afin de permettre l'évolution des soins de santé et des SDS.

Les SDS-8 soutiennent le rôle de la prise de décision éclairée et la valeur des approches de réduction des risques. En outre, la présente version des SDS reconnaît et valide diverses expressions de genre qui peuvent ne pas nécessiter de traitements psychologiques, hormonaux ou chirurgicaux. Les professionnels de la santé peuvent utiliser les SDS pour aider les patients à envisager l'ensemble des services de santé qui leur sont offerts en fonction de leurs besoins cliniques en matière d'expression de genre.

Diversité ou diagnostic

L'expression de caractéristiques de genre, comme les identités, qui ne sont pas, de façon stéréotypique, associées au sexe assigné à la naissance d'une personne, est un phénomène humain courant et culturellement divers qui ne devrait pas être perçu comme étant négatif ou pathologique en soi. Malheureusement, la non-conformité et la diversité de l'identité et de l'expression de genre sont stigmatisées dans de nombreuses sociétés dans le monde. Cette stigmatisation peut conduire à des préjugés et à de la discrimination, ce qui se traduit par un stress minoritaire. Ce stress est unique (il s'ajoute aux facteurs de stress généraux subis par l'ensemble de la population), d'origine sociale et chronique, et peut rendre les personnes TDG plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale tels que l'anxiété et la dépression. En plus des préjugés et de la discrimination dans la société en général, la stigmatisation peut contribuer aux agressions et à la négligence dans les relations interpersonnelles, ce qui peut entraîner une détresse psychologique. Toutefois, ces symptômes sont induits par la société et ne sont pas inhérents au fait d'être TDG.

Si la dysphorie de genre est toujours considérée comme un trouble mental dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR) de l'American Psychiatric Association, elle n'est plus considérée comme une pathologie ou un trouble mental dans la communauté mondiale de la santé. L'incongruence de genre est reconnue comme une condition dans la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 11^e version (CIM-11), de l'Organisation mondiale de la Santé. En raison de la stigmatisation historique et actuelle, les personnes TDG peuvent éprouver une détresse ou une dysphorie qui peuvent être traitées par diverses options de traitement d'affirmation de genre. Bien que la nomenclature soit sujette à des changements et que de nouvelles terminologies et classifications puissent être adoptées par divers organismes de santé ou organes administratifs, la nécessité médicale du traitement et des soins est clairement reconnue pour les nombreuses personnes qui vivent une dissonance entre le sexe qui leur a été assigné à la naissance et leur identité de genre.

Toutes les sociétés, tous les pays et tous les systèmes de santé n'exigent pas un diagnostic pour le traitement. Toutefois, dans certains pays, ces diagnostics peuvent faciliter l'accès aux soins de santé médicalement nécessaires et orienter la recherche de traitements efficaces.

Services de santé

L'objectif des soins d'affirmation de genre est de collaborer avec les personnes TDG pour répondre de manière holistique à leurs besoins de santé sociale, mentale et médicale et à leur bien-être, tout en affirmant leur identité de genre de manière respectueuse. Les soins d'affirmation de genre soutiennent les personnes TDG tout au long de leur vie, depuis les premiers signes d'incongruence de genre dans l'enfance, puis à l'âge adulte et à un âge avancé, ainsi que les personnes qui ont des inquiétudes et des incertitudes quant à leur identité de genre, que ce soit avant ou après la transition.

Les soins de santé transgenres sont plus importants que la somme de leurs parties et impliquent des soins holistiques inter- et multidisciplinaires entre l'endocrinologie, la chirurgie, la voix et la communication, les soins primaires, la santé reproductive, la santé sexuelle et la santé mentale pour soutenir les interventions d'affirmation de genre ainsi que les soins préventifs et la gestion des maladies chroniques. Les interventions d'affirmation de genre comprennent notamment la suppression de la puberté, l'hormonothérapie et les chirurgies d'affirmation de genre. Il convient de souligner qu'il n'existe pas d'approche unique et que les personnes TDG peuvent avoir besoin de toutes, de certaines ou d'aucune de ces interventions pour soutenir leur affirmation de genre. Les lignes directrices encouragent l'utilisation d'un modèle de soins centré sur le patient pour l'initiation d'interventions d'affirmation de genre et viennent mettre à jour de nombreuses exigences antérieures afin de réduire les obstacles aux soins.

Idéalement, la communication et la coordination des soins devraient avoir lieu entre les professionnels afin d'optimiser les résultats et le calendrier des interventions d'affirmation de genre en fonction des besoins et des désirs du patient et de minimiser les dommages. Dans les milieux disposant de ressources suffisantes, la consultation pluridisciplinaire et la coor-

dination des soins sont souvent systématiques, mais de nombreuses régions du monde ne disposent pas de milieux de soins de santé réservés aux soins des personnes transgenres. Dans ces régions, il est fortement recommandé, si possible, que les professionnels de soins individuels créent un réseau pour faciliter les soins de santé transgenres qui ne sont pas disponibles localement.

Dans le monde entier, les personnes TDG sont parfois contraintes par des membres de leur famille ou des communautés religieuses de suivre une thérapie de conversion. La WPATH recommande vivement de ne pas recourir à des thérapies réparatrices ou de conversion (voir les énoncés 6.5 et 18.10).

Milieux de soins de santé

Les SDS-8 sont des lignes directrices ancrées dans les droits fondamentaux des personnes TDG qui s'appliquent à tous les milieux dans lesquels des soins de santé sont fournis, quelle que soit la situation sociale ou médicale de la personne. Cela comprend une recommandation visant à appliquer les Standards de soins aux personnes TDG qui sont incarcérées ou qui vivent dans d'autres milieux institutionnels.

En raison d'un manque de professionnels compétents, d'accès inopportun, de barrières financières ou d'expériences antérieures stigmatisantes en matière de soins de santé, de nombreuses personnes TDG suivent une hormonothérapie non prescrite. Cela présente des risques pour la santé liés à l'utilisation d'un traitement non surveillé avec des doses potentiellement suprathérapeutiques et à l'exposition potentielle à des maladies transmises par le sang si plusieurs personnes utilisent la même aiguille lors de l'administration. Cependant, pour de nombreuses personnes, il s'agit du seul moyen d'obtenir un traitement d'affirmation de genre médicalement nécessaire. L'utilisation d'hormones non prescrites doit être abordée dans une optique de réduction des risques afin de s'assurer que les personnes sont mises en contact avec des professionnels qui peuvent prescrire une hormonothérapie sûre et contrôlée.

Dans certains pays, les droits des personnes TDG sont de plus en plus reconnus, et des cliniques spécialisées dans les questions de genre sont mises en place et peuvent servir de modèles pour les soins. Dans d'autres pays, cependant, de tels milieux font défaut,

et les soins peuvent être plus fragmentés et manquer de ressources. Néanmoins, différents modèles de soins sont mis en place, notamment des efforts visant à décentraliser les soins d'affirmation de genre dans les institutions de soins primaires et à mettre en place des services de télésanté afin de réduire les obstacles et d'améliorer l'accès aux soins. Quelle que soit la méthode de prestation des soins, les principes des soins d'affirmation de genre, tels qu'ils sont décrits dans les SDS-8, doivent être adaptés aux contextes socioculturels, politiques et médicaux locaux.

Méthodologie

La présente version des Standards de soins (SDS-8) est basée sur une approche plus rigoureuse et méthodologique fondée sur des données probantes que les versions précédentes. Ces données probantes sont basées non seulement sur la littérature publiée (données probantes directes et indirectes), mais aussi sur l'avis d'experts fondé sur un consensus. Les lignes directrices fondées sur des données probantes comprennent des recommandations visant à optimiser les soins aux patients et reposant sur un examen approfondi des données probantes, une évaluation des bénéfices et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité.

Si la recherche fondée sur des données probantes sert de base à des lignes directrices et à des recommandations solides liées à la pratique clinique, il faut aussi tenir compte des réalités et de la faisabilité de la prestation de soins dans divers contextes. Le processus d'élaboration des SDS-8 a intégré les recommandations sur l'élaboration des lignes directrices relatives à la pratique clinique formulées par l'Académie nationale de médecine et l'Organisation mondiale de la Santé, qui abordaient la transparence, la politique en matière de conflits d'intérêts, la composition des comités et le processus de groupe.

Le comité des lignes directrices des SDS-8 était multidisciplinaire et composé d'experts en la matière, de professionnels de la santé, de chercheurs et de parties prenantes ayant différents points de vue et origines géographiques. Un spécialiste de la méthodologie des lignes directrices a participé à la planification et à l'élaboration des questions et des examens systématiques, avec des commentaires supplémentaires

provenant d'un comité consultatif international, ainsi que ceux reçus pendant la période de consultation publique. Tous les membres du comité ont rempli une déclaration de conflit d'intérêt. Les recommandations des SDS-8 se fondent sur les données probantes disponibles à l'appui des interventions, sur une discussion concernant les risques et les torts, ainsi que sur la faisabilité et l'acceptabilité dans différents contextes et pays. Le consensus sur les recommandations finales a été obtenu en utilisant la méthode Delphi à laquelle tous les membres du comité des lignes directrices ont participé et qui exigeait que les énoncés des recommandations soient approuvés par au moins 75 % des membres. Un aperçu détaillé de la méthodologie des SDS-8 figure à l'[annexe A](#).

Résumé des chapitres des SDS-8

Les SDS-8 représentent une avancée significative par rapport aux versions précédentes. Les changements apportés à cette version sont basés sur une méthodologie fondamentalement différente, des changements culturels importants, des progrès dans les connaissances cliniques et une connaissance des nombreuses questions de soins de santé qui peuvent se poser pour les personnes TDG au-delà de l'hormonothérapie et de la chirurgie.

Ces lignes directrices mises à jour poursuivent le processus entamé avec les SDS-7 en 2011 pour élargir le champ d'application et passer d'une focalisation étroite sur les exigences psychologiques pour « diagnostiquer le transgenrisme » et les traitements médicaux pour atténuer la dysphorie de genre à des soins d'affirmation de genre pour la personne dans sa globalité. Les SDS-8 de la WPATH élargissent les lignes directrices en précisant qui fait partie des personnes TDG, ce qui devrait et ne devrait pas être offert dans les soins d'affirmation de genre, et les contextes dans lesquels ces lignes directrices devraient être appliquées pour favoriser l'équité et les droits de la personne.

Les SDS-8 comportent plusieurs nouveaux chapitres tels que l'évaluation des adultes, l'éducation, les eunuques et les personnes non-binaires. En outre, le chapitre des SDS-7 consacré aux enfants et aux adolescent(e)s a été divisé en deux chapitres distincts. Dans l'ensemble, les SDS-8 sont considérablement plus longs que les versions précédentes et fournissent une

introduction et des recommandations plus approfondies à l'intention des professionnels de la santé. Un résumé de chaque chapitre des SDS-8 est disponible ci-dessous :

Chapitre 1 - Terminologie

Ce nouveau chapitre définit le cadre des formulations utilisées dans les SDS-8 et propose des recommandations consensuelles pour l'utilisation de la terminologie. Ce chapitre présente 1) les termes et définitions, et 2) les pratiques exemplaires pour les utiliser. Le présent document est accompagné d'un glossaire ([annexe B](#)) des termes et des expressions courants afin de fournir un cadre pour l'utilisation et l'interprétation des SDS-8.

Chapitre 2 - Applicabilité mondiale

Ce chapitre fait référence à la littérature clé relative au développement et à la prestation de services de soins de santé, aux services de défense élargis des droits des personnes TDG en dehors de l'Europe occidentale et de l'Amérique du Nord et fournit des recommandations pour adapter et traduire les SDS-8 dans des contextes variés.

Chapitre 3 - Estimations démographiques

Ce chapitre contient une mise à jour des estimations de la population des personnes TDG dans la société. Sur la base des données probantes actuelles, cette proportion peut varier d'une fraction de pourcentage à plusieurs points de pourcentage en fonction des critères d'inclusion, de la tranche d'âge et de la situation géographique.

Chapitre 4 - Éducation

Ce nouveau chapitre présente un examen général de la littérature relative à la formation dans le domaine des soins de santé aux personnes TDG. Il propose des recommandations à l'intention des intervenants gouvernementaux, non gouvernementaux et institutionnels, ainsi que des professionnels afin d'accroître l'accès à des soins de santé compétents et empreints de compassion. L'objectif consiste à jeter les bases dans le domaine de l'éducation et à inviter les éducateurs et les professionnels de la santé à une discussion élargie et approfondie.

Chapitre 5 - Évaluation des adultes

Ce nouveau chapitre fournit des orientations sur l'évaluation des adultes TDG qui demandent des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre. Il décrit et met à jour le processus d'évaluation dans le cadre d'une approche centrée sur le patient et les critères que les professionnels de la santé peuvent suivre pour recommander les traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre aux adultes TDG.

Chapitre 6 - Adolescent(e)s

Ce nouveau chapitre, consacré aux adolescent(e)s TDG, est distinct du chapitre consacré aux enfants et a été créé pour cette 8e édition des Standards de soins compte tenu 1) de la croissance exponentielle des taux de recommandation d'adolescent(e)s; 2) de l'augmentation des études portant précisément sur les soins liés à la diversité des genres chez les adolescent(e)s; et 3) des problèmes liés aux soins en matière de développement et d'affirmation de genre propres à ce groupe d'âge. Le chapitre contient des recommandations concernant le processus d'évaluation des adolescent(e)s nécessitant des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre et pour le travail auprès de jeunes TDG et de leur famille.

Chapitre 7 - Enfants

Ce nouveau chapitre porte sur les enfants prépubères de la diversité de genre et se concentre sur les pratiques psychosociales et les approches thérapeutiques adaptées au développement.

Chapitre 8 - Personnes non-binaires

Ce nouveau chapitre des SDS-8 consiste en une description générale du terme « non-binaire » et de son utilisation dans une perspective biopsychosociale, culturelle et intersectionnelle. On y examine la nécessité d'avoir accès à des soins et à des interventions médicales particulières d'affirmation de genre, ainsi qu'à un niveau de soutien approprié.

Chapitre 9 - Les eunuques

Ce nouveau chapitre décrit les besoins particuliers des eunuques et la façon dont les SDS peuvent s'appliquer à cette population.

Chapitre 10 - Personnes intersexes

Ce chapitre se concentre sur les soins cliniques à apporter aux personnes intersexes. Il traite de l'évolution de la terminologie, de la prévalence et des diverses présentations de ces personnes et contient des recommandations pour la prestation de soins psychosociaux et médicaux, avec leurs explications fondées sur des données probantes.

Chapitre 11 - Milieux institutionnels

Ce chapitre a été élargi pour inclure les milieux carcéraux et non carcéraux et s'appuie sur les trois dernières versions des SDS. Ce chapitre décrit comment les SDS-8 peuvent être appliqués aux personnes vivant dans ces milieux.

Chapitre 12 - Hormonothérapie

Ce chapitre décrit la mise en place d'un traitement hormonal d'affirmation de genre, les doses recommandées, le dépistage des problèmes de santé avant et pendant le traitement hormonal et les considérations particulières concernant le traitement hormonal avant l'intervention chirurgicale. Il comprend une discussion approfondie sur l'innocuité des agonistes de l'hormone de libération des gonadotrophines chez les jeunes, divers régimes hormonaux, un suivi comprenant le développement de problèmes de santé potentiels liés au traitement, et des conseils sur la façon dont les fournisseurs d'hormonothérapie doivent collaborer avec les chirurgiens.

Chapitre 13 - Chirurgie et soins postopératoires

Ce chapitre décrit un éventail de procédures chirurgicales d'affirmation de genre pour la communauté diverse et hétérogène des personnes qui s'identifient comme TDG. Il propose une discussion sur la formation chirurgicale optimale pour les chirurgies de réassignation de genre, les soins postopératoires et le suivi, l'accès à la chirurgie pour les adultes et les adolescent(e)s, et les chirurgies personnalisées.

Chapitre 14 - Voix et communication

Ce chapitre décrit le soutien et les interventions professionnels en matière de thérapie vocale et de la communication qui tiennent compte de tous les aspects de la diversité et ne se limitent plus à la féminisation et

à la masculinisation de la voix. Les recommandations sont désormais formulées de manière à affirmer les rôles et les responsabilités des professionnels participant à la thérapie par la voix et la communication.

Chapitre 15 - Soins primaires

Ce chapitre traite de l'importance des soins primaires pour les personnes TDG, notamment en ce qui concerne la santé cardiovasculaire et métabolique, le dépistage du cancer et les systèmes de soins primaires.

Chapitre 16 - Santé reproductive

Ce chapitre fournit des données récentes sur les perspectives de fertilité et les objectifs de parentalité chez les jeunes et les adultes de la diversité de genre, les progrès des méthodes de préservation de la fertilité (y compris la cryoconservation des tissus), des conseils concernant les soins préconceptionnels et de grossesse,

les conseils prénataux et l'allaitement. Les méthodes contraceptives et les considérations relatives aux personnes TDG sont également passées en revue.

Chapitre 17 - Santé sexuelle

Ce nouveau chapitre reconnaît l'incidence profonde de la santé sexuelle sur le bien-être physique et psychologique des personnes TDG. Ce chapitre préconise d'inclure le fonctionnement sexuel, le plaisir et la satisfaction dans les soins liés aux personnes TDG.

Chapitre 18 - Santé mentale

Ce chapitre traite des principes de soins pour la prise en charge des troubles mentaux chez les adultes TDG et du lien entre les soins de santé mentale et les soins de transition. La psychothérapie peut être bénéfique, mais elle ne doit pas être une condition préalable au traitement d'affirmation de genre, et le traitement de conversion ne doit pas être proposé.

CHAPITRE 1 • TERMINOLOGIE

Ce chapitre définit le cadre des formulations utilisées dans les SDS-8. Il propose des recommandations pour l'utilisation de la terminologie. Il fournit 1) des termes et des définitions, et 2) des pratiques exemplaires pour les utiliser. Ce document est accompagné d'un glossaire des termes et expressions courants afin de fournir un cadre pour l'utilisation et l'interprétation des SDS-8. Voir l'[annexe B](#) pour le glossaire.

Terminologie

Dans le présent document, nous utilisons l'expression « personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG) » pour être aussi large et englobante que possible dans la description des membres des nombreuses et diverses communautés, dans le monde, de personnes dont l'identité ou l'expression de genre diffère du genre socialement attribué au sexe qui leur a été assigné à la naissance. Cela comprend les personnes qui ont des expériences, des identités et/ou des expressions propres à leur culture ou à leur langue, et/ou qui ne correspondent pas aux conceptualisations occidentales du genre, ou au langage utilisé pour le décrire. Le sigle TDG est utilisé par commodité comme raccourci pour « transgenre et de la diversité de genre ».

La décision d'utiliser le terme « transgenre et de la diversité de genre » est le fruit d'un processus dynamique qui n'a pas été sans controverses. Les discussions ont porté sur la nécessité d'éviter d'accorder trop d'importance au terme « transgenre », d'intégrer les identités et expériences de genre non-binaires, de reconnaître les variations mondiales dans la compréhension du genre, d'éviter le terme « de genre non conforme » et de reconnaître la nature changeante de la langue, car ce qui est courant aujourd'hui pourrait ne plus l'être dans quelques années. Le terme « transgenre et de la diversité de genre » a donc été choisi dans l'intention d'être le plus inclusif possible et de mettre en évidence les nombreuses identités, expressions, expériences en matière de genre et les besoins en matière de soins de santé des personnes TDG. Une méthode Delphi a été utilisée, en vertu de laquelle les auteurs des chapitres des SDS-8 ont été interrogés de manière anonyme et itérative sur plusieurs cycles afin d'obtenir un consensus sur les termes. Les SDS-8 présentent des

standards de soins qui s'efforcent d'être applicables aux personnes TDG dans le monde entier, quelle que soit la façon dont elles s'identifient ou expriment leur genre.

Contexte

Les formulations sélectionnées dans le présent chapitre ne peuvent pas (et ne pourront jamais) être exhaustives pour chaque culture et région géographique/locale. Les divergences et les débats sur les termes appropriés et les terminologies particulières sont fréquents, et aucun terme ne peut être utilisé sans controverse. L'objectif de ce chapitre consiste à être aussi inclusif que possible et à offrir un vocabulaire commun qui respecte et reflète les diverses expériences des personnes TDG tout en restant accessible aux praticiens et aux professionnels de soins de santé, ainsi qu'au public, aux fins du présent document. En fin de compte, l'accès aux soins de santé liés à la transition devrait être basé sur la fourniture de renseignements adéquats et l'obtention d'un consentement éclairé de la part de la personne, et non sur les mots que les personnes TDG, ou leurs professionnels de services, utilisent pour décrire leur identité. L'utilisation d'une terminologie et d'un langage respectueux et adaptés à la culture est une base fondamentale de la prestation de soins positifs, tout comme la réduction de la stigmatisation et des préjudices subis par de nombreuses personnes TDG en recherche de soins de santé. Il est essentiel que les professionnels de services discutent avec les usagers du langage qui leur convient le mieux et qu'ils utilisent ce langage dans la mesure du possible.

Ce chapitre explique pourquoi les termes actuels sont préférés à d'autres. Plutôt que d'utiliser des termes particuliers pour les groupes médicaux, juridiques et de défense des droits, l'objectif consiste à favoriser un langage et une compréhension communs dans le domaine de la santé des personnes TDG, ainsi que dans les nombreux domaines connexes (p. ex. l'épidémiologie, le droit), afin d'optimiser la santé des personnes transgenres et de la diversité de genre.

Le sexe, le genre, l'identité de genre et l'expression de genre sont utilisés dans la langue française comme des descripteurs qui peuvent s'appliquer à toutes les personnes – celles qui sont TDG et celles qui ne le sont pas. Il existe des raisons complexes pour lesquelles un langage très précis peut être le plus respectueux, le plus

inclusif ou le plus accepté par les communautés TDG mondiales, notamment la présence ou l'absence de mots pour décrire ces concepts dans d'autres langues, la relation structurelle entre le sexe et le genre, les

contextes juridiques aux échelles locale, nationale et internationale, et les conséquences de la stigmatisation historique et actuelle à laquelle les personnes TDG sont confrontées.

Énoncés de recommandations

- 1.1 - Nous recommandons aux professionnels de la santé d'utiliser un langage adapté à la culture (y compris les termes pour décrire les personnes transgenres et de la diversité de genre) quand ils appliquent les Standards de Soins dans différents contextes mondiaux.
- 1.2 - Nous recommandons aux professionnels de la santé d'utiliser un langage dans les milieux de soins de santé qui garantisse le respect, la sécurité, et la dignité des personnes TDG
- 1.3 - Nous recommandons aux professionnels de la santé de discuter avec les personnes transgenres et de la diversité de genre du langage ou de la terminologie qu'elles préfèrent.

Étant donné qu'à l'heure actuelle, le domaine de la santé des personnes TDG est fortement dominé par la langue anglaise, deux problèmes particuliers se posent continuellement lorsqu'il s'agit de définir le contexte de la terminologie. Le premier problème est qu'il existe des mots en anglais qui n'existent pas dans d'autres langues (p. ex. « sex » et « gender » ne sont représentés que par un seul mot en ourdou et dans de nombreuses autres langues). Le deuxième problème est que certains mots existent en dehors de l'anglais et n'ont pas de traduction directe en anglais (p. ex. *travesti*, *fa'afafine*, *hijra*, *selrata*, *muxe*, *kathoe*, *transpinoy*, *waria*, *machi*). Dans la pratique, cela signifie que la forte influence de l'anglais dans ce domaine a un effet à la fois sur les termes largement utilisés et sur les personnes ou les identités qui sont les plus représentées ou validées par ces termes. Les mots utilisés façonnent également les récits qui contribuent aux croyances et aux perceptions. Alors que dans les versions précédentes des Standards de soins, la WPATH n'utilisait que le terme « transgenre » comme terme générique au sens large, la version 8 élargit ce terme en utilisant personnes TDG comme terme générique dans l'ensemble du document (voir le chapitre 2 – Applicabilité mondiale).

En outre, la nature en constante évolution de la langue est influencée par des facteurs externes et par les pressions et violences sociales, structurelles et personnelles exercées sur les personnes TDG et leur corps. De nombreux termes et expressions utilisés dans le passé ont été entachés par la façon, le moment et la raison pour lesquels ils ont été utilisés pour parler des personnes TDG, et sont donc tombés en désuétude ou

font l'objet de vives contestations parmi les personnes TDG, certains préférant des termes que d'autres jugent offensants. Certains souhaitent que les Standards de soins fournissent un ensemble uniforme de termes universellement acceptés pour décrire les personnes TDG, les identités et les services de santé connexes. Toutefois, une telle liste ne peut exister sans exclure certaines personnes et sans renforcer les oppressions structurelles, en ce qui concerne la race, l'origine nationale, le statut d'autochtone, le statut socio-économique, la religion, et la ou les langues parlées, et l'ethnicité, entre autres intersectionnalités. Il est très probable qu'au moins une partie de la terminologie utilisée dans les SDS-8 sera dépassée au moment de l'élaboration de la version 9. Certaines personnes seront déçues par cette réalité, mais nous espérons qu'elle sera plutôt perçue comme une occasion pour les personnes et les communautés d'élaborer et d'affiner leurs propres lexiques et pour les personnes d'acquérir une compréhension encore plus nuancée de la vie et des besoins des personnes TDG, y compris leur résilience et leur résistance à l'oppression.

Enfin, le droit et le travail des professionnels du droit concernent les présents Standards de soins. Ainsi, les termes les plus couramment utilisés dans le droit international sont inclus ici pour contribuer à l'élaboration de définitions fonctionnelles de ces termes et encourager leur utilisation dans des contextes juridiques au lieu de termes plus désuets ou offensants. Le document de droit international actuellement le plus complet en matière de droits humains utilise l'expression « gender diverse » en anglais.³

³ A/73/152, Rapport de l'Expert indépendant sur la protection contre la violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

Note de l'équipe de spécialistes du contenu : Veuillez noter que dans le document de droit international dont il est ici question, le terme anglais « gender diverse » a été traduit par l'expression « de genre variant », expression considérée en français comme désuète et offensante. Nous

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des données probantes, d'une évaluation des bénéfices et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas, nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les services peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables.

Énoncé 1.1

Nous recommandons aux professionnels de la santé d'utiliser un langage adapté à la culture (y compris les termes pour décrire les personnes transgenres et de la diversité de genre) quand ils appliquent les Standards de Soins dans différents contextes mondiaux.

Un langage adapté à la culture est utilisé pour décrire les personnes TDG dans différents contextes mondiaux. Par exemple, les concepts de sexe, de genre et de diversité de genre diffèrent d'un contexte à l'autre, tout comme le langage utilisé pour les décrire. Ainsi, le langage utilisé pour les soins des personnes TDG en Thaïlande ne sera pas le même que celui utilisé pour les soins des personnes TDG au Nigéria. Pour l'application des Standards de soins à l'échelle mondiale, nous recommandons aux professionnels de la santé d'utiliser les formulations et les termes locaux pour dispenser des soins dans leur contexte culturel ou géographique particulier.

L'affirmation de genre fait référence au processus de reconnaissance ou d'affirmation de l'identité de genre des personnes TDG, que ce soit sur le plan social, médical, juridique, comportemental ou une combinaison de ces derniers (Reisner, Poteat et coll., 2016). Les soins de santé d'affirmation de genre ou transcompétents utilisent un langage adapté à la culture dans le cadre des soins prodigués aux personnes TDG. Les soins d'affirmation de genre ne sont pas synonymes de soins liés à la transition. La prestation de soins liés à la transition, tels que l'affirmation médicale du genre au moyen d'hormones ou d'interventions chirurgicales, ne garantit pas à elle seule la prestation de soins d'affirmation de genre, pas plus qu'elle n'indique la qualité ou la sécurité des soins de santé fournis.

La consultation et les partenariats avec les communautés TDG peuvent contribuer à garantir la pertinence et l'inclusivité des termes utilisés pour fournir des soins de santé à l'échelle locale dans un contexte et un environnement particuliers.

Énoncé 1.2

Nous recommandons aux professionnels de la santé d'utiliser un langage dans les milieux de soins de santé qui garantisse le respect, la sécurité, et la dignité des personnes TDG.

La sécurité, la dignité et le respect sont des droits humains fondamentaux (International Commission of Jurists, 2007). Nous recommandons aux professionnels de la santé d'utiliser un langage et une terminologie qui respectent ces droits de la personne au moment de prodiguer des soins aux personnes TDG. De nombreuses personnes TDG ont été victimes de stigmatisation, de discrimination et de mauvais traitements dans des milieux de soins de santé, ce qui entraîne des soins non optimaux et a des impacts négatifs en matière de santé (Reisner, Poteat et coll., 2016; Safer et coll., 2016; Winter, Settle et coll., 2016). Ces expériences comprennent le mégenrage, le refus de soins ou de services quand la personne est malade ou blessée et la nécessité d'éduquer les professionnels de la santé pour pouvoir recevoir des soins adéquats (James et coll., 2016). Par conséquent, de nombreuses personnes TDG ne se sentent pas en sécurité de demander des soins de santé. Elles peuvent éviter les systèmes de soins de santé et chercher d'autres moyens de répondre à leurs besoins en matière de santé, par exemple, en prenant des hormones sans ordonnance médicale ni suivi ou en se fiant à des pairs pour des conseils médicaux. En outre, les expériences négatives antérieures dans le domaine des soins de santé sont associées à l'évitement futur des soins chez les personnes TDG.

De nombreuses personnes TDG ont été traitées de manière injuste, avec des préjugés et sans dignité ni respect par des professionnels de la santé, et le manque de confiance est souvent un obstacle aux soins. Il est essentiel d'employer un langage fondé sur les principes de sécurité, de dignité et de respect dans les établissements de soins de santé pour garantir la santé,

recommandons plutôt l'expression « de la diversité de genre » qui demeure fidèle à l'esprit du terme anglophone et qui est d'usage courant.

le bien-être et les droits des personnes TDG dans le monde entier. Le langage est un élément important des soins d'affirmation de genre, mais il ne permet pas à lui seul de résoudre ou d'atténuer les abus systématiques et sur le patient ou l'utilisateur pour les personnes TDG. Les professionnels de la santé peuvent prendre d'autres mesures concrètes, notamment en obtenant un consentement éclairé et en s'abstenant de présumer des besoins d'une personne en fonction de son genre ou de son statut de personne TDG.

Énoncé 1.3

Nous recommandons aux professionnels de la santé de discuter avec les personnes transgenres et de la diversité de genre du langage ou de la terminologie qu'elles préfèrent.

Lors de la prestation de soins de santé aux personnes TDG, nous recommandons aux professionnels de la santé de discuter avec leurs patients du langage et de la terminologie qu'ils préfèrent pour les désigner. Cette discussion consiste notamment à demander aux personnes TDG comment elles aimeraient que l'on s'adresse à elles en termes de prénom, de pronoms et d'accords⁴, comment elles identifient leur propre genre et quel langage il convient d'utiliser pour décrire les parties de leur corps. L'utilisation d'une terminologie ou d'un langage affirmatifs est un élément clé des soins affirmatifs vis-à-vis des personnes TDG (Lightfoot et coll., 2021; Vermeir et coll., 2018). En outre, ces discussions et communications peuvent servir à établir des relations et à réduire la méfiance que de nombreuses personnes TDG ressentent à l'égard des professionnels de la santé et subissent au sein des réseaux de la santé. Les discussions et le choix des formulations et de la terminologie peuvent également faciliter l'engagement et le maintien dans des soins qui ne sont pas spécifiques aux personnes TDG, tels que la participation à des dépistages préventifs de routine et tout suivi médical nécessaire des résultats. Dans les dossiers médicaux électroniques, les inventaires des organes/anatomiques

parfois la violence auxquels les personnes TDG sont confrontées dans le monde entier dans les établissements de soins. Le langage n'est qu'une étape importante vers des soins de santé équitables et centrés peuvent être utilisés de manière normalisée pour indiquer les soins cliniques appropriés, plutôt que de se fier uniquement au sexe assigné à la naissance ou aux désignations d'identité de genre.

Les professionnels de la santé et les établissements de soins peuvent mettre en œuvre des procédures standardisées pour faciliter ces conversations, par exemple en utilisant des formulaires d'admission qui comprennent les pronoms, le prénom et les accords choisis, en invitant tous les membres du personnel (quel que soit leur genre, c.-à-d. cisgenre, TDG) à indiquer leur pronom et leurs accords quand ils se présentent, en ajoutant les pronoms et accords aux noms sur un document pour tous les patients, et en n'utilisant pas de termes honorifiques genrés (p. ex. Mme, M.). Des politiques peuvent être mises en place à l'intention des professionnels de la santé et des établissements de soins pour garantir le respect de la vie privée et du droit à la confidentialité des personnes TDG, y compris lorsqu'elles révèlent être des personnes TDG, et si cela doit être consigné et comment le faire de façon appropriée. Par exemple, la politique d'une clinique peut consister à consigner cette information comme privée et confidentielle entre les professionnels de la santé et les patients/usagers et comme ne devant être divulguée qu'en fonction du « besoin de savoir ».

⁴ **Note de l'équipe de spécialistes du contenu** : Au-delà de la recommandation émise à plusieurs reprises dans la version originale du texte, le comité de révision a fait le choix d'ajouter à l'indication de respecter le prénom et les pronoms celui de respecter les accords, reflétant ainsi une pratique courante chez les personnes trans, non-binaires et de la diversité de genre. La langue anglaise n'a pas à se soucier des accords qui, contrairement au français, demeurent neutres. Il semble donc pertinent d'ajouter la recommandation de tenir compte de la manière dont un individu souhaite qu'on se réfère à lui, au-delà de son prénom et de ses pronoms. De manière générale, les hommes et les femmes trans souhaitent que les adjectifs soient accordés avec leur genre féminin ou masculin (p. ex. Elle est

patient~~e~~; il est généreux). Cependant, il est toujours pertinent de vérifier auprès de la personne afin de s'assurer de respecter les accords qui lui correspondent. Une partie des personnes non-binaires sont à l'aise avec l'utilisation d'un (ou plusieurs) pronom « binaire » et des accords correspondants. Pour les pronoms autres que il ou elle (iel, ielle, yel, al...), lorsqu'une formule neutre ou épécène n'est pas disponible, les personnes non-binaires font souvent le choix d'un accord féminin ou masculin, ou encore sont à l'aise avec l'un ou l'autre (Iel est gentille; lelle est accueillant). Certaines personnes recourent également à des néologismes (al est heureuse). Il en est de même pour les autres termes genrés désignant des personnes (copain, copine, copaine).

CHAPITRE 2 · APPLICABILITÉ MONDIALE

Les personnes qui défient les frontières culturelles du sexe et du genre existent dans les cultures du monde entier depuis l'antiquité, ce qui est parfois reconnu dans les termes de la langue locale (Feinberg, 1996). Contrairement à la pathologisation plus récente de la diversité des genres en tant que maladie, certaines cultures ont traditionnellement célébré et accueilli cette diversité (p. ex. Nanda, 2014; Peletz, 2009). Aujourd'hui, le terme générique « transgenre et de la diversité de genre (TDG) » décrit une grande variété d'identités et d'expressions de genre et, par conséquent, une population dont les expériences et les besoins en matière de soins de santé sont diversifiés. Ensemble, les personnes TDG représentent des aspects importants de la diversité humaine qui, selon la WPATH, devraient être valorisés et célébrés. Les personnes TDG continuent d'apporter des contributions essentielles aux sociétés dans lesquelles elles vivent, même si ces contributions sont souvent méconnues.

Il est inquiétant de constater que, dans le monde moderne, de nombreuses personnes TDG sont victimes de stigmatisation, de préjugés, de discrimination, de harcèlement, d'abus et de violence, ce qui entraîne une marginalisation sociale, économique et juridique, une mauvaise santé mentale et physique, voire la mort – ce processus a été caractérisé comme une pente stigmatisation-maladie (Winter, Diamond et coll., 2016). De telles expériences (et l'anticipation ou la peur de vivre de telles expériences) conduisent à ce que Meyer décrit comme le stress minoritaire (Meyer, 2003; voir également Bockting et coll., 2013, qui écrit spécialement sur les personnes TDG), et sont associées à de mauvais résultats cliniques physiques (p. ex. Rich et coll., 2020) et psychologiques (p. ex. Bränström et coll., 2022; Scandurra et coll., 2017; Shipherd et coll., 2019, Tan et coll., 2021).

La violence envers les personnes TDG est un problème particulier. D'un point de vue général, elle est largement répandue, de nature diverse (émotionnelle, sexuelle et physique, voir par exemple Mujugira et coll., 2021) et implique toute une série d'auteurs (y compris des acteurs étatiques). Les statistiques sur les meurtres, la forme de violence la plus extrême dans ses conséquences, sont alarmantes. Dans le monde entier, plus de 4 000 meurtres ont été recensés entre

janvier 2008 et septembre 2021, une statistique largement considérée comme erronée en raison d'une sous-déclaration (TGEU, 2021).

Depuis la publication de la version 7 des Standards de soins, les perspectives concernant les personnes TDG et leurs soins de santé ont radicalement changé. De manière générale, les identités TDG ne sont plus conçues comme des troubles mentaux. Dans la version 5 du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'American Psychiatric Association (APA, 2013), le diagnostic de *dysphorie de genre* se concentre sur la détresse et l'inconfort qui accompagnent le fait d'être une personne TDG, plutôt que sur l'identité de genre elle-même. Une révision du texte (DSM-5-TR) a été publiée en 2022. Dans la version 11 de la Classification internationale des maladies (CIM-11), le manuel de diagnostic de l'Organisation mondiale de la Santé (WHO, 2019a), le diagnostic d'*incongruence de genre*, n'est plus classé dans les troubles mentaux, mais est inclus dans un chapitre sur la santé sexuelle. Il se concentre sur le genre auquel la personne s'identifie et tout besoin de traitement d'affirmation de genre qui pourrait découler de cette identité. De tels développements, qui comprennent une dépathologisation (ou, plus précisément, une dépsychopathologisation) des identités transgenres, sont fondamentalement importants pour plusieurs raisons. Dans le domaine des soins de santé, ils peuvent avoir contribué à soutenir un modèle de soins qui met l'accent sur la participation active des patients à la prise de décision concernant leurs propres soins de santé, avec l'aide de professionnels des soins de santé primaires (Baleige et coll., 2021). Il est raisonnable de supposer que ces développements peuvent également favoriser des politiques plus inclusives sur le plan social, telles que des réformes législatives concernant la reconnaissance du genre qui facilitent une approche fondée sur les droits, sans imposer d'exigence en matière de diagnostic, d'hormonothérapie ou d'intervention chirurgicale. Les personnes TDG qui ont changé les marqueurs de genre sur des documents clés jouissent d'une meilleure santé mentale (p. ex. Bauer et coll., 2015; Scheim et coll., 2020). Une approche davantage fondée sur les droits dans ce domaine pourrait contribuer grandement à la santé et au bien-être des personnes TDG (Aristegui et coll., 2017).

Les éditions précédentes des SDS ont révélé qu'une grande partie de l'expérience et des connaissances cliniques consignées dans ce domaine provient de sources nord-américaines et d'Europe occidentale. Elles se sont concentrées sur les soins de santé d'affirmation de genre dans les pays à revenu élevé qui disposent de systèmes de soins de santé relativement bien pourvus en ressources (y compris de professionnels de soins de santé mentale, d'endocrinologues, de chirurgiens et d'autres spécialistes) et où les services sont souvent financés par l'État ou (du moins pour certains patients) par une assurance privée.

Pour de nombreux pays, la prestation de soins de santé aux personnes TDG représente une aspiration, les ressources dans ce domaine étant limitées ou inexistantes, et les services souvent indisponibles, inappropriés, difficiles d'accès ou inabordables. Il n'y a que peu ou pas de professionnels de la santé (primaires ou spécialistes) dans ce domaine. Le financement des soins de santé d'affirmation de genre peut être inexistant, les patients devant souvent assumer l'intégralité des coûts des soins de santé auxquels ils ont accès. Les professionnels de soins de santé manquent souvent de compétences cliniques ou culturelles dans ce domaine. La formation pour le travail auprès de ces patients peut être limitée (p. ex. Martins et coll., 2020). Pour toutes ces raisons et du fait de la vision historique de la médecine « occidentale » dominante, qui considère les personnes TDG comme des personnes souffrant de troubles mentaux (perspective qui n'a changé que récemment), les personnes TDG se sont souvent retrouvées privées de leur pouvoir en tant que consommateurs de soins de santé.

Les professionnels de soins de santé ont constaté que la littérature pertinente est essentiellement nord-américaine et européenne, ce qui présente des difficultés particulières pour les personnes travaillant dans des systèmes de soins de santé particulièrement dépourvus de ressources. Les initiatives récentes qui impliquent souvent des parties prenantes TDG en tant que partenaires changent quelque peu cette situation en fournissant un ensemble de connaissances sur les bonnes pratiques dans d'autres régions, y compris sur la façon de fournir des soins de santé efficaces et culturellement adaptés aux personnes TDG dans les pays à revenu faible et moyen situés en dehors de l'hémisphère nord.

Dans ce domaine, un large éventail de ressources précieuses en matière de soins de santé ont été élaborées ces dernières années. Dahlen et coll. (2021) passent en revue douze lignes directrices internationales de pratique clinique; plus de la moitié d'entre elles proviennent d'organismes professionnels sis en Amérique du Nord (p. ex. Hembree et coll., 2017) ou en Europe (p. ex. T'Sjoen et coll., 2020). Trois d'entre elles proviennent de l'OMS (la plus récente étant WHO, 2016). Aujourd'hui, il existe de nombreuses autres ressources, ne figurant pas sur la liste de Dahlen et coll., qui s'appuient explicitement sur l'expertise de régions autres que l'Amérique du Nord et l'Europe. Des exemples peuvent être trouvés en Asie et dans le Pacifique (APTN, 2022; Health Policy Project et coll., 2015), dans les Caraïbes (OPS, 2014), en Thaïlande, en Australie (Telfer et coll., 2020), en Aotearoa Nouvelle-Zélande (Oliphant et coll., 2018), et en Afrique du Sud (Tomson et coll., 2021) (voir également TRANSIT [UNDP et coll., 2016]). Ces ressources ont généralement été créées grâce aux initiatives des communautés TDG ou en partenariat avec ces dernières, à l'échelle locale ou internationale. Cette approche de partenariat axée sur la satisfaction des besoins locaux de façons adaptées à la culture et compétentes peut également avoir une grande importance à l'échelle internationale. Certaines de ces publications peuvent présenter un intérêt particulier pour ceux qui planifient, organisent et fournissent des services dans les pays à faibles revenus et à faibles ressources. Il est probable qu'il existe d'autres ressources publiées dans des langues autres que l'anglais dont nous n'avons pas connaissance.

Globalement, les identités des personnes TDG peuvent être associées à différents cadres conceptuels du sexe, du genre et de la sexualité et existent dans des contextes et des antécédents culturels (et parfois spirituels) très divers. Compte tenu des relations complexes entre les facteurs sociaux et culturels, la loi, la demande et la prestation de soins de santé d'affirmation de genre, les SDS-8 doivent être interprétés dans une optique appropriée à la pratique individuelle de chaque professionnel de la santé et dans le contexte de cette dernière, tout en respectant les principes fondamentaux qui les sous-tendent (APTN et UNDP, 2012; Health Policy Project et coll., 2015; PAHO, 2014).

C'est dans ce contexte et en nous inspirant largement des expériences des personnes TDG et des professionnels de soins de santé à l'échelle internationale que nous examinons l'applicabilité mondiale des SDS-8 dans ce chapitre. Nous énonçons des considérations essentielles pour les professionnels

de la santé et concluons en recommandant des principes et des pratiques fondamentaux pour les soins de santé contemporains destinés aux personnes TDG, indépendamment de leur lieu de résidence ou des ressources disponibles pour ceux qui cherchent à fournir de tels soins de santé.

Énoncés de recommandation

2.1 - Nous recommandons que les systèmes de santé offrent aux personnes transgenres et de la diversité de genre les soins de santé d'affirmation de genre médicalement nécessaires.

2.2 - Nous recommandons aux professionnels de la santé et aux autres utilisateurs des SDS-8 d'appliquer les recommandations de façon à répondre aux besoins des communautés locales transgenres et de la diversité de genre, en fournissant des soins adaptés à la culture et qui reconnaissent les réalités des pays dans lesquels ils exercent.

2.3 - Nous recommandons aux professionnels de soins de santé de comprendre l'incidence des attitudes sociales, des lois, des circonstances économiques et des systèmes de santé sur les expériences vécues par les personnes transgenres et de la diversité de genre dans le monde entier.

2.4 - Nous recommandons que les traductions des SDS se concentrent sur l'équivalence interculturelle, conceptuelle et littérale afin de garantir l'harmonisation avec les principes fondamentaux qui sous-tendent les SDS-8.

2.5 - Nous recommandons aux professionnels de la santé et aux responsables des politiques de toujours appliquer les principes fondamentaux des SDS-8 dans leur travail auprès des personnes transgenres et de la diversité de genre, afin de garantir le respect des droits de la personne et l'accès à des soins de santé appropriés et compétents, y compris :

Principes généraux

- Favoriser l'affirmation de soi et être inclusif. Travailler à réduire la stigmatisation et à faciliter l'accès aux soins de santé appropriés pour tous ceux qui le souhaitent.
- Respecter la diversité. Respecter tous les usagers et toutes les identités de genre. Ne pas pathologiser les différences quant à l'identité ou à l'expression de genre.
- Respecter les droits universels de la personne, y compris le droit à l'intégrité physique et mentale, à l'autonomie et à l'autodétermination, le droit de ne pas subir de discrimination et le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

Principes relatifs à l'élaboration et à la mise en œuvre de services appropriés et de soins de santé accessibles

- Faire participer les personnes transgenres et de la diversité de genre à l'élaboration et à la mise en œuvre des services.
- Prendre conscience des facteurs sociaux, culturels, économiques et juridiques susceptibles d'avoir une incidence sur la santé (et les besoins en matière de soins de santé) des personnes transgenres et de la diversité de genre, ainsi que de la volonté et de la capacité de la personne à accéder aux services.
- Fournir des soins de santé (ou orienter vers des collègues compétents) qui permettent d'affirmer les identités et les expressions de genre, y compris des soins de santé qui réduisent la détresse associée à la dysphorie de genre (si celle-ci est présente).
- Rejeter les approches qui ont pour but, ou pour conséquence, la conversion et éviter d'apporter un soutien direct ou indirect à ces approches ou services.

Principes relatifs à la fourniture de services compétents

- S'informer (se former, si possible) sur les besoins en matière de soins de santé des personnes transgenres et de la diversité de genre, y compris sur les avantages et les risques des soins d'affirmation de genre.
- Adapter l'approche thérapeutique aux besoins particuliers des usagers, en particulier à leurs objectifs en matière d'identité et d'expression de genre.
- Se concentrer sur l'amélioration de la santé et du bien-être plutôt que sur la seule réduction de la dysphorie de genre, qui peut être présente ou non.
- S'engager à adopter des approches de réduction des risques, le cas échéant.
- Permettre aux personnes transgenres et de la diversité de genre de participer pleinement et en toute connaissance de cause aux décisions relatives à leur santé et à leur bien-être.
- Améliorer l'expérience des services de santé, notamment en ce qui concerne les systèmes administratifs et la continuité des soins.

Principes relatifs à l'amélioration de la santé au moyen d'approches communautaires élargies

- Mettre les gens en contact avec des communautés et des réseaux de soutien par les pairs.
- Soutenir et défendre les usagers auprès de leur famille et de leur communauté (écoles, lieux de travail et autres lieux), le cas échéant

Énoncé 2.1

Nous recommandons que les systèmes de santé offrent aux personnes transgenres et de la diversité de genre les soins de santé d'affirmation de genre médicalement nécessaires.

La nécessité médicale est un terme commun à la couverture des soins de santé et aux polices d'assurance dans le monde entier. Une définition courante de la nécessité médicale utilisée par les assureurs ou les compagnies d'assurance est la suivante : services de soins de santé qu'un médecin ou un professionnel de la santé, exerçant un jugement clinique prudent, fournirait à un patient dans un but de prévention, d'évaluation, de diagnostic ou de traitement d'une maladie, d'une blessure, d'un trouble ou de symptômes, et qui sont : a) conformes aux normes généralement reconnues de la pratique médicale; b) cliniquement appropriés, en matière de type, de fréquence, d'étendue, d'endroit et de durée, et considérés comme efficaces pour la maladie, la blessure ou le trouble du patient; et c) ne sont pas principalement destinés à la commodité du patient, du médecin ou d'un autre professionnel de soins de santé, et ne sont pas plus coûteux qu'un autre service ou une autre séquence de services au moins aussi susceptibles de produire des résultats thérapeutiques ou diagnostiques équivalents en ce qui concerne le diagnostic ou le traitement de la maladie, de la blessure ou du trouble du patient. Le médecin traitant affirme et consigne que le traitement proposé est médicalement nécessaire au traitement de l'affection (American Medical Association, 2016).

On entend par « normes généralement reconnues de la pratique médicale » des normes fondées sur des données probantes scientifiques crédibles publiées dans des ouvrages médicaux évalués par des pairs et généralement reconnues par les recommandations de la communauté médicale concernée, de sociétés de spécialité médicale ou d'écoles de médecine légitimes, ainsi que sur les points de vue des médecins ou des professionnels de soins de santé exerçant dans les domaines cliniques concernés.

Dans certaines parties du monde, la nécessité médicale est au cœur du paiement, de la prise en charge ou du remboursement des soins de santé. Le médecin traitant peut affirmer et consigner qu'un traitement donné est médicalement nécessaire pour la prévention ou le traitement de l'affection. Si les politiques et les

pratiques en matière de santé remettent en cause la nécessité médicale d'un traitement, il est possible de faire appel à un organisme gouvernemental ou à une autre entité pour obtenir un examen médical indépendant.

Il convient de reconnaître que la diversité des genres est commune à tous les êtres humains et n'est pas pathologique. Cependant, l'incongruence de genre qui provoque une détresse et une déficience cliniquement importantes nécessite souvent des interventions cliniques médicalement nécessaires. Dans de nombreux pays, les soins d'affirmation de genre médicalement nécessaires sont consignés par le professionnel de la santé traitant en tant que traitement de l'incongruence de genre (HA60 dans la CIM-11; WHO, 2019a) ou en tant que traitement de la dysphorie de genre (F64.0 dans le DSM-5-TR; APA, 2022).

De solides données probantes démontrent les avantages liés à la qualité de vie et au bien-être des traitements d'affirmation de genre, y compris les procédures endocriniennes et chirurgicales, correctement indiquées et réalisées conformément aux Standards de soins (version 8), chez les personnes TDG qui ont besoin de ces traitements (p. ex. Ainsworth et Spiegel, 2010; Aires et coll., 2020; Aldridge et coll., 2020; Almazan et Keuroghlian, 2021; Al-Tamimi et coll., 2019; Balakrishnan et coll., 2020; Baker et coll., 2021; Buncamper et coll., 2016; Cardoso da Silva et coll., 2016; Eftekhari Ardebili, 2020; Javier et coll., 2022; Lindqvist et coll., 2017; Mullins et coll., 2021; Nobili et coll., 2018; Owen-Smith et coll., 2018; Özkan et coll., 2018; T'Sjoen et coll., 2019; van de Grift, Elaut et coll., 2018; White Hughto et Reisner, Poteat et coll., 2016; Wierckx, van Caenegem et coll., 2014; Yang, Zhao et coll., 2016). Les interventions d'affirmation de genre peuvent également comprendre des procédures d'épilation ou de greffe de cheveux, des thérapies/chirurgies vocales, du counseling et d'autres procédures médicales nécessaires pour affirmer efficacement l'identité de genre d'une personne et réduire l'incongruence et la dysphorie de genre. En outre, le changement de prénom légal et de sexe ou de genre sur les documents d'identité peut également être bénéfique et, dans certaines administrations, ce changement dépend de documents médicaux que les patients peuvent demander aux praticiens de produire.

Les interventions d'affirmation de genre sont fondées sur des décennies d'expérience clinique et de recherche; elles ne sont donc pas considérées comme expérimentales, esthétiques ou destinées à la simple commodité d'un patient. Elles sont sûres et efficaces pour réduire l'incongruence de genre et la dysphorie de genre (p. ex. Aires et coll., 2020; Aldridge et coll., 2020; Al-Tamimi et coll., 2019; Balakrishnan et coll., 2020; Baker et coll., 2021; Bertrand et coll., 2017; Buncamper et coll., 2016; Claes et coll., 2018; Eftekhar Ardebili, 2020; Esmonde et coll., 2019; Javier et coll., 2022; Lindqvist et coll., 2017; Lo Russo et coll., 2017; Marinkovic et Newfield, 2017; Mullins et coll., 2021; Nobili et coll., 2018; Olson-Kennedy, Rosenthal et coll., 2018; Özkan et coll., 2018; Poudrier et coll., 2019; T'Sjoen et coll., 2019; van de Grift, Elaut et coll., 2018; White Hughto et Reisner, Poteat et coll., 2016; Wierckx, van Caenegem et coll., 2014; Wolter et coll., 2015; Wolter et coll., 2018).

Par conséquent, la WPATH demande instamment aux systèmes de soins de santé de fournir ces traitements médicalement nécessaires et d'éliminer toute exclusion de leurs documents de politique et de leurs lignes directrices médicales qui empêchent la couverture de toute procédure ou de tout traitement médicalement nécessaire pour la santé et le bien-être des personnes TDG. Autrement dit, les gouvernements doivent veiller à ce que les services de soins de santé pour les personnes TDG soient établis, étendus ou améliorés (selon le cas) en tant qu'éléments de tout système de santé universel, de santé publique, de systèmes subventionnés par l'État ou de systèmes privés réglementés par l'État qui pourraient être en place. Les systèmes de soins de santé doivent veiller à ce que les soins de santé courants et spécialisés soient facilement accessibles et abordables pour tous les citoyens sur une base équitable.

Les interventions d'affirmation de genre médicalement nécessaires sont abordées dans les SDS-8. Elles comprennent notamment l'hystérectomie avec ou sans salpingo-ovariectomie bilatérale; la mastectomie bilatérale, la reconstruction thoracique ou la mammoplastie féminisante, le redimensionnement des mamelons ou la pose de prothèses mammaires; la reconstruction génitale, par exemple la phalloplastie et la métoïdioplastie, la scrotoplastie et les prothèses péniennes et testiculaires, la pénectomie,

l'orchidectomie, la vaginoplastie et la vulvoplastie; l'épilation du visage, du corps et des parties génitales pour l'affirmation de genre ou dans le cadre d'un processus de préparation préopératoire; la chirurgie faciale et le remodelage du corps pour affirmer le genre; la thérapie vocale ou la chirurgie des cordes vocales; ainsi que les inhibiteurs de puberté et les hormones d'affirmation de genre; le counseling ou le traitement psychothérapeutique approprié pour le patient et basé sur l'examen des circonstances et des besoins individuels du patient.

Énoncé 2.2

Nous recommandons aux professionnels de la santé et aux autres utilisateurs des SDS-8 d'appliquer les recommandations de façon à répondre aux besoins des communautés locales transgenres et de la diversité de genre, en fournissant des soins adaptés à la culture et qui reconnaissent les réalités des pays dans lesquels ils exercent.

Les personnes TDG s'identifient de différentes manières dans le monde, et ces identités s'inscrivent dans un contexte culturel. Dans les pays francophones, les personnes TDG s'identifient diversement comme *transsexuelles*, *trans*, *de genre non conforme*, *genderqueer*, *de diverses identités de genre*, *non-binaires*, et également *transgenres et de la diversité de genre*, ainsi que d'autres identités, y compris (pour de nombreuses personnes s'identifiant au genre binaire) *homme* ou *femme*. (p. ex. James et coll., 2016; Strauss et coll., 2017; Veale et coll., 2019).

Ailleurs, les identités comprennent, sans s'y limiter, *travesti* (dans une grande partie de l'Amérique latine), *hijra* (dans une grande partie de l'Asie du Sud), *khwaja sira* (Pakistan), *achout* (Myanmar), *maknyah*, *pak-nyah* (Malaisie), *waria* (Indonésie), *kathoey*, *phuying kham phet*, *sao praphet song* (Thaïlande), *bakla*, *transpinay*, *transpinoy* (Philippines), *fa'afafine* (Samoa), *mahu* (Polynésie française, Hawaï), *leiti* (Tonga), *fakafifine* (Niue), *pinapinaaine* (Tuvalu et Kiribati), *vakasalewalewa* (Fidji), *palopa* (Papouasie–Nouvelle-Guinée), *brotherboys* et *sistergirls* (autochtones et peuples insulaires du Déroit de Torres en Australie), et *akava'ine* (Îles Cook) (par ex., APTN et UNDP, 2012; Health Policy Project et coll., 2015; Kerry, 2014). Il existe également un grand nombre d'identités *bispirituelles* en Amérique du Nord (p. ex. *nadleehi*

dans la culture navajo [Diné]) (Sheppard et Mayo, 2013). Les identités auxquelles chacun de ces termes fait référence sont souvent complexes sur le plan culturel et peuvent exister dans un contexte spirituel ou religieux. Selon les cultures et les identités concernées, certaines peuvent être considérées comme un « troisième genre » se situant au-delà du genre binaire (p. ex. Graham, 2010; Nanda, 2014; Peletz, 2009). Certaines identités TDG sont moins solidement établies que d'autres. Dans de nombreux endroits du monde, la visibilité des hommes transgenres et des identités transmasculines non-binaires est relativement récente, avec peu ou pas de termes traditionnels applicables dans les langues locales (Health Policy Project et coll., 2015). Quel que soit le lieu et la personne auprès de laquelle les professionnels de la santé travaillent (y compris ceux qui travaillent auprès de personnes appartenant à des minorités ethniques, de migrants et de réfugiés), ils doivent être conscients du contexte culturel dans lequel les gens ont grandi et vivent, ainsi que des conséquences pour les soins de santé.

Dans le monde entier, la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptation et la qualité des soins de santé varient considérablement, avec les inégalités qui en résultent au sein des pays et d'un pays à l'autre (OCDE, 2019). Dans certains pays, les systèmes de soins de santé officiels coexistent avec des systèmes de soins de santé traditionnels et folkloriques bien établis, les modèles de santé autochtones soulignant l'importance des soins de santé holistiques (WHO, 2019a). Les professionnels de la santé doivent être conscients des traditions et des réalités dans lesquelles les soins de santé sont disponibles et fournir un soutien adapté aux besoins locaux et aux identités des personnes TDG et leur fournir des soins sûrs et adaptés à la culture.

Énoncé 2.3

Nous recommandons aux professionnels de soins de santé de comprendre l'incidence des attitudes sociales, des lois, des circonstances économiques et des systèmes de santé sur les expériences vécues par les personnes transgenres et de la diversité de genre dans le monde entier.

Les expériences vécues par les personnes TDG varient considérablement en fonction de nombreux facteurs, notamment sociaux, culturels (y compris

spirituels), juridiques, économiques et géographiques. Quand les personnes TDG vivent dans des environnements qui soutiennent leur identité de genre ou culturelle, ces expériences peuvent être très positives. Les familles sont particulièrement importantes à cet égard (p. ex. Pariseau et coll., 2019; Yadegarfar et coll., 2014; Zhou et coll., 2021). Cependant, dans une perspective globale, les circonstances dans lesquelles vivent les personnes TDG sont souvent difficiles. Elles se voient généralement refuser des droits largement reconnus par la législation internationale en matière de droits de la personne. Il s'agit notamment des droits à l'éducation, à la santé et à la protection contre les mauvais traitements médicaux, au travail et à un niveau de vie adéquat, au logement, à la liberté de circulation et d'expression, à la vie privée, à la sécurité, à la vie, à la famille, à l'absence de privation arbitraire de liberté, à un procès équitable, à un traitement humain en détention, et à l'absence de torture et de peines ou traitements inhumains ou dégradants (International Commission of Jurists, 2007, 2017).

Il est largement admis que le déni de droits peut avoir un effet sur la santé et le bien-être des minorités sexuelles et de genre (p. ex. OHCHR et coll., 2016; WHO, 2015). Nous réaffirmons donc ici l'importance des droits énumérés ci-dessus pour les personnes TDG et notons que la WPATH a déjà défendu ces droits, notamment au moyen de nombreux documents de politique (p. ex. WPATH, 2016, 2017, 2019). Les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle important dans la défense des droits, dont le droit à des soins d'affirmation de genre de qualité et qui sont appropriés, abordables et accessibles.

Dans le monde entier, un grand nombre d'études décrivent en détail les défis auxquels les personnes TDG sont confrontées dans leur vie et l'incidence sur leur santé et leur bien-être (p. ex. Aurat Foundation, 2016; Bhattacharya et Ghosh, 2020; Chumakov et coll., 2021; Coleman et coll., 2018; Heylens, Elaut et coll., 2014; Human Rights Watch, 2014; James et coll., 2016; Lee, Operario et coll., 2020; Luz et coll., 2022; McNeil et coll., 2012, 2013; Motmans et coll., 2017; Muller et coll., 2019; Scandurra et coll., 2017; Strauss et coll., 2019; Suen et coll., 2017; Valashany et Janghorbani, 2019; Veale et coll., 2019; Wu et coll., 2017). Des études montrent que les personnes TDG sont souvent

victimes de stigmatisation et de préjugés, ainsi que de discrimination et de harcèlement, d'agressions et de violence, ou qu'elles vivent dans l'anticipation et la crainte de tels actes. Les valeurs et attitudes sociales hostiles envers les personnes TDG, souvent communiquées aux jeunes personnes dans les programmes scolaires (p. ex. Olivier et Thurasukam, 2018), s'expriment également dans le rejet familial (p. ex. Yadegarfar et coll., 2014) et se concrétisent dans des lois, des politiques et des pratiques qui limitent la liberté d'exprimer son identité de genre et sa sexualité et entravent l'accès au logement, aux espaces publics, à l'éducation, à l'emploi et aux services (y compris les soins de santé). Le résultat final est que les personnes TDG sont généralement privées d'un large éventail de possibilités offertes à leurs homologues cisgenres et sont poussées en marge de la société, sans soutien familial. Pour aggraver les choses, dans une grande partie du monde, l'accès des personnes TDG à la reconnaissance légale du genre est limité ou inexistant (p. ex. ILGA World, 2020a; TGEU, 2021; UNDP et APTN, 2017). Dans certains pays, ces obstacles bénéficient aujourd'hui du soutien de « théoriciens critiques du genre » (notamment critiqués par Madrigal-Borloz, 2021; Zanghellini, 2020).

Les efforts visant à changer d'identité de genre (thérapies réparatrices ou de conversion de genre visant à rendre la personne cisgenre) sont très répandus, causent des dommages aux personnes TDG (p. ex. APTN, 2020a, 2020b, 2020c, 2021; Bishop, 2019; GIRES et coll., 2020; Turban, Beckwith et coll., 2020) et (comme les efforts visant l'orientation sexuelle) sont considérés comme contraires à l'éthique (p. ex. APS, 2021; Trispiotis et Purshouse, 2021; divers, 2019, 2021). Ces efforts peuvent être considérés comme une forme de violence. L'Expert indépendant sur la protection contre la violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre des Nations Unies a réclamé une interdiction mondiale de ces pratiques (Madrigal-Borloz, 2020). Un nombre croissant d'administrations interdisent ce type de travail (ILGA World, 2020b). Les inégalités résultent de nombreux facteurs, notamment des considérations économiques et des valeurs qui sous-tendent les systèmes de soins de santé, particulièrement en ce qui concerne l'accent mis sur le financement public, privé et autonome des soins de santé. Le manque d'accès à

des soins de santé appropriés et abordables peut augmenter la dépendance à l'égard de systèmes de connaissances informels. Cela comprend des renseignements sur l'auto-administration d'hormones, qui, dans de nombreux cas, se fait sans la surveillance ou la supervision médicale nécessaire (p. ex. Do et coll., 2018; Liu et coll., 2020; Rashid et coll., 2022; Reisner et coll., 2021; Winter et Doussantousse, 2009).

Dans certaines régions du monde, un grand nombre de femmes transgenres utilisent la silicone pour modifier leur corps, en recourant aux services de « pompeurs » de silicone ou en participant à des « fêtes » de pompage, souvent au sein de leur communauté. Les résultats immédiats du pompage de silicone contrastent avec d'importants risques sanitaires en aval (p. ex. Aguayo-Romero et coll., 2015; Bertin et coll., 2019; Regmi et coll., 2021), en particulier lorsque de la silicone industrielle ou d'autres substances injectables ont été utilisées et que le retrait chirurgical peut s'avérer difficile.

Enfin, les résultats en matière de santé sexuelle pour les personnes TDG sont médiocres. La prévalence du VIH chez les femmes transgenres qui s'adressent à des organisations cliniques dans les zones métropolitaines est d'environ 19 % dans le monde, ce qui est 49 fois plus élevé que le taux de prévalence de base dans la population générale (Baral et coll., 2013). Les résultats en matière de santé sexuelle pour les hommes transgenres sont également problématiques (p. ex. Mujugira et coll., 2021).

Énoncé 2.4

Nous recommandons que les traductions des SDS se concentrent sur l'équivalence interculturelle conceptuelle et littérale afin de garantir l'harmonisation avec les principes fondamentaux qui sous-tendent les SDS-8.

Une grande partie des documents de recherche sur les personnes TDG sont produits dans des pays anglophones et à revenu élevé. Les perspectives nordiques globales sur les personnes TDG (y compris celles liées aux besoins et à la prestation de soins de santé) dominent ces documents. Une recherche dans la base de données Scopus effectuée en mai 2021 par les auteurs actuels montre que 99 % de la littérature sur les soins de santé transgenres provient d'Europe, d'Amérique du Nord, d'Australie ou de Nouvelle-

Zélande. Dans l'ensemble, 96 % de la littérature est en anglais. Les personnes TDG de l'hémisphère sud ont reçu relativement peu d'attention dans la littérature de langue anglaise, et le travail des professionnels de la santé qui interagissent avec eux est souvent resté méconnu et non publié, ou n'a pas été traduit en anglais. En appliquant des ressources produites dans l'hémisphère nord, on risque de négliger la pertinence et la nuance des connaissances locales, des cadres et des pratiques culturels, ainsi que de manquer des occasions d'apprendre du travail des autres.

Au moment de traduire les principes énoncés dans les SDS, nous recommandons de suivre les lignes directrices des pratiques exemplaires en matière de traduction afin de garantir la production de ressources écrites de haute qualité qui soient culturellement et linguistiquement adaptées à la situation locale. Il est important que les traducteurs aient des connaissances sur les identités et les cultures des personnes TDG afin de vérifier que les traductions littérales soient sûres et adaptées à la culture des personnes TDG locales. Il est également important que la traduction suive les processus établis pour l'assurance de la qualité (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2010; Sprager et Martinez, 2015).

Énoncé 2.5

Nous recommandons aux professionnels de la santé et aux responsables des politiques de toujours appliquer les principes fondamentaux des SDS-8 dans leur travail auprès des personnes transgenres et de diversité de genre, afin de garantir le respect des droits de la personne et l'accès à des soins de santé appropriés et compétents, y compris :

Principes généraux

- Favoriser l'affirmation de soi et être inclusif. Travailler à réduire la stigmatisation et à faciliter l'accès aux soins de santé appropriés pour tous ceux qui le souhaitent.
- Respecter la diversité. Respecter tous les usagers et toutes les identités de genre. Ne pas pathologiser les différences quant à l'identité ou à l'expression de genre.
- Respecter les droits universels de la personne, y compris le droit à l'intégrité physique et mentale, à l'autonomie et à l'autodétermination, le droit

de ne pas subir de discrimination et le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

Principes relatifs à l'élaboration et à la mise en œuvre de services appropriés et de soins de santé accessibles

- Faire participer les personnes transgenres et de la diversité de genre à l'élaboration et à la mise en œuvre des services.
- Prendre conscience des facteurs sociaux, culturels, économiques et juridiques susceptibles d'avoir une incidence sur la santé (et les besoins en matière de soins de santé) des personnes transgenres et de la diversité de genre, ainsi que de la volonté et de la capacité de la personne à accéder aux services.
- Fournir des soins de santé (ou orienter vers des collègues compétents) qui permettent d'affirmer les identités et les expressions de genre, y compris des soins de santé qui réduisent la détresse associée à la dysphorie de genre (si celle-ci est présente).
- Rejeter les approches qui ont pour but, ou pour conséquence la conversion et éviter d'apporter un soutien direct ou indirect à ces approches ou services.

Principes relatifs à la fourniture de services compétents

- S'informer (se former, si possible) sur les besoins en matière de soins de santé des personnes transgenres et de la diversité de genre, y compris sur les avantages et les risques des soins d'affirmation de genre.
- Adapter l'approche thérapeutique aux besoins particuliers des usagers, en particulier à leurs objectifs en matière d'identité et d'expression de genre.
- Se concentrer sur l'amélioration de la santé et du bien-être plutôt que sur la seule réduction de la dysphorie de genre, qui peut être présente ou non.
- S'engager à adopter des approches de réduction des risques, le cas échéant.

- Permettre aux personnes transgenres et de la diversité de genre de participer pleinement et en toute connaissance de cause aux décisions relatives à leur santé et à leur bien-être.
- Améliorer l'expérience des services de santé, notamment en ce qui concerne les systèmes administratifs et la continuité des soins.

Principes relatifs à l'amélioration de la santé au moyen d'approches communautaires élargies

- Mettre les gens en contact avec des communautés et des réseaux de soutien par les pairs.
- Soutenir et défendre les usagers auprès de leur famille et de leur communauté (écoles, lieux de travail et autres lieux), le cas échéant.

Nous avons déjà cité des recherches détaillant le large éventail de défis auxquels les personnes TDG peuvent être confrontées, qu'il s'agisse d'obstacles sociaux, économiques et juridiques ou d'obstacles liés à l'accès aux soins de santé. Alors que les services de soins de santé varient dans le monde (sur le plan de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité), les services disponibles pour les personnes atteintes de maladies sexuellement transmissibles sont souvent inadéquats. De nombreux rapports provenant de diverses régions du monde montrent que si les personnes TDG peuvent faire état d'expériences positives en matière de soins de santé, ce n'est pas le cas de beaucoup d'autres (p. ex. Callander et coll., 2019; Costa, da Rosa Filho et coll., 2018; Do et coll., 2018; Gourab et coll., 2019; Health Policy Project et coll., 2015; Liu et coll., 2020; Motmans et coll., 2017; Muller et coll., 2019; OPS, 2014; Reisner et coll., 2021; Strauss et coll., 2017; TGEU, 2017). Les options de soins de santé classiques ne répondent souvent pas à leurs besoins en matière de soins de santé généraux, sexuels ou d'affirmation de genre. Les procédures normalisées de prise en charge des patients dans les cliniques et les hôpitaux ne reconnaissent souvent pas les identités de genre de leurs patients TDG (y compris lorsqu'ils ne s'identifient pas à un sexe binaire). Les patients peuvent être hébergés dans des services réservés à un genre qui ne leur convient pas, ce qui les expose au risque de harcèlement sexuel. Les patients

TDG se heurtent souvent à des attitudes hostiles ou à un manque de soutien de la part des professionnels de la santé et du personnel auxiliaire, et peuvent même se voir refuser un service. Il est très préoccupant de constater que, dans certaines parties du monde, les professionnels de la santé participent à des efforts de changement d'identité de genre du type de ceux décrits plus haut dans ce chapitre.

Dans le monde entier, il existe de nombreux autres obstacles à la prestation de soins de santé d'affirmation de genre. Les professionnels de la santé peuvent souvent être réticents à fournir les services que les personnes TDG recherchent. Dans certains pays, il peut y avoir des lois ou des règlements qui les empêchent de le faire. Lorsque les médecins généralistes et les autres professionnels de soins de santé n'ont pas accès à des lignes directrices claires dans leur propre langue, ils peuvent être dissuadés de fournir des services. Même dans les situations où des soins de santé sont disponibles, les patients peuvent trouver qu'il est difficile d'y accéder en raison de la distance, des pratiques de contrôle, des problèmes d'offre et de demande qui entraînent de longues listes d'attente ou des augmentations de coût. En effet, les procédures d'affirmation de genre peuvent ne pas être intégrées dans un régime universel de soins de santé ou être couvertes par une assurance privée, même si des procédures similaires peuvent être couvertes pour les patients cisgenres.

Pour toutes ces raisons, de nombreuses personnes TDG évitent les services de santé officiels quand elles le peuvent. Leurs propres communautés comblent généralement le vide, agissant comme des ressources importantes pour leurs membres. Elles apportent un soutien social et émotionnel, souvent dans un environnement par ailleurs hostile. En outre, elles agissent souvent comme des réservoirs de renseignements communs sur les options disponibles en matière de soins de santé, y compris les options parallèles et informelles de soins de santé en dehors de la médecine traditionnelle (et plus accessibles et abordables que celle-ci). Comme nous l'avons vu plus tôt dans ce chapitre, cela comprend souvent l'échange de renseignements sur la silicone et d'autres substances injectables destinées à la transformation corporelle, ainsi que sur les hormones qui sont autoadministrées sans la surveillance ou la supervision médicale

nécessaire. L'OMS souligne que les personnes TDG qui s'autoadministrent des hormones d'affirmation de genre auraient avantage à avoir accès à des renseignements fondés sur des données probantes, à des produits de qualité et à du matériel d'injection stérile (WHO, 2021). L'accès à ces renseignements peut s'inscrire dans une approche élargie de réduction des risques (p. ex. Idrus et Hyman, 2014).

La mise en pratique des principes fondamentaux décrits ci-dessus peut améliorer les expériences en matière de soins de santé et favoriser le respect des personnes TDG dans tous les contextes locaux. Cela peut se produire indépendamment des réalités d'un système de santé (y compris le contexte culturel, social, juridique et économique dans lequel les soins de santé sont fournis), du niveau de prestation disponible ou des personnes TDG qui recherchent ces services.

CHAPITRE 3 · ESTIMATIONS DÉMOGRAPHIQUES

Dans l'édition précédente de ses Standards de soins, soit la version 7, la WPATH n'a recensé qu'un petit nombre d'articles tentant d'estimer la taille de la population de personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG) et a qualifié les connaissances scientifiques de « point de départ » nécessitant une étude systématique plus approfondie (Coleman et coll., 2012). Depuis lors, la littérature sur ce sujet s'est considérablement accrue, comme en témoigne un certain nombre de revues récentes qui ont cherché à synthétiser les données probantes disponibles (Arcelus et coll., 2015; Collin et coll., 2016; Goodman et coll., 2019; Meier et Labuski, 2013; Zhang et coll., 2020).

Lors de l'examen des données épidémiologiques relatives à la population TDG, il est préférable d'éviter les termes « incidence » et « prévalence ». Le fait d'éviter ces termes et d'autres termes similaires peut empêcher une pathologisation inappropriée des personnes TDG (Adams et coll., 2017; Bouman et coll., 2017). En outre, le terme « incidence » n'est peut-être pas applicable dans cette situation, car il suppose que le statut de personne TDG a une date d'apparition facilement identifiable, condition préalable pour calculer des estimations d'incidence (Celentano et Szklo, 2019). Pour toutes ces raisons, nous recommandons d'utiliser les termes « nombre » et « proportion » pour désigner la taille absolue et relative de la population TDG.

L'élément le plus important à prendre en compte lors de l'examen de cette littérature est peut-être la définition variable appliquée à la population TDG (Collin et coll., 2016; Meier et Labuski, 2013). Dans les études cliniques, les données sur les personnes TDG se limitent généralement aux personnes qui ont reçu un diagnostic ou du counseling liés aux personnes transgenres ou à celles qui ont demandé ou suivi une thérapie d'affirmation de genre, alors que les recherches basées sur des enquêtes s'appuient généralement sur une définition élargie et plus inclusive basée sur les identités de genre déclarées par les personnes elles-mêmes.

Une autre considération méthodologique dans l'évaluation de la taille et de la distribution de la population TDG est la nécessité de comprendre ce qui constitue la base d'échantillonnage. Comme l'indiquent

de récentes revues de littérature (Goodman et coll., 2019; Zhang et coll., 2020), bon nombre des études publiées, en particulier celles réalisées il y a plus de dix ans, ont d'abord évalué le nombre de patients vus dans un centre clinique particulier, puis ont divisé ce nombre par une taille approximative de la population. Il est peu probable que cette méthode produise une estimation précise, car le numérateur des calculs n'est pas nécessairement inclus dans le dénominateur, et la taille réelle du dénominateur reste souvent inconnue.

Compte tenu de ces considérations, il est conseillé de se concentrer sur les études récentes (publiées au cours de la dernière décennie) évaluées par des pairs qui ont utilisé une méthodologie solide pour cibler les personnes TDG dans un cadre d'échantillonnage bien défini. Pour toutes ces raisons, le présent chapitre se concentre sur les études qui répondent aux critères d'inclusion suivants : 1) parues sous presse en 2009 ou plus tard; 2) ont utilisé une définition claire du statut TDG; 3) ont calculé des proportions de personnes TDG sur la base d'un dénominateur de population bien défini; et 4) ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs. Ces types d'études peuvent fournir des estimations contemporaines plus précises.

Les études disponibles peuvent être classées en trois groupes : 1) celles qui présentent les proportions de personnes TDG parmi les personnes inscrites dans de grands systèmes de soins de santé; 2) celles qui présentent les résultats d'enquêtes de population portant principalement sur des participants adultes; et 3) celles qui sont basées sur des enquêtes menées auprès de jeunes dans les écoles. Parmi ces trois catégories, les études les plus instructives et les plus solides sur le plan méthodologique sont résumées ci-dessous. Des détails supplémentaires sur ces études et d'autres études similaires peuvent être trouvés dans des revues de littérature récentes (Goodman et coll., 2019; Zhang et coll., 2020).

Toutes les études qui ont estimé la taille de la population TDG inscrite dans de grands systèmes de soins de santé ont été menées aux États-Unis et toutes se sont appuyées sur des renseignements obtenus à partir de dossiers médicaux électroniques. Quatre de ces études basées sur les systèmes de santé se sont appuyées exclusivement sur les codes de diagnostic pour déterminer la population TDG; deux études (Blosnich et coll., 2013; Kauth et coll., 2014) ont utilisé

les données du système Veterans Health Affairs, qui fournit des soins à plus de 9 millions de personnes, et deux études (Dragon et coll., 2017; Ewald et coll., 2019) ont utilisé les données des demandes de remboursement de Medicare, le programme fédéral d'assurance maladie qui couvre principalement les personnes âgées de 65 ans ou plus. Les proportions de personnes TDG signalées dans ces études basées sur les codes de diagnostic varient entre 0,02 % et 0,03 % environ. Une autre publication plus récente a également utilisé les données de Medicare ainsi que les demandes d'assurance commerciale pour cibler les personnes TDG et a appliqué des critères d'inclusion élargis pour compléter les codes de diagnostic avec des renseignements sur les procédures et l'hormonothérapie (Jasuja et coll., 2020). En utilisant cette méthodologie, la proportion de personnes TDG parmi toutes les personnes inscrites dans les régimes de santé participants était de 0,03 %. La sixième étude basée sur les systèmes de santé (Quinn et coll., 2017) a été menée sur les régimes Kaiser Permanente dans les États de Géorgie et de Californie; ces régimes fournissent des soins à environ 8 millions de membres inscrits par l'intermédiaire d'employeurs, de programmes gouvernementaux ou à titre individuel. La population TDG de l'étude Kaiser Permanente a été déterminée dans tous les groupes d'âge à l'aide de codes de diagnostic et de notes cliniques en texte libre. Les proportions de personnes TDG déterminées par l'étude Kaiser Permanente étaient plus élevées que les proportions correspondantes rapportées dans les études Veterans Health Affairs et Medicare, les estimations les plus récentes allant de 0,04 à 0,08 %.

Par rapport aux résultats des études basées sur les systèmes de santé, les résultats des enquêtes basées sur le statut TDG autodéclaré ont produit des estimations beaucoup plus élevées. Deux études américaines ont tiré parti de la Behavioral Risk Factor Surveillance Study (BRFSS), qui est une enquête téléphonique annuelle menée dans les 50 États et territoires américains (Conron et coll., 2012; Crissman et coll., 2017). La première étude a utilisé les données des cycles 2007-2009 de l'enquête BRFSS dans l'État du Massachusetts, et la deuxième étude a utilisé les données 2014 de l'enquête BRFSS de 19 États et du territoire de Guam. Les deux études indiquent qu'environ 0,5 % des participants adultes (âgés d'au

moins 18 ans) ont répondu « *Oui* » à la question « *Vous considérez-vous comme transgenre?* »

Une enquête sur Internet menée auprès d'un échantillon de la population néerlandaise âgée de 15 à 70 ans (Kuyper et Wijzen, 2014) a demandé aux participants de répondre aux deux questions suivantes à l'aide d'une échelle de Likert de 5 points : « *Pourriez-vous indiquer dans quelle mesure vous vous sentez psychologiquement comme un homme?* » et « *Pourriez-vous indiquer dans quelle mesure vous vous sentez psychologiquement comme une femme?* » Les personnes interrogées étaient considérées comme « ambivalentes sur le plan du genre » si elles donnaient la même cote aux deux affirmations et comme « en incongruence de genre » si elles donnaient une cote plus faible pour leur sexe assigné à la naissance que pour leur identité de genre. Les proportions de participants déclarant une incongruence et une ambivalence sur le plan de l'identité de genre étaient respectivement de 1,1 % et de 4,6 % pour les personnes assignées au sexe masculin à la naissance (AMAN), et de 0,8 % et de 3,2 % pour les personnes assignées au sexe féminin à la naissance (AFAN).

Une étude similaire a permis d'estimer la proportion de résidents TDG dans la région des Flandres en Belgique à l'aide d'un échantillon tiré du registre national du pays (Van Caenegem, Wierckx et coll., 2015). Les participants ont été invités à coter les affirmations suivantes : « *Je me sens comme une femme* » et « *Je me sens comme un homme* » sur une échelle de Likert de 5 points. En utilisant les mêmes définitions que celles appliquées dans l'étude néerlandaise (Kuyper et Wijzen, 2014), la proportion de personnes présentant une incongruence de genre était de 0,7 % pour les personnes AMAN et de 0,6 % pour les personnes AFAN. Les estimations correspondantes pour l'ambivalence de genre chez les personnes AMAN et AFAN sont respectivement de 2,2 % et de 1,9 %.

Une étude plus récente basée sur la population a évalué la proportion de personnes TDG parmi environ 50 000 résidents adultes du comté de Stockholm, en Suède (Åhs et coll., 2018). Le numérateur a été déterminé en posant aux participants la question suivante : « *J'aimerais avoir recours aux hormones ou à la chirurgie pour ressembler davantage à une personne d'un autre sexe.* » Deux questions supplémentaires ont été conçues pour cibler les

personnes en situation d'incongruence de genre : « *Je me sens comme quelqu'un d'un autre sexe* » et « *J'aimerais vivre ou être traité comme quelqu'un d'un autre sexe* ». La nécessité d'une hormonothérapie ou d'une chirurgie d'affirmation de genre a été signalée par 0,5 % des participants. Les personnes qui ont déclaré se sentir comme une personne d'un autre sexe et celles qui voulaient vivre ou être traitées comme une personne d'un autre sexe représentaient respectivement 2,3 % et 2,8 % de l'échantillon total.

Les données basées sur la population en dehors de l'Amérique du Nord et de l'Europe occidentale sont moins courantes. Une étude récente fournit des données précieuses issues d'une vaste enquête représentative de 6 000 adultes au Brésil (Spizzirri et coll., 2021). L'identité de genre des participants a été évaluée sur la base des trois questions suivantes 1) « *Laquelle des options suivantes décrit le mieux ce que vous ressentez actuellement?* » (Options : J'ai le sentiment d'être un homme, j'ai le sentiment d'être une femme, et j'ai le sentiment de n'être ni un homme ni une femme); 2) « *Quel est le sexe indiqué sur votre acte de naissance?* » (Options : homme, femme et indéterminé); et 3) « *À laquelle des situations vous identifiez-vous le plus?* » (Options : Je suis né homme, mais je me sens femme depuis l'enfance; je suis née femme, mais je me sens homme depuis l'enfance; je suis né homme, et je me sens bien dans mon corps; je suis née femme, et je me sens bien dans mon corps). Sur la base des réponses à ces trois questions, les auteurs ont déterminé que 1,9 % des répondants à l'enquête étaient des personnes TDG (0,7 % définis comme transgenres et 1,2 % définis comme non-binaires).

La littérature sur les proportions de la population des jeunes TDG (personnes âgées de moins de 19 ans) comprend plusieurs études menées dans des écoles. Une enquête transversale nationale réalisée en 2012 en Nouvelle-Zélande a recueilli des renseignements sur l'identité TDG parmi les lycéens (Clark et coll., 2014). Parmi plus de 8 000 participants à l'enquête, 1,2 % se sont déclarés TDG et 2,5 % ont indiqué qu'ils n'étaient pas sûrs. Une autre étude portant sur les écoliers était basée sur une enquête réalisée en 2016 auprès d'élèves de 9^e et 11^e année (âgés de 14 à 18 ans) dans l'État américain du Minnesota (Eisenberg et coll., 2017). Sur les quelque 81 000 répondants à l'enquête, 2,7 % ont déclaré être TDG. Une étude plus récente (Johns et

coll., 2019) a présenté les résultats de l'enquête sur les comportements à risque des jeunes (Youth Risk Behavior Survey ou YRBS), menée tous les deux ans auprès d'échantillons locaux, étatiques et nationaux représentatifs d'élèves américains de la 9^e à la 12^e année (tranche d'âge approximative de 13 à 19 ans). Le cycle 2017 de la YRBS a été mené dans 10 États et 9 grandes zones urbaines et comprenait la séquence suivante : « *Certaines personnes se décrivent comme transgenres quand leur sexe à la naissance ne correspond pas à ce qu'elles pensent ou ressentent à propos de leur genre. Êtes-vous transgenre?* » Sur près de 120 000 participants répartis dans les 19 sites, 1,8 % ont répondu « *Oui, je suis transgenre* » et 1,6 % ont répondu « *Je ne suis pas sûr d'être transgenre* ».

Une autre étude en milieu scolaire récemment publiée aux États-Unis a présenté les résultats d'une enquête menée en 2015 en Floride et en Californie dans le but de recenser les enfants et les adolescent(e)s de la diversité de genre dans un échantillon d'un peu plus de 6 000 élèves de la 9^e à la 12^e année (Lowry et coll., 2018). L'expression « forte non-conformité de genre » a été utilisée pour définir les enfants AMAN qui ont déclaré être très/plutôt/quelque peu féminins ou les enfants AFAN qui ont déclaré être très/plutôt/quelque peu masculins. En fonction de ces définitions, les proportions de participants TDG se chiffraient à 13 % parmi les étudiants AMAN, à 4 % parmi les étudiants AFAN et à 8,4 % dans l'ensemble.

Une seule étude a examiné la proportion d'enfants se déclarant TDG dans un groupe d'âge plus jeune. Shields et coll. ont analysé les données d'une enquête réalisée en 2011 auprès de 2 700 élèves de la 6^e à la 8^e année (fourchette d'âge de 11 à 13 ans) dans 22 écoles intermédiaires publiques de San Francisco (Shields et coll., 2013). Trente-trois enfants se sont identifiés comme TDG en répondant à la question « *Quel est ton genre?* », où les réponses possibles étaient « *féminin, masculin ou transgenre* ». La proportion de répondants transgenres à l'enquête était donc de 1,3 %. Toutefois, cette définition excluait les personnes TDG qui s'identifient comme non-binaires et celles qui ne s'identifient pas explicitement comme transgenres.

Dans l'ensemble, ces données indiquent que parmi les études basées sur les systèmes de santé qui se sont appuyées sur les codes de diagnostic ou d'autres

données probantes consignées dans les dossiers médicaux (Blosnich et coll., 2013; Dragon et coll., 2017; Ewald et coll., 2019; Kauth et coll., 2014; Quinn et coll., 2017), les proportions de personnes TDG signalées au cours des dernières années (2011-2016) variaient de 0,02 % à 0,08 %. En revanche, lorsque le statut TDG était déterminé sur la base d'une auto-déclaration, les proportions correspondantes étaient plus élevées et raisonnablement uniformes, si les études utilisaient des définitions similaires. Lorsque les enquêtes portaient précisément sur l'identité « transgenre », les estimations variaient de 0,3 % à 0,5 % chez les adultes et de 1,2 % à 2,7 % chez les enfants et les adolescent(e)s. Lorsque la définition a été élargie pour inclure des manifestations élargies de la diversité de genre, telles que l'incongruence ou l'ambivalence de genre, les proportions

correspondantes étaient plus élevées : de 0,5 % à 4,5 % chez les adultes et 2,5 % à 8,4 % chez les enfants et les adolescent(e)s.

Comme en fait foi une autre étude (Goodman et coll., 2019), une autre observation notable est l'augmentation continue de la taille et de la composition de la population TDG, avec des tendances à la hausse de la proportion de personnes TDG observées dans les systèmes de soins de santé, au moyen d'enquêtes basées sur la population, ainsi que dans les données relatives à la reconnaissance légale du genre. Les estimations plus élevées observées dans la littérature plus récente viennent confirmer certaines des publications antérieures indiquant que la taille de la population TDG était probablement sous-estimée dans les études précédentes (Olyslager et Conway, 2008).

Résumé des proportions signalées de personnes TDG dans la population générale

Études basées sur les systèmes de santé : de 0,02 à 0,1 %

Études basées sur des enquêtes auprès d'adultes : de 0,3 à 0,5 % (transgenres), de 0,3 à 4,5 % (toutes les personnes TDG)

Études basées sur des enquêtes auprès d'enfants et d'adolescent(e)s : de 1,2 à 2,7 % (transgenres), de 2,5 à 8,4 % (toutes les personnes TDG)

Les tendances temporelles relatives au ratio des personnes AMAN/AFAN ont également été présentées dans des études analysant les aiguillages vers des cliniques ainsi que les données des systèmes de santé intégrés; ce ratio est passé d'une prédominance de personnes AMAN au cours des décennies précédentes à une prédominance de personnes AFAN ces dernières années, en particulier parmi les jeunes TDG (Aitken et coll., 2015; de Graaf, Carmichael et coll., 2018; de Graaf, Giovanardi et coll. 2018; Steensma et coll., 2018; Zhang et coll., 2021). La tendance à une plus grande proportion de personnes TDG dans les groupes d'âge plus jeunes et les différences liées à l'âge dans le ratio AMAN/AFAN représentent probablement l'« effet de cohorte », qui reflète les progrès sociopolitiques, les changements dans les pratiques en matière d'aiguillage, l'accès accru aux soins de santé et à l'information médicale, la stigmatisation culturelle moins prononcée et d'autres changements qui ont un effet différentiel entre les générations (Ashley 2019d; Pang et coll., 2020; Zhang et coll., 2020).

Malgré les améliorations récentes de la qualité des études publiées, une limite importante de la littérature

existante est la rareté relative des publications évaluées par des pairs provenant de régions autres que l'Europe occidentale ou l'Amérique du Nord. Certains des renseignements pertinents sur les estimations mondiales peuvent être obtenus à partir de rapports soutenus par des gouvernements ou des organisations non gouvernementales (Fisher et coll., 2019; Kasianczuk et Trofymenko, 2020), mais ces rapports peuvent être difficiles à trouver et à évaluer de manière systématique jusqu'à ce qu'ils apparaissent dans la littérature évaluée par les pairs. D'autres obstacles à l'évaluation de la répartition mondiale des populations TDG sont l'accès insuffisant aux données démographiques et la surreprésentation des revues en langue anglaise dans la littérature mondiale.

En dépit de ces limites, les données disponibles de la plus haute qualité démontrent clairement que les personnes TDG représentent une proportion importante et croissante de la population générale. Sur la base des données crédibles disponibles à ce jour, cette proportion peut varier d'une fraction de pourcentage à plusieurs points de pourcentage en fonction des critères d'inclusion, de la tranche d'âge et de la localisation

géographique. Une estimation précise de la proportion, de la répartition et de la composition de la population TDG, ainsi qu'une projection des ressources nécessaires pour répondre de manière adéquate aux besoins de santé des personnes TDG, devraient s'appuyer sur des données de haute qualité recueillies de manière systématique, qui sont aujourd'hui de plus en plus disponibles. La collecte continue et régulière de ces données est nécessaire pour réduire la variabilité et minimiser la surestimation et la sous-estimation des résultats déclarés. Par exemple, des estimations beaucoup plus exactes et précises devraient être disponibles quand les recensements de la population commenceront à recueillir et à communiquer systématiquement des données sur le sexe assigné à la naissance et l'identité de genre, y compris les catégories de personnes agenes et non-binaires, en utilisant la méthode en deux étapes désormais bien validée. La première estimation de ce type, basée sur le recensement, a été publiée par l'organisme national de statistique du Canada. D'après les données du recensement de 2021, 100 815 des 30,5 millions de

Canadiens se sont identifiés comme transgenres ou non-binaires, ce qui représente 0,33 % de la population âgée de 15 ans ou plus (Statistics Canada, 2022). Conformément à la littérature publiée, les proportions de personnes transgenres et non-binaires étaient beaucoup plus élevées pour la génération Z (née entre 1997 et 2006, 0,79 %) et les milléniaux (nés entre 1981 et 1996, 0,51 %) que pour la génération X (née entre 1966 et 1980, 0,19 %), les baby-boomers (nés entre 1946 et 1965, 0,15 %), et les générations de l'entre-deux-guerres et les générations les plus anciennes (nées en 1945 ou avant, 0,12 %). Bien que ces résultats représentent les données de la plus haute qualité disponible à ce jour, on ne sait pas exactement comment les proportions de population déclarées au Canada se comparent à celles d'autres pays. La variabilité des définitions de la population TDG et les différences dans les méthodes de collecte de données peuvent être réduites en améliorant les collaborations internationales.

CHAPITRE 4 • ÉDUCATION

Ce chapitre présente une analyse générale de la littérature relative à l'éducation en matière de soins de santé pour les personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG). Des recommandations sont proposées à l'intention des gouvernements, des organismes non gouvernementaux, des institutions et des professionnels, dans le but d'améliorer l'accès à des soins de santé compétents et empreints de compassion. Cet accès accru devrait à son tour améliorer les résultats en matière de santé dans les populations TDG. Comme il s'agit d'un nouveau chapitre des Standards de soins de la WPATH, l'intention consiste à jeter les bases du domaine de l'éducation et d'inviter les éducateurs et les professionnels de la santé à prendre part à une discussion élargie et approfondie.

Les professionnels de la santé participant aux soins transgenres couvrent un large éventail de disciplines. La formation des professionnels de la santé varie considérablement d'un pays ou d'une région à l'autre en matière de structure, d'autorisation d'exercer et de politique. La littérature publiée dans le domaine de la formation sur les soins de santé TDG provient principalement d'Amérique du Nord, d'Europe, d'Australie et de Nouvelle-Zélande. Le présent chapitre ne fournit pas une analyse de la littérature relative à l'éducation pour chaque discipline, ni des besoins propres à chaque discipline (qui peuvent être trouvés dans les chapitres correspondants), ni des besoins propres au système d'éducation de chaque pays/région en matière de santé. Il est nécessaire de mieux comprendre l'intersectionnalité entre les systèmes d'éducation du domaine de la santé, l'autorisation d'exercer et la santé transgenre dans le monde entier et de mener des recherches à ce sujet.

À l'échelle mondiale, l'éducation en matière de santé des personnes TDG est impérative si l'on veut remédier aux disparités nationales et internationales en matière de santé. Les compétences culturelles relatives aux communautés TDG restent insuffisantes. Le Groupe de la Banque mondiale (World Bank Group, 2018) fait état de discrimination, de harcèlement, de violence et d'agressions largement répandus touchant les personnes TDG. Il signale également que les personnes TDG sont confrontées aux taux les plus élevés de violence et de discrimination (World Bank

Group, 2018). Bien que de nombreux pays à revenu élevé disposent de lois nationales contre la discrimination faisant de l'identité de genre une caractéristique protégée, la discrimination en milieu de travail, dans l'éducation et dans les soins de santé reste problématique (World Bank Group, 2018).

Dans toutes les disciplines, les programmes d'études à tous les niveaux – premier cycle, deuxième cycle, résidence ou formation continue – ont toujours ignoré l'enseignement culturel ou clinique lié aux personnes TDG. La Joint Commission (États-Unis) a recommandé aux organisations de soins de santé de fournir des programmes et des forums éducatifs qui répondent aux besoins uniques de la communauté LGBT et d'offrir des possibilités éducatives qui traitent des questions de santé LGBT (The Joint Commission, 2011). Toutefois, cette recommandation n'est pas appliquée.

Sur le plan individuel, plusieurs questions appellent des réponses. Quels sont les types d'interventions éducatives les plus efficaces pour lutter contre la transphobie et conduire à des changements d'attitude durables? Quelles sont les interventions qui permettent d'augmenter le nombre de professionnels de soins dans ce domaine ainsi que le nombre de personnes TDG recevant des soins? L'exposition clinique accroît-elle la confiance des professionnels au fil du temps? Quelles sont les interventions éducatives qui ont permis d'améliorer les résultats en matière de santé dans la population TDG et, le cas échéant, quand et comment ces interventions ont-elles permis d'atteindre cet objectif? Bien que les professions de la santé aient commencé à intégrer la santé des personnes TDG dans l'enseignement en utilisant une variété de modalités et à différents niveaux de formation, les efforts varient selon la profession et ne sont pas de nature systémique ni systématique (p. ex. Brennan et coll., 2012; Chinn, 2013; Eliason et coll., 2010; Lim et coll., 2015; Obedin-Maliver et coll., 2011; Rondahl, 2009).

Atteindre l'humilité culturelle avec la pleine appréciation de l'intersectionnalité de l'humanité représente un objectif éducatif ultime. Cela dit, ce premier appel à l'éducation vise à jeter les bases d'une sensibilisation et d'une compétence culturelles qui sont actuellement faibles, voire inexistantes, dans une grande partie du monde.

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des

données probantes, d'une évaluation des bénéfiques et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas,

nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les services peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables.

Énoncés de recommandations

4.1 - Nous recommandons que tout le personnel travaillant dans des organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et privés reçoive une formation de sensibilisation culturelle axée sur le traitement des personnes transgenres et de la diversité de genre avec dignité et respect.

4.2 - Nous recommandons que tous les membres du personnel de santé reçoivent une formation de sensibilisation culturelle axée sur le traitement des personnes transgenres et de la diversité de genre avec dignité lors de l'orientation et dans le cadre de la formation annuelle ou continue.

4.3 - Nous recommandons aux institutions impliquées dans la formation des professionnels de la santé d'élaborer des compétences et des objectifs d'apprentissage pour la santé des personnes transgenres et de la diversité de genre dans chacun des domaines de compétences de leur spécialité.

Recommandation 4.1

Nous recommandons que tout le personnel travaillant dans des organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et privés reçoive une formation de sensibilisation culturelle axée sur le traitement des personnes transgenres et de la diversité de genre avec dignité et respect.

L'article premier de la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies prévoit que « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits » (United Nations, 1948). Ce n'est que récemment que cette déclaration fondamentale a inclus la reconnaissance que les droits des personnes TDG sont des droits de la personne (UNOCHR, 2018). Dans le monde, la formation à tous les niveaux sur les communautés TDG continue de faire défaut. En 2002, seulement 3 % des entreprises du classement Fortune 500 disposaient d'une protection contre la discrimination pour les employés TDG, et aucune n'offrait de couverture d'assurance pour les soins de santé d'affirmation de genre (Human Rights Campaign Foundation, 2017). En 2022, 91 % des entreprises du classement Fortune 500 incluaient l'identité de genre dans les politiques américaines de non-discrimination, et 66 % offriraient une couverture d'assurance inclusive des personnes TDG. Toutefois, seulement 72 % d'entre elles dispensent à leur personnel une forme quelconque de formation sur les connaissances culturelles relatives aux personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et queers (LGBTQ) (Human Rights Campaign Foundation, 2022). Ce manque de compréhension favorise une discrimination généralisée. Dans l'ensemble, ces incohérences ont un

effet négatif sur la santé des personnes et des communautés et exacerbent les disparités et les inégalités en matière de santé auxquelles elles sont confrontées. En Grande-Bretagne, seuls 28 % des travailleurs TDG estiment que la haute direction est engagée en faveur de l'égalité des personnes TDG; seuls 21 % des employés TDG envisageraient de signaler un harcèlement transphobe sur le lieu de travail (Stonewall, 2018). Pour ceux qui sont ouvertement TDG, 34 % ont été exclus par leurs collègues, 35 % ont été abusés par des clients, 24 % se sont vu refuser une promotion en raison de leur identité de genre, et 11 % ont été licenciés (Stonewall, 2018). Dans le sud-est de l'Europe, la Banque mondiale a déclaré que la discrimination, le harcèlement, la violence et les agressions sont très répandus et que les personnes TDG dans cette région sont confrontées aux taux les plus élevés de violence et de discrimination (World Bank Group, 2018). Souvent, la discrimination n'est pas signalée, 60 % des personnes ne déposant pas de plainte parce qu'elles ne croient pas que leur plainte sera prise en compte, qu'elles craignent une nouvelle discrimination ou d'être ridiculisées, et qu'elles sont réticentes à l'idée que l'on révèle leur identité de genre (World Bank Group, 2018). Il incombe aux organismes gouvernementaux, non gouvernementaux et privés des pays dotés de lois contre la discrimination de garantir les droits de la population TDG. Ils sont donc tenus de trouver des moyens de réduire la discrimination et la stigmatisation. L'un de ces moyens est l'éducation. Les cultures locales qui favorisent les attitudes anti-TDG représentent souvent un obstacle à cette éducation nécessaire. Bien que les formations à la compétence

culturelle aient donné des résultats équivoques, Shepherd (2019) recommande d'offrir une formation d'acquisition de connaissances culturelles qui donne la priorité aux questions culturelles locales et se concentre sur les valeurs d'ouverture, d'absence de jugement et de réceptivité, afin d'obtenir les résultats souhaités. La mise en œuvre d'une telle formation nécessite des leaders désireux de donner la priorité à la formation et de consacrer le temps, l'argent et le capital humain nécessaires à la mise en œuvre de la formation initiale et continue.

Recommandation 4.2

Nous recommandons que tous les membres du personnel de santé reçoivent une formation de sensibilisation culturelle axée sur le traitement des personnes transgenres et de la diversité de genre avec dignité lors de l'orientation et dans le cadre de la formation annuelle ou continue.

Dans toutes les disciplines, les programmes d'études à tous les niveaux – premier cycle, deuxième cycle, résidence ou formation continue – ont historiquement ignoré l'éducation culturelle ou clinique relative aux personnes TDG. Les facteurs contribuant à ce manque d'inclusion comprennent le manque de connaissances, d'expérience et d'aisance du corps enseignant quant au sujet, les préjugés du corps enseignant, l'espace limité dans le programme d'études existant et le manque de directives sur la façon d'intégrer les sujets (McDowell et Bower, 2016). Les recherches sur l'absence et la nécessité d'une telle formation ne portent pas précisément sur les problèmes de santé des personnes TDG. La littérature existante englobe plutôt la formation sur la santé des personnes TDG dans le cadre d'une discussion élargie sur le manque de formation culturelle et clinique axée sur les personnes LGBTQ. Par exemple, les programmes de baccalauréat en sciences infirmières ne comprennent en moyenne que 2,12 heures d'enseignement sur la santé des personnes LGBTQ (Lim et coll., 2015). On peut supposer que le temps consacré aux questions de santé propres aux personnes TDG n'a représenté qu'une fraction de ce temps.

Dans le contexte élargi de la communauté LGBTQ, le manque de formation sur le plan des compétences culturelles et cliniques liées aux personnes TDG représente une lacune bien connue de l'enseignement

des soins de santé (Aldridge et coll., 2021). Aux États-Unis, le programme *Healthy People 2020* du Department of Health and Human Services (United States Department of Health and Human Services, 10 avril 2013), l'Académie nationale de médecine (The Institute of Medicine, 2011) et la Joint Commission (The Joint Commission, 2011) ont tous reconnu que le manque d'éducation a un effet négatif sur la capacité des personnes LGBTQ, y compris les personnes TDG, à obtenir des soins appropriés et nécessaires sur le plan médical. Le House of Commons Women and Equalities Committee du Royaume-Uni a constaté que le manque d'éducation contribuait aux disparités de santé des personnes TDG dans le National Health Service (House of Commons Women and Equalities Committee, 8 décembre 2015). Le manque d'éducation sur le plan des soins de santé des personnes TDG a été relevé aux États-Unis (Obedin-Maliver et coll., 2011), au Royaume-Uni (Tollemache et coll., 2021), en Afrique du Sud (de Vries et coll., 2020; Taylor et coll., 2018; Wilson et coll., 2014), au Canada (Bauer et coll., 2014), en Australie (Riggs et Bartholomaeus, 2016), en Suède, en Espagne, en Serbie, en Pologne (Burgwal et coll., 2021) et au Pakistan (Martins et coll., 2020), entre autres pays.

Outre l'élaboration d'un programme d'études, Shepherd (2022) affirme que des volets cliniques et organisationnels sont nécessaires pour améliorer les rencontres cliniques et la satisfaction des consommateurs. Sur le plan organisationnel, ce doit être réalisable, local et axé sur la pratique (Shepherd, 2022). Sur le plan individuel, en plus d'acquérir des connaissances, les professionnels de la santé ont tout intérêt à employer des traits génériques qui se concentrent sur les valeurs d'ouverture, de non-jugement et de réceptivité (Shepherd, 2018).

Recommandation 4.3

Nous recommandons aux institutions impliquées dans la formation des professionnels de la santé d'élaborer des compétences et des objectifs d'apprentissage pour la santé des personnes transgenres et de la diversité de genre dans chacun des domaines de compétences de leur spécialité.

Chaque profession du milieu de la santé dispose de ses propres établissements d'enseignement, organismes administratifs et organismes d'agrément, qui varient en

fonction du pays et de la spécialisation au sein de la profession. Aucune grande organisation de professionnels de la santé, aucun établissement d'enseignement, ni aucun organisme d'agrément ne semble exiger une formation en matière de santé des personnes TDG. Bien que ces organisations recommandent de plus en plus d'inclure la santé intersexe LGBTQ, elles précisent rarement les compétences, les aptitudes ou les objectifs d'apprentissage nécessaires pour travailler auprès des personnes TDG dans le cadre de leur spécialité. Les documents publiés sur la formation des professionnels de la santé dans le cadre de la santé des personnes TDG sont principalement axés sur les soins infirmiers, la médecine et la santé mentale et proviennent essentiellement d'Amérique du Nord, d'Europe, d'Australie et de Nouvelle-Zélande. Il est essentiel d'améliorer la compréhension de la santé des personnes transgenres, ainsi que de mettre en place des systèmes et des exigences de formation des professionnels de la santé et de la médecine en général.

Malgré la visibilité croissante des personnes TDG, l'accès à des professionnels de la santé compétents et connaissant la culture reste un besoin criant dans le monde entier (James et coll., 2016; Lerner et coll., 2020; Müller, 2017). Le manque de professionnels compétents représente un obstacle majeur aux soins d'affirmation de genre pour les personnes transgenres (Puckett et coll., 2018; Safer et coll., 2016) et contribue à d'importantes disparités en matière de santé (Giffort et Underman, 2016; Reisman et coll., 2019). Le manque de formation professionnelle adéquate dans le domaine de la santé des personnes TDG représente un problème mondial (Do et Nguyen, 2020; Martins et coll., 2020;

Parameshwaran et coll., 2017) qui se manifeste à tous les niveaux de formation (Dubin et coll., 2018) et dans toutes les disciplines de la santé (Glick et coll., 2020; Gunjawate et coll., 2020; Johnson et Federman, 2014) et les spécialités médicales (Fung et coll., 2020; Korpaisarn et Safer, 2018).

Des difficultés subsistent, car les études menées jusqu'à présent portent sur des échantillons de petite taille, impliquent une formation ponctuelle, visent plusieurs disciplines à plusieurs niveaux de carrière, se concentrent sur des résultats à court terme et couvrent souvent tous les sujets liés aux personnes LGBTQI plutôt que les sujets propres aux personnes TDG qui sont généralement acquis après l'obtention du permis d'exercer et ne sont pas au centre de la plupart des interventions éducatives actuellement étudiées (Dubin et coll., 2018).

Pour mettre en œuvre avec succès les recommandations, les institutions pourraient devoir élaborer 1) des approches systémiques et systématiques pour l'acquisition et la mise en œuvre des compétences pour chaque discipline de santé tout au long de la vie professionnelle; 2) des évaluations normalisées pour les apprenants, avec la contribution de la communauté TDG; et 3) l'attribution de ressources éducatives, y compris des enseignants formés, ainsi que du temps conformément à des objectifs d'apprentissage clairs et consensuels (Dubin et coll., 2018; Pratt-Chapman, 2020). En outre, les évaluations de ces interventions ne devraient pas se concentrer uniquement sur les résultats, mais s'efforcer de comprendre comment, quand et pourquoi ces résultats se produisent (Allen et coll., 2021).

CHAPITRE 5 • ÉVALUATION DES ADULTES

Ce chapitre fournit des directives pour l'évaluation des adultes transgenres et de la diversité de genre (TDG) qui demandent des traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre médicalement nécessaires pour mieux faire correspondre leur corps à leur identité de genre (voir l'énoncé relatif à la nécessité médicale au chapitre 2 – Applicabilité mondiale, énoncé 2.1).

Les adultes TDG sont des personnes ayant atteint l'âge de la majorité dans leur pays et qui présentent une forme de diversité de genre. Les éléments développementaux du chapitre sur l'adolescence, y compris l'importance de l'implication des parents/l'accompagnant, peuvent également s'appliquer aux soins des jeunes adultes, même s'ils ont atteint l'âge de la majorité.

Ce chapitre vise toutes les formes d'identités et de transitions de genre, y compris, mais sans s'y limiter, les identités masculine et féminine, de la diversité de genre, ainsi que les identités non-binaires, agenres et eunuques. La population des adultes TDG est hétérogène et varie en fonction de ses besoins cliniques, de sa situation biologique, psychologique et sociale, ainsi que de son accès aux soins de santé. Ainsi, toute évaluation en vue de traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre devra être adaptée en tenant compte des connaissances scientifiques, cliniques et communautaires, ainsi que s'adapter aux circonstances locales. Ce chapitre reconnaît que les personnes peuvent être soumises à différents niveaux de surveillance clinique ou réglementaire lorsque l'État ou d'autres organismes fournissent des soins de santé.

L'identité de genre d'une personne est une identification et une expérience internes. Le rôle de l'évaluateur consiste à évaluer la présence d'une incongruence de genre et à détecter tout problème de santé mentale coexistant, d'offrir des renseignements sur les traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre, d'aider la personne TDG à considérer les effets ou les risques de ces traitements, et d'évaluer si la personne TDG a la capacité de comprendre le traitement proposé et si le traitement est susceptible d'être bénéfique. L'évaluateur peut également aider une personne TDG à envisager des choix susceptibles d'améliorer ses résultats en matière

de traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre. L'approche d'évaluation des traitements décrite dans ce chapitre tient compte de l'expérience vécue et de la connaissance de soi de la personne TDG et des connaissances cliniques du professionnel de la santé qui l'évalue. Par conséquent, dans le cadre de cette approche, la décision d'aller de l'avant avec les traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre est partagée entre la personne TDG et le professionnel de la santé évaluateur, les deux jouant un rôle clé dans la prise de décision en collaboration.

Certains systèmes de santé utilisent des modèles de soins pour les adultes TDG à la recherche de traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre qui envisagent l'adulte TDG comme la personne qui prend la responsabilité de son traitement. Dans ce cas, le professionnel de la santé agit en tant que conseiller, sauf lors de contre-indications graves. Ces modèles sont utilisés pour décider d'une hormonothérapie, plutôt que d'une chirurgie, et sont souvent appelés modèles de « consentement éclairé » (Deutsch, 2011, 2016a). Beaucoup de ces modèles utilisent une évaluation abrégée qui se concentre principalement sur la capacité d'une personne TDG à donner son consentement éclairé et à utiliser les renseignements sur les traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre pour éclairer sa prise de décision médicale. Ces modèles varient considérablement entre les administrations, les systèmes et les professionnels de la santé (Deutsch, 2011; Morenz et coll., 2020). Des modèles de consentement éclairé sont utilisés depuis un certain temps pour la prescription d'hormones dans de nombreux contextes locaux.

Ce chapitre a pour but de formuler des directives souples et générales qui doivent être adaptées aux circonstances locales. Les professionnels de la santé devront déterminer quelles approches d'évaluation répondent le mieux aux besoins de leur environnement et de ses spécificités. L'évaluation de ces approches est mieux réalisée en collaboration avec les personnes TDG.

Étant donné que les personnes TDG représentent un éventail diversifié d'identités et d'expressions de genre et ont des besoins différents en matière de traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre, il n'existe pas de processus d'évaluation unique adapté à chaque personne ou à chaque situation. Certaines

personnes TDG peuvent avoir besoin d'un processus d'évaluation relativement bref pour les traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre. Pour les adultes TDG présentant un tableau complexe ou pour ceux qui demandent des traitements moins courants ou pour lesquels les données de recherche sont limitées, des évaluations plus complètes avec différents membres d'une équipe multidisciplinaire seront nécessaires. Les évaluations peuvent se faire en personne ou au moyen de la télésanté. Bien que des outils d'évaluation psychométrique aient été utilisés dans certains cas, ils ne font pas partie intégrante de l'évaluation des traitements. Le counseling ou la psychothérapie peuvent être utiles s'ils sont demandés par une personne TDG. Toutefois, un counseling ou une psychothérapie spécialement axés sur leur identité TDG ne sont nécessaires, ni pour l'évaluation ni pour l'initiation des traitements. Les examens génitaux ne sont pas une condition préalable à l'initiation des traitements et ne doivent être pratiqués que lorsque cela est cliniquement indiqué.

Les traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre peuvent être dispensés dans divers contextes. Les contextes dépendent des systèmes de soins de santé disponibles dans chaque pays et peuvent être dispensés par le système de santé public/national, le secteur privé, des milieux de santé communautaires ou des organismes de bienfaisance. Les circonstances locales et régionales peuvent donc influencer la disponibilité des soins de santé. Quel que soit le contexte, les soins de santé offerts aux personnes TDG doivent être de la meilleure qualité possible. La WPATH plaide pour que l'évaluation et les traitements

soient facilement accessibles. L'accès à l'évaluation et au traitement pour les personnes TDG à la recherche de traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre est essentiel compte tenu de la nécessité médicale évidente de ces interventions et des avantages considérables qu'elles offrent aux personnes TDG (Aldridge et coll., 2020; Byne et coll., 2012). Les recommandations formulées dans le présent chapitre devront être adaptées en fonction des circonstances locales, individuelles, cliniques et sociales.

Les énoncés ci-dessous sont fondés sur une importante documentation de base, y compris la documentation démontrant l'effet positif important de l'accès aux traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre, les données probantes empiriques disponibles, un rapport risque-bénéfice favorable et un consensus sur les pratiques exemplaires professionnelles. La base de données probantes empiriques pour l'évaluation des adultes TDG est limitée. Elle comprend principalement une approche d'évaluation qui utilise des critères précis examinés par un professionnel de la santé en étroite collaboration avec un adulte TDG et ne comprend pas d'essais contrôlés randomisés ou de recherche longitudinale à long terme (Olsen-Kennedy et coll., 2016). Ce phénomène est compréhensible compte tenu de la complexité et des considérations éthiques liées à la répartition des patients nécessitant des soins à différents groupes d'évaluation et du manque de financement pour la recherche et d'autres ressources permettant d'évaluer les résultats à long terme des approches d'évaluation.

Énoncés de recommandations

5.1 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui évaluent les adultes transgenres et de la diversité de genre pour les traitements physiques :

5.1.a - Détiennent un permis d'exercice de leur organe officiel et soient titulaires, au minimum, d'une maîtrise (master) ou d'une formation équivalente dans un domaine clinique en rapport avec leur fonction et délivré par un établissement réglementaire accrédité à l'échelle nationale.

5.1.b - Dans les pays exigeant un diagnostic pour l'accès aux soins, qu'ils soient compétents et utilisent la dernière édition de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé pour le diagnostic. Dans les pays qui n'ont pas mis en œuvre la dernière version de la CIM, d'autres taxonomies peuvent être utilisées; des efforts devraient être entrepris pour utiliser la dernière version de la CIM dès que possible.

5.1.c - Soient capables de détecter des problèmes de santé mentale ou d'autres problèmes psychosociaux coexistants et de les distinguer de la dysphorie, de l'incongruence et de la diversité de genre.

5.1.d - Soient capables d'évaluer la capacité à consentir à un traitement.

5.1.e - Aient de l'expérience ou soient qualifiés pour évaluer les aspects cliniques de la dysphorie, de l'incongruence et de la diversité de genre.

5.1.f - Suivent une formation continue dans le domaine des soins de santé concernant la dysphorie, l'incongruence et la diversité de genre.

5.2 - Nous suggérons que les professionnels de la santé qui évaluent les adultes transgenres et de la diversité de genre à la recherche d'un traitement d'affirmation de genre se mettent en lien avec des professionnels de différentes disciplines dans le domaine de la santé transgenre à des fins de consultation et d'orientation, s'il y a lieu.

Les recommandations suivantes sont formulées en ce qui concerne les conditions requises pour bénéficier d'un traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre (toutes doivent être remplies) :

5.3 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui évaluent les adultes transgenres et de la diversité de genre en vue d'un traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre :

5.3.a - Ne recommandent un traitement médical d'affirmation de genre demandé par une personne TDG que lorsque l'expérience de l'incongruence de genre est marquée et soutenue.

5.3.b - Veillent à ce que les critères de diagnostic soient réunis avant d'entamer des traitements d'affirmation de genre dans les régions où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins de santé.

5.3.c - Déterminent et excluent d'autres causes possibles d'incongruence de genre apparente avant d'entamer des traitements d'affirmation de genre.

5.3.d - Veillent à ce que tout état de santé mentale susceptible d'avoir un effet négatif sur les résultats des traitements médicaux d'affirmation de genre soit évalué, et que les risques et les avantages fassent l'objet d'une discussion, avant qu'une décision soit prise concernant le traitement.

5.3.e - Veillent à ce que tout état de santé physique susceptible d'avoir un effet négatif sur les résultats des traitements médicaux d'affirmation de genre soit évalué, et que les risques et les avantages fassent l'objet d'une discussion, avant qu'une décision soit prise concernant le traitement.

5.3.f - Évaluent la capacité à consentir au traitement particulier d'affirmation de genre avant le début de ce traitement.

5.3.g - Évaluent la capacité de l'adulte transgenre ou de la diversité de genre à comprendre l'effet d'un traitement d'affirmation de genre sur la reproduction et explorent avec lui les options en matière de reproduction avant d'entamer un traitement d'affirmation de genre.

5.4 - Nous suggérons que, dans le cadre de l'évaluation en vue d'un traitement hormonal ou chirurgical d'affirmation de genre, les professionnels ayant des compétences dans l'évaluation des personnes transgenres et de la diversité de genre souhaitant un traitement médical lié au genre examinent le rôle de la transition sociale avec la personne.

5.5 - Nous recommandons que les adultes transgenres ou de la diversité de genre qui répondent aux critères d'un traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre demandent un seul avis pour l'initiation de ce traitement à un professionnel ayant des compétences dans l'évaluation des personnes transgenres ou de la diversité de genre souhaitant un traitement médical ou chirurgical lié à leur genre.

5.6 - Nous suggérons que les professionnels de la santé qui évaluent les personnes transgenres et de la diversité de genre qui souhaitent obtenir une gonadectomie envisagent une hormonothérapie d'au moins six mois en fonction des objectifs de genre de la personne TDG avant qu'elles n'obtiennent une intervention chirurgicale irréversible (à moins que les hormones ne soient pas cliniquement indiquées pour la personne).

5.7 - Nous recommandons aux professionnels de la santé qui évaluent les adultes souhaitant faire une détransition et demandant une intervention hormonale liée au genre, une intervention chirurgicale ou les deux, d'utiliser une évaluation multidisciplinaire complète qui comprendra des points de vue supplémentaires de professionnels de la santé expérimentés dans le domaine de la santé des personnes transgenres et qui prendra en compte, avec la personne, le rôle de la transition sociale dans le cadre du processus d'évaluation.

L'élaboration des lignes directrices a représenté une entreprise complexe. Les critères du présent chapitre ont été considérablement révisés par rapport aux SDS-7 afin de réduire les exigences et les obstacles inutiles aux soins. Il est à espérer que les recherches futures exploreront l'efficacité de ce modèle ainsi que des modèles d'évaluation évolutifs pour l'hormonothérapie et la chirurgie qui permettront d'apporter des améliorations continues.

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des données probantes, d'une évaluation des bénéfices et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas, nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les services peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables.

Énoncé 5.1.

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui évaluent les adultes transgenres et de la diversité de genre en vue d'un traitement d'affirmation de genre pour les traitements physiques :

Énoncé 5.1.a

Détiennent un permis d'exercice de leur organe officiel et soient titulaires, au minimum, d'une maîtrise (master) ou d'une formation équivalente dans un domaine clinique en rapport avec leur fonction et délivré par un établissement réglementaire accrédité à l'échelle nationale.

Les personnes TDG, comme toutes les autres personnes à la recherche de soins de santé, devraient avoir accès à des soins de la plus haute qualité possible, proportionnels à la qualité des soins fournis à toutes les personnes utilisant des services de santé (The Yogyakarta Principles, 2017). Comme cela varie dans le monde entier, la nature du professionnel effectuant une évaluation pour les traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre variera en fonction de la nature des soins de santé dans le contexte local ainsi que des exigences réglementaires fixées par les organismes d'octroi de permis et d'agrément. Il importe que les soins de santé fournis comprennent une évaluation menée par un professionnel de la santé compétent, réglementé par la loi, qui a la compétence nécessaire pour détecter l'incongruence de genre et les états qui peuvent être confondus avec l'incongruence de genre et qui peut soutenir la personne TDG tout au long du processus d'évaluation (RCGP, 2019). Les évaluateurs doivent être en mesure d'orienter les patients vers des professionnels de la santé qualifiés afin de fournir des traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre.

Les professionnels de la santé doivent au minimum être titulaires d'une maîtrise dans un domaine clinique lié à la santé des personnes transgenres ou d'une formation clinique complémentaire équivalente, et répondre aux exigences réglementaires; il peut s'agir par exemple d'un professionnel de la santé mentale, d'un médecin généraliste, d'un infirmier ou d'un autre professionnel de la santé qualifié. Dans certains contextes, les professionnels de la santé soumis aux

exigences réglementaires du pays et qui disposent de niveaux de qualification inférieurs peuvent exercer sous la supervision clinique d'un professionnel de la santé qualifié qui assume la responsabilité clinique finale de la qualité et de l'exactitude de l'évaluation du traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre. Pour plus de renseignements, voir le chapitre 4 – Éducation.

Il est parfois difficile d'avoir accès à un professionnel de la santé compétent, répondant aux exigences réglementaires et possédant une expertise en matière d'évaluation des traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre. Par conséquent, pour assurer la continuité des soins et minimiser les lacunes dans l'accès aux soins ou les retards importants dans les soins (p. ex. une longue liste d'attente), il peut être nécessaire qu'un professionnel de la santé répondant aux exigences réglementaires, mais sans expertise dans le domaine de la santé trans fournisse des soins et soutienne l'évaluation d'une personne TDG pour les traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre. Il est essentiel d'éviter les retards inutiles dans les soins. Cependant, les personnes TDG devraient dès que possible recevoir l'aide d'un professionnel de la santé expérimenté pour accéder aux soins (RCGP, 2019).

La pratique établie exige la compétence de détecter et de diagnostiquer l'incongruence de genre (Hembree et coll., 2017; Reed et coll., 2016; T'Sjoen et coll., 2020) et la capacité de détecter les états qui peuvent être confondus avec l'incongruence de genre (Byne et coll., 2018; Dhejne et coll., 2016; Hembree et coll., 2017). La pratique établie met aussi fortement l'accent sur la nécessité d'une formation continue pour l'évaluation et la prestation de soins aux personnes TDG (American Psychological Association, 2015; T'Sjoen et coll., 2020). Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter au chapitre 4 – Éducation.

Énoncé 5.1.b

Dans les pays exigeant un diagnostic pour l'accès aux soins, qu'ils soient compétents et utilisent la dernière édition de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé pour le diagnostic. Dans les pays qui n'ont pas mis en œuvre la dernière version de la CIM, d'autres taxonomies peuvent être utilisées; des

efforts devraient être entrepris pour utiliser la dernière version de la CIM dès que possible.

Dans certains pays, un diagnostic d'incongruence de genre peut être nécessaire pour accéder aux traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre (voir ci-dessous). Les professionnels de la santé qui évaluent les personnes TDG dans ces pays devraient être compétents pour diagnostiquer l'incongruence de genre et utiliser le système de classification le plus récent pour que les personnes TDG aient accès aux traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre. La CIM-11 (WHO, 2019a) est un système de classification qui se concentre sur l'identité ressentie de la personne TDG et sur tout besoin de traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre et ne considère pas une identité TDG comme un trouble mental.

Énoncé 5.1.c

Soient capables de détecter des problèmes de santé mentale ou d'autres problèmes psychosociaux coexistants et de les distinguer de la dysphorie, de l'incongruence et de la diversité de genre.

La diversité de genre est une variation naturelle chez l'être humain et n'est pas pathologique en soi (American Psychological Association, 2015). Cependant, il est préférable que l'évaluation soit effectuée par un professionnel de la santé possédant une certaine expertise en matière de santé mentale afin de détecter les pathologies pouvant être confondues avec l'incongruence de genre. Ces états sont rares et, lorsqu'ils existent, ils sont souvent de nature psychologique (Byne et coll., 2012; Byne et coll., 2018; Hembree et coll., 2017).

La nécessité d'inclure un professionnel de la santé ayant une certaine expertise en matière de santé mentale ne signifie pas de faire participer un psychologue, un psychiatre ou un travailleur social à chaque évaluation car un médecin généraliste, un infirmier ou un autre professionnel de la santé qualifié pourrait également remplir cette exigence s'il possède une expertise suffisante pour reconnaître l'incongruence de genre, repérer les problèmes de santé mentale et les distinguer de la dysphorie, l'incongruence et la diversité de genre, aider une personne TDG dans la planification des soins et la préparation aux traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre, et l'orienter vers un professionnel de la santé mentale, s'il y a lieu.

Comme il est discuté plus en détail dans le chapitre consacré à la santé mentale, les professionnels de la santé mentale ont un rôle important à jouer dans les soins prodigués aux personnes TDG. Par exemple, les préjugés et la discrimination subis par certaines personnes TDG (Robles et coll., 2016) peuvent conduire à la dépression, à l'anxiété ou à l'aggravation d'autres problèmes de santé mentale. Dans de tels cas, un professionnel de la santé mentale peut établir un diagnostic, préciser et traiter les problèmes de santé mentale. Les professionnels de la santé mentale et les professionnels de la santé ayant une expertise en matière de santé mentale sont bien placés pour évaluer les traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre, ainsi que pour soutenir les personnes TDG qui ont besoin d'une aide ou d'un soutien en matière de santé mentale pendant leur transition ou qui en font la demande. Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter au chapitre 18 – Santé mentale.

Énoncé 5.1.d

Soient capables d'évaluer la capacité à consentir à un traitement.

L'évaluation des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre doit comprendre un examen de la capacité de la personne TDG à consentir au traitement proposé. Le consentement requiert la capacité cognitive de comprendre les risques et les avantages d'un traitement ainsi que les résultats négatifs et positifs potentiels. Il requiert également la capacité de retenir ces renseignements pour prendre la décision (en utilisant des aides s'il y a lieu) ainsi que la capacité cognitive d'utiliser cette compréhension pour prendre une décision éclairée (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007).

Certaines personnes TDG auront la capacité d'accorder leur consentement immédiatement pendant l'évaluation. D'autres pourraient avoir besoin d'un processus plus long pour être en mesure de donner leur consentement au moyen d'une discussion continue et de la mise en pratique des compétences en matière de prise de décision médicale. La présence d'une maladie psychiatrique ou de symptômes de santé mentale ne constitue pas un obstacle aux traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre, sauf si la maladie psychiatrique ou les symptômes de santé mentale nuisent à la capacité de la personne TDG à consentir au

traitement particulier demandé ou à sa capacité à recevoir le traitement. Ce fait est d'autant plus important qu'il a été constaté que les traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre réduisent les symptômes de santé mentale chez les personnes TDG (Aldridge et coll., 2020).

Les systèmes de soins de santé peuvent envisager des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre pour les personnes qui ne sont pas en mesure de donner directement leur consentement si un tuteur légal approprié ou un décideur indépendant approuvé par les autorités de réglementation et habilité à décider du traitement de soins de santé donne son consentement et confirme que le traitement proposé est conforme aux besoins et aux souhaits de la personne TDG.

Énoncé 5.1.e

Aient de l'expérience ou soient qualifiés pour évaluer les aspects cliniques de la dysphorie, de l'incongruence et de la diversité de genre. Pour le texte justificatif, voir l'énoncé 5.1.f.

Énoncé 5.1.f

Suivent une formation continue dans le domaine des soins de santé concernant la dysphorie, l'incongruence et la diversité de genre.

Comme dans tout autre domaine de la pratique clinique, il est essentiel que les professionnels de la santé qui procèdent à l'évaluation en vue de traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre soient bien informés et possèdent de l'expérience dans le domaine des soins de santé aux personnes TDG. Si cela n'est pas possible dans le contexte local, la personne chargée de l'évaluation doit travailler en étroite collaboration avec une personne compétente et ayant de l'expérience à ce sujet. Dans le cadre de leur pratique clinique, les professionnels de la santé devraient s'engager à suivre une formation continue sur les soins de santé aux personnes TDG, à devenir membres d'organismes professionnels compétents, à assister à des réunions, à des ateliers ou à des séminaires professionnels, à consulter un professionnel de la santé ayant une expérience pertinente ou à s'engager auprès de la communauté TDG. Cela est particulièrement important pour les soins de santé aux personnes TDG, car il s'agit d'un domaine relativement nouveau, et les connaissances et la terminologie changent

constamment (American Psychological Association, 2015; Thorne, Yip et coll., 2019). Par conséquent, il est vital pour toute personne impliquée dans une évaluation des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre de se tenir au courant des domaines de la santé des personnes TDG.

Énoncé 5.2

Nous suggérons que les professionnels de la santé qui évaluent les adultes transgenres et de la diversité de genre à la recherche d'un traitement d'affirmation de genre se mettent en lien avec des professionnels de différentes disciplines dans le domaine de la santé transgenre à des fins de consultation et d'orientation, s'il y a lieu.

S'il y a lieu et si possible, l'évaluation des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre doit être réalisée par une équipe multidisciplinaire (Costa, Rosa-e-Silva et coll., 2018; Hembree et coll., 2017; Karasic et Fraser, 2018; T'Sjoen et coll., 2020) dont les membres ont des contacts opportuns et adéquats entre eux. Cette équipe peut comprendre un professionnel de la santé mentale, un endocrinologue, un professionnel de soins primaires, un chirurgien, un spécialiste de la voix et de la communication, un pair TDG, etc. Dans certains cas, l'équipe multidisciplinaire peut ne pas être nécessaire; cependant, si elle l'est, il est essentiel que les professionnels de la santé soient en mesure de communiquer avec des collègues de différentes disciplines en temps opportun pour compléter l'évaluation des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre et répondre au mieux aux besoins de la personne TDG. Il est également essentiel que les personnes TDG bénéficient de rendez-vous de suivi avec tous les professionnels de la santé qui ont participé à l'évaluation des traitements avant, pendant et après la mise en place des traitements d'affirmation de genre.

Les recommandations suivantes sont formulées en ce qui concerne les conditions requises pour bénéficier d'un traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre (toutes doivent être remplies) :

Énoncé 5.3

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui évaluent les adultes transgenres et de la diversité de genre en vue d'un traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre :

Énoncé 5.3.a

Ne recommandent un traitement médical d'affirmation de genre demandé par une personne TDG que lorsque l'expérience de l'incongruence de genre est marquée et soutenue.

Pour accéder aux traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre, l'incongruence de genre d'une personne TDG doit être marquée et soutenue. Cela peut comprendre un besoin de traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre et un désir d'être accepté en tant que personne du genre ressenti. Par conséquent, il est important d'examiner la nature, la durée et la constance de l'incongruence de genre. Pour ce faire, on peut examiner des facteurs tels que le changement de prénom et de documents d'identité, le fait de parler de son genre à d'autres personnes, les documents relatifs aux soins de santé, ou les changements dans l'expression du genre. Cependant, une incongruence générale marquée et durable peut exister en l'absence de divulgation aux autres par la personne TDG (Brumbaugh-Johnson et Hull, 2019; Saeed et coll., 2018; Sequeira et coll., 2020). Un changement brusque ou superficiel de l'identité de genre ou un manque de persistance ne suffisent pas à mettre en place des traitements d'affirmation de genre, et une évaluation plus approfondie est recommandée. Dans de telles circonstances, une évaluation continue est utile pour s'assurer de la constance et de la persistance de l'incongruence de genre avant que les traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre soient amorcés.

Bien qu'une incongruence de genre marquée et durable doive être présente, il n'est pas nécessaire que les personnes TDG éprouvent des niveaux graves de détresse concernant leur identité de genre pour avoir accès à des traitements d'affirmation de genre. En fait, l'accès à un traitement peut agir comme une mesure prophylactique pour prévenir la détresse (Becker et coll., 2018; Giovanardi et coll., 2021; Nieder et coll., 2021; Nobili et coll., 2018; Robles et coll., 2016). Un

adulte TDG peut présenter une incongruence de genre durable sans détresse importante et bénéficier néanmoins de traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre.

La pratique clinique établie examine la persistance de l'incongruence de genre lors de l'initiation des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre (Chen et Loshak, 2020). Dans une étude portant sur 200 notes cliniques, Jones, Brewin et coll. (2017) ont souligné l'importance de la « stabilité de l'identité de genre » lors de la planification des soins. La prestation de traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre à des personnes TDG présentant une incongruence de genre persistante a été associée à de faibles taux de regret de la part des patients et à des taux élevés de satisfaction des patients (Becker et coll., 2018; El-Hadi et coll., 2018; Staples et coll., 2020; Wiepjes et coll., 2018). Cependant, si la CIM-11 (WHO, 2019a) exige la présence d'une incongruence de genre marquée et persistante pour qu'un diagnostic d'incongruence de genre soit posé, il existe peu de données probantes précises concernant la durée de persistance requise pour le traitement chez les adultes. On encourage ainsi les professionnels de la santé qui participent à l'évaluation d'une personne TDG pour les traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre à tenir compte de l'étape de la vie, des antécédents et de la situation actuelle de l'adulte évalué.

Énoncé 5.3.b

Veillent à ce que les critères de diagnostic soient réunis avant d'entamer des traitements d'affirmation de genre dans les régions où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins de santé.

Un diagnostic d'incongruence de genre peut être nécessaire dans certaines régions pour accéder aux soins liés à la transition. Si un diagnostic est nécessaire pour accéder aux traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre, l'évaluation en vue de ces traitements implique la détermination et l'attribution d'un diagnostic. Dans ces cas, les professionnels de la santé doivent savoir utiliser la dernière version de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) (WHO, 2019a). Dans les régions où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins de santé, un diagnostic HA60

Incongruence de genre de l'adolescent ou de l'adulte doit être établi avant de procéder à des interventions d'affirmation de genre. Les interventions d'affirmation de genre secondaires à un diagnostic *HA6Z Incongruence de genre, sans précision*, peuvent être envisagées dans le contexte d'une évaluation plus exhaustive par l'équipe multidisciplinaire.

Il est prouvé que l'utilisation d'outils d'évaluation rigides pour « l'état de préparation à la transition » peut réduire l'accès aux soins et n'est pas toujours dans l'intérêt de la personne TDG (MacKinnon et coll., 2020). Par conséquent, dans les situations où un diagnostic est obligatoire pour accéder aux soins, le processus doit être abordé avec confiance et transparence entre le professionnel de la santé et la personne TDG qui demande le traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre, en gardant à l'esprit les besoins de la personne TDG. En effet, des relations de qualité entre les personnes TDG et leurs professionnels de la santé sont associées à une moindre détresse émotionnelle et à de meilleurs résultats (Kattari et coll., 2016). Parce que de nombreuses personnes TDG craignent que les professionnels de la santé ne fassent à tort l'amalgame entre l'identité transgenre et le trouble mental (Ellis et coll., 2015), une évaluation diagnostique doit être entreprise avec sensibilité afin de faciliter la meilleure relation possible entre le professionnel et la personne TDG.

Énoncé 5.3.c

Déterminent et excluent d'autres causes possibles d'incongruence de genre apparente avant d'entamer des traitements d'affirmation de genre.

Dans de rares cas, les personnes TDG peuvent présenter un état qui peut être confondu avec l'incongruence de genre ou peuvent avoir une autre raison de demander un traitement que le soulagement de l'incongruence de genre. Dans ces cas, et en cas d'ambiguïté concernant le diagnostic d'incongruence de genre, il est important de procéder à une évaluation plus détaillée et plus approfondie. Par exemple, une évaluation plus poussée pourrait être nécessaire pour déterminer si l'incongruence de genre persiste en dehors d'un épisode psychotique aigu. Si l'incongruence de genre persiste après la résolution d'un épisode psychotique aigu, des traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre

peuvent être envisagés tant que la personne TDG a la capacité de consentir au traitement particulier et de le subir. Si l'incongruence de genre ne persiste pas et ne se produit que pendant un tel épisode, le traitement ne doit pas être envisagé. Il est important que de telles circonstances soient reconnues et exclues avant le lancement des traitements (Byne et coll., 2012, 2018; Hembree et coll., 2017). Il est toutefois important de comprendre que les personnes TDG peuvent présenter une incongruence de genre et un trouble de santé mentale, un trouble du spectre de l'autisme ou une autre neurodiversité (Glidden et coll., 2016). En effet, certains troubles mentaux, tels que l'anxiété (Bouman et coll., 2017), la dépression (Heylens, Elaut et coll., 2014; Witcomb et coll., 2018) et l'automutilation (Arcelus et coll., 2016; Claes et coll., 2015) sont plus fréquents chez les personnes TDG qui n'ont pas eu accès aux traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre. Des études longitudinales récentes suggèrent que les symptômes de santé mentale ressentis par les personnes TDG tendent à s'améliorer après de tels traitements (Aldridge et coll., 2020; Heylens, Verroken et coll., 2014; White Hughto et Reisner, 2016). Il n'existe aucune donnée probante suggérant qu'il est avantageux de refuser les traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre aux personnes TDG qui présentent une incongruence de genre simplement parce qu'elles souffrent d'un trouble mental ou d'un trouble neurodéveloppemental. Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter au chapitre 18 – Santé mentale.

Énoncé 5.3.d

Veillent à ce que tout état de santé mentale susceptible d'avoir un effet négatif sur les résultats des traitements médicaux d'affirmation de genre soit évalué, et que les risques et les avantages fassent l'objet d'une discussion, avant qu'une décision soit prise concernant le traitement.

Comme leurs homologues cisgenres, les personnes TDG peuvent éprouver des problèmes de santé mentale. Le traitement des problèmes de santé mentale peut et doit se faire conjointement avec les traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre lorsqu'une transition médicale est nécessaire. Il est essentiel de ne pas entraver les soins d'affirmation du

genre, sauf si, dans certains cas extrêmement rares, il existe des preuves solides que cela est nécessaire pour prévenir une décompensation importante avec un risque de préjudice pour soi-même ou pour autrui. Dans ces cas, il est important de prendre en compte les risques que le report des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre fait peser sur la santé mentale et physique d'une personne TDG (Byne et coll., 2018).

En général, la transition sociale et médicale des personnes TDG est associée à une réduction des problèmes de santé mentale (Aldridge et coll., 2020; Bouman et coll., 2017; Durwood et coll., 2017; Glynn et coll., 2016; Hugtho et Reisner, 2016; Wilson et coll., 2015; Witcomb et coll., 2018). Malheureusement, la perte de soutien social et le stress physique et financier qui peuvent être associés à l'initiation des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre peuvent exacerber des problèmes de santé mentale préexistants et justifier un soutien supplémentaire de la part du professionnel de la santé traitant (Budge et coll., 2013; Yang, Wang et coll., 2016). Une évaluation des symptômes de santé mentale peut améliorer les résultats de la transition, en particulier quand l'évaluation est utilisée pour faciliter l'accès au soutien psychologique et social pendant la transition (Byne et coll., 2012). Dans de rares cas, un report de la transition peut être envisagé si, par exemple, la personne TDG n'est pas en mesure de s'engager dans le processus de transition ou si elle n'est pas en mesure de gérer les soins postopératoires, même avec un soutien. Quand, en dernier recours, on juge nécessaire de retarder le traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre, le professionnel de la santé doit offrir des ressources et un soutien pour améliorer la santé mentale et faciliter le réengagement dans le processus de traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre dès que possible. Il convient de noter que l'accès à la transition médicale pour les personnes TDG facilite la transition sociale et améliore la sécurité en public (Rood et coll., 2017). Par ailleurs, le degré de conformité de l'apparence des personnes TDG à leur identité de genre est le meilleur prédicteur de la qualité de vie et des résultats en matière de santé mentale après une transition médicale (Austin et Goodman, 2017). Retarder l'accès aux traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre en raison de la présence de problèmes de santé mentale peut exacerber

les symptômes (Owen-Smith et coll., 2018) et nuire à la relation; par conséquent, on ne devrait envisager cette solution que lorsque toutes les autres possibilités ont été épuisées.

Énoncé 5.3.e

Veillent à ce que tout état de santé physique susceptible d'avoir un effet négatif sur les résultats des traitements médicaux d'affirmation de genre soit évalué, et que les risques et les avantages fassent l'objet d'une discussion, avant qu'une décision soit prise concernant le traitement.

Dans de rares cas, les traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre, tels que les interventions hormonales et chirurgicales, peuvent avoir des conséquences iatrogènes ou exacerber des problèmes de santé physique préexistants (Hembree et coll., 2017). Dans ces cas, il convient de veiller, chaque fois que cela est possible, à gérer les problèmes de santé physique préexistants tout en entamant (le cas échéant) ou en poursuivant les traitements d'affirmation de genre. Toute interruption du traitement doit être aussi brève que possible, et le traitement doit être repris dès que possible. Des données limitées et des résultats inconstants suggèrent un lien entre les risques cardiovasculaires et métaboliques et l'hormonothérapie chez les adultes TDG (Getahun, 2018; Iwamoto, Defreyne et coll., 2019; Iwamoto et coll., 2021; Spanos et coll., 2020). En raison des risques possibles liés à un traitement de longue durée et des bénéfices probables attendus des mesures préventives appliquées avant et pendant l'hormonothérapie, il est important d'évaluer soigneusement l'état de santé physique avant d'entamer le traitement. Certains troubles particuliers, tels que des antécédents de cancer hormonosensible, peuvent nécessiter une évaluation et une gestion plus approfondies pouvant mener à l'exclusion du traitement hormonal (Center of Excellence for Transgender Health, 2016; Hembree et coll., 2017).

Des préoccupations similaires peuvent se poser pour les adultes TDG qui souhaitent avoir accès à des interventions chirurgicales. Chaque intervention chirurgicale d'affirmation de genre présente des risques particuliers et des conséquences potentiellement défavorables (Bryson et Honig, 2019; Nassiri et coll., 2020; Remington et coll., 2018). Cependant, les risques propres à l'intervention associés à la présence d'états

physiques particuliers n'ont pas fait l'objet de recherches approfondies. Ainsi, les problèmes médicaux soulevés par les personnes TDG au cours de l'évaluation ne sont généralement pas différents de ceux de n'importe quel autre candidat à la chirurgie.

Compte tenu des disparités en matière de santé mentale et physique (Brown et Jones, 2016) et des obstacles aux soins de santé (Safer et coll., 2016) rencontrés par les personnes TDG, l'évaluation des problèmes physiques par les professionnels de la santé ne devrait pas se limiter à l'historique des interventions médicales. Si la personne TDG a des problèmes de santé physique, il est important de les prendre en charge tout en commençant ou en continuant les traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre chaque fois que cela est possible. Toute interruption du traitement doit être effectuée dans le but de le reprendre dès que possible. Il est également important que les professionnels de la santé élaborent une stratégie de traitement pour gérer les problèmes physiques qui favorise la santé et une observance uniforme du plan de traitement.

Énoncé 5.3.f

Évaluent la capacité à consentir au traitement particulier d'affirmation de genre avant le début de ce traitement.

La pratique du consentement éclairé au traitement est essentielle à la prestation de soins de santé. Le consentement éclairé s'appuie sur le principe éthique selon lequel les bénéficiaires de soins de santé doivent comprendre les soins qu'ils reçoivent et les conséquences potentielles qui peuvent en découler. L'importance du consentement éclairé est inscrite dans de nombreuses pratiques législatives et réglementaires qui guident les professionnels de la santé dans le monde entier (Jefford et Moore, 2008). Il n'est pas possible de connaître toutes les conséquences potentielles d'un traitement; on considère souvent plutôt ce qu'il serait « raisonnable » d'attendre comme critère minimum pour le consentement (Jefford et Moore, 2008; Spatz et coll., 2016) et cela reste le cas avec les traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre. La capacité à consentir à une procédure de soins de santé ou à une intervention clinique nécessite plusieurs processus cognitifs complexes. Le consentement requiert la capacité cognitive de comprendre les risques

et les avantages d'un traitement et les résultats négatifs et positifs potentiels, ainsi que la capacité de retenir ces renseignements pour prendre la décision (en utilisant des aides s'il y a lieu) et la capacité cognitive d'utiliser cette compréhension pour prendre une décision éclairée (American Medical Association, 2021; Applebaum, 2007). Il est essentiel que la personne TDG et la personne chargée de l'évaluation considèrent a priori la nature du traitement recherché et les effets positifs et négatifs potentiels qu'il peut avoir sur les domaines biologiques, psychologiques et sociaux de la vie de la personne TDG.

Il importe de reconnaître que le trouble mental, en particulier les symptômes de déficience cognitive ou de psychose, peut avoir une incidence sur la capacité d'une personne à donner son consentement aux traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre (Hostiuc et coll., 2018). Toutefois, la présence de tels symptômes n'équivaut pas nécessairement à une incapacité à donner son consentement, car de nombreuses personnes présentant des symptômes de santé mentale importants sont capables de comprendre les risques et les avantages du traitement suffisamment pour prendre une décision en connaissance de cause (Carpenter et coll., 2000). Au lieu de cela, il est important de procéder à une évaluation minutieuse qui examine la capacité de chaque personne TDG à comprendre la nature du traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre précis envisagé, à examiner les options de traitement, y compris les risques et les avantages, à comprendre les conséquences potentielles à court et à long terme de la décision et à communiquer leur choix afin de recevoir le traitement (Grootens-Wiegers et coll., 2017).

Il peut arriver qu'une personne n'ait pas la capacité de consentir à des soins de santé, par exemple pendant un épisode aigu de psychose ou dans des situations où elle souffre d'une déficience cognitive à long terme. Toutefois, les limites de la capacité à consentir à un traitement ne doivent pas empêcher les personnes de recevoir les traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre appropriés. Pour certaines personnes, la compréhension des risques et des avantages peut nécessiter des explications répétées dans un langage sans jargon au fil du temps ou l'utilisation de diagrammes pour faciliter l'explication et la compréhension. Une évaluation complète et

approfondie effectuée par l'équipe de soins de santé multidisciplinaire peut éclairer davantage ce processus. Pour d'autres, il peut être nécessaire de désigner un décideur substitut, comme un tuteur légal ou un décideur indépendant approuvé par un organisme de réglementation. Ces situations doivent être examinées au cas par cas afin de garantir que les soins de santé les plus positifs et les moins restrictifs soient fournis à la personne. Se reporter également au chapitre 11 – Milieux institutionnels.

Énoncé 5.3.g

Évaluent la capacité de l'adulte transgenre ou de la diversité de genre à comprendre l'effet d'un traitement d'affirmation de genre sur la reproduction et explorent avec lui les options en matière de reproduction avant d'entamer un traitement d'affirmation de genre.

Étant donné que les interventions médicales d'affirmation de genre nuisent souvent à la capacité de reproduction, les professionnels de la santé doivent s'assurer que la personne TDG est consciente des conséquences des traitements sur la reproduction et qu'elle connaît les possibilités de stockage des gamètes et d'assistance à la procréation. Il a été démontré que les traitements hormonaux d'affirmation de genre ont une incidence sur les fonctions reproductives et la fertilité, bien que les conséquences soient hétérogènes pour les personnes de tous sexes assignés à la naissance (Adeleye et coll., 2019; Jindarak et coll., 2018; Taub et coll., 2020). Il peut y avoir des différences et des fluctuations individuelles dans ces effets sur les adultes TDG. Il est donc essentiel que les professionnels de la santé informent une personne TDG de l'incidence possible du traitement sur son potentiel reproductif lors de l'évaluation et dans le cadre de l'évaluation de la capacité de la personne à consentir à des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre. Les options en matière de procréation doivent être envisagées et faire l'objet de discussions avant d'entamer des traitements d'affirmation de genre. Comme la littérature n'est pas claire sur la possibilité d'une conception sous hormonothérapie, il peut être nécessaire de fournir des renseignements sur la nécessité d'avoir recours à la contraception pour éviter une grossesse non désirée et sur les différentes

méthodes de contraception disponibles (Light et coll., 2014; Schubert et Carey, 2020).

Des études transversales menées sur des échantillons cliniques et non cliniques de différentes populations indiquent de manière cohérente que les adultes TDG expriment un désir parental et souhaitent poursuivre la préservation de la fertilité à des taux variables qui sont liés à l'âge, au sexe et à la durée du traitement hormonal d'affirmation de genre (Auer et coll., 2018; De Sutter et coll., 2002; Defreyne, Van Schuvlenbergh et coll., 2020; Wierckx, Stuyver et coll., 2012). Dans un petit échantillon, il a été constaté que les renseignements donnés sur la fertilité avaient une influence sur la prise de décision concernant le recours à la préservation de la fertilité (Chen et coll., 2019). Bien qu'aucune comparaison n'ait été faite entre les groupes qui ont reçu ou non des conseils en matière de fertilité, des taux élevés de préservation de la fertilité ont été observés à la suite d'un counseling complet en matière de fertilité chez les personnes transgenres (Amir et coll., 2020). En outre, une étude a suggéré que la consultation d'un spécialiste réduisait les regrets liés à la décision de poursuivre ou non les procédures de préservation de la fertilité (Vyas et coll., 2021). Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter au chapitre 16 – Santé reproductive.

Énoncé 5.4

Nous suggérons que, dans le cadre de l'évaluation en vue d'un traitement hormonal ou chirurgical d'affirmation de genre, les professionnels ayant des compétences dans l'évaluation des personnes transgenres et de la diversité de genre souhaitant un traitement médical lié au genre examinent le rôle de la transition sociale avec la personne.

La transition sociale peut être extrêmement bénéfique pour de nombreuses personnes TDG, bien que toutes ne soient pas en mesure d'effectuer une transition sociale ou ne souhaitent pas le faire (Bränström et Pachankis, 2021; Koehler et coll., 2018; Nieder, Eyssel et coll., 2020). Par conséquent, certaines personnes TDG recherchent des interventions d'affirmation de genre après la transition sociale, d'autres avant, d'autres pendant et d'autres encore en l'absence de transition sociale.

La transition sociale et la divulgation de l'identité de genre peuvent améliorer la santé mentale d'une

personne TDG à la recherche d'interventions d'affirmation de genre (Hughto et coll., 2020; McDowell et coll., 2019). En outre, les chirurgies du thorax et du visage avant l'hormonothérapie peuvent faciliter la transition sociale (Altman, 2012; Davis et Colton Meier, 2014; Olson-Kennedy, Warus et coll. 2018; Van Boerum et coll., 2019). Dans le cadre du processus d'évaluation, les professionnels de la santé devraient discuter du rôle social qui convient le mieux à la personne TDG, si une transition sociale est prévue, et du moment de cette transition (Barker et Wylie, 2008). Au cours du processus d'évaluation, les professionnels de la santé doivent impérativement respecter la grande diversité des rôles sociaux liés au genre, y compris les identités et les présentations non-binaires ou binaires, qui varient en fonction des compréhensions culturelles, individuelles et de la communauté locale.

Toutes les personnes qui demandent des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre ne souhaitent pas ou ne peuvent pas effectuer une transition sociale. On sait peu de choses sur les personnes TDG qui ne font pas de transition sociale avant, pendant ou après un traitement médical, car cette question n'a pas fait l'objet d'une étude systématique. Les raisons les plus fréquentes qui ont été relevées pour éviter la transition sociale sont la peur d'être abandonné par la famille ou les amis, la crainte d'une perte économique (Bradford et coll., 2013), et le fait de faire l'objet de discrimination et de stigmatisation (Langenderfer-Magruder et coll., 2016; McDowell et coll., 2019; White Hughto et coll., 2015). Cependant, certaines personnes ne poursuivent pas la transition sociale parce qu'elles estiment que les traitements hormonaux ou chirurgicaux offrent une amélioration subjective suffisante pour réduire la dysphorie de genre.

S'il n'existe pas de plan clair de transition sociale ou si la transition sociale n'est pas souhaitée, une évaluation supplémentaire est importante pour déterminer la nature précise et le bien-fondé de la demande de traitement, en particulier si un traitement chirurgical est demandé. Une évaluation supplémentaire peut permettre à la personne TDG d'envisager les effets possibles de l'absence de transition sociale tout en continuant à obtenir des traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre. Étant donné le manque de données sur les

résultats en matière de santé des personnes TDG qui n'effectuent pas la transition sociale (Evans et coll., 2021; Levine, 2009; Turban, Loo et coll., 2021), les traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre doivent être abordés avec prudence dans de telles circonstances.

Énoncé 5.5

Nous recommandons que les adultes transgenres ou de la diversité de genre qui répondent aux critères d'un traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre demandent un seul avis pour l'initiation de ce traitement à un professionnel ayant des compétences dans l'évaluation des personnes transgenres ou de la diversité de genre souhaitant un traitement médical ou chirurgical lié à leur genre.

Les versions précédentes des lignes directrices des SDS exigeaient que les personnes TDG soient évaluées pour les traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre par deux professionnels de la santé qualifiés. On a estimé que le fait d'avoir deux avis indépendants était une pratique exemplaire, car cela garantissait la sécurité à la fois pour les personnes TDG et les professionnels de la santé. Par exemple, il a été supposé que le fait de consulter deux professionnels de la santé offrait une garantie à la fois aux personnes TDG et à leurs professionnels de la santé chargés de l'évaluation lorsqu'il s'agissait de procéder à des interventions médicales irréversibles.

Toutefois, les recherches limitées dans ce domaine indiquent que deux avis sont largement inutiles. Par exemple, Jones, Brewin et coll. (2017) ont examiné les notes de dossier de professionnels de la santé d'expérience travaillant dans un service lié au genre financé par l'État et ont constaté qu'il y avait une corrélation énorme entre les deux avis – ce qui rendrait l'un d'entre eux redondant. En outre, Bouman et coll. (2014) ont déterminé que l'exigence de deux évaluateurs indépendants reflétait le paternalisme dans les services de soins de santé et soulevait une violation potentielle de l'autonomie des personnes TDG. Les auteurs estiment que lorsque les usagers sont correctement préparés et évalués par une équipe multidisciplinaire, une seconde évaluation indépendante n'est pas nécessaire.

Par conséquent, si une documentation écrite ou une lettre est requise pour recommander un traitement

médical ou chirurgical d'affirmation de genre, les personnes TDG qui cherchent à obtenir ces traitements, y compris des hormones et des chirurgies génitales, thoraciques, faciales et autres, ont besoin d'un seul avis écrit/signature d'un professionnel de la santé compétent pour procéder à une évaluation indépendante et poser un diagnostic (Bouman et coll., 2014; Yuan et coll., 2021). D'autres avis écrits/signatures peuvent être demandés en cas de besoin clinique précis.

Énoncé 5.6

Nous suggérons que les professionnels de la santé qui évaluent les personnes transgenres et de la diversité de genre qui souhaitent obtenir une gonadectomie envisagent une hormonothérapie d'au moins six mois en fonction des objectifs de genre de la personne TDG avant qu'elles n'obtiennent une intervention chirurgicale irréversible (à moins que les hormones ne soient pas cliniquement indiquées pour la personne).

Les *Clinical Practice Guidelines* de l'Endocrine Society conseillent une période de traitement hormonal constant avant une chirurgie génitale (Hembree et coll., 2017). Bien que les recherches à l'appui soient limitées, cette recommandation a été considérée comme une bonne pratique clinique, car elle permet une expérience plus réversible avant l'expérience irréversible de la chirurgie. Par exemple, il peut y avoir des changements dans le désir sexuel après une chirurgie génitale de retrait des testicules (Lawrence, 2005; Wierckx, Van de Peer et coll., 2014). Dans ce contexte, la suppression réversible de la testostérone peut offrir à une personne TDG une période pour expérimenter l'absence de testostérone et décider si cela lui convient. Il convient de souligner que l'on dispose de moins de données sur les effets de la réduction des œstrogènes sur le désir et le fonctionnement sexuels d'une personne TDG à la suite d'une ovariectomie.

L'ablation chirurgicale des gonades est une procédure irréversible qui entraîne la perte de la fertilité et des effets des stéroïdes sexuels endogènes. Ces deux effets doivent être examinés dans le cadre du processus d'évaluation. Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter au chapitre 16 – Santé reproductive. Bien entendu, les hormones ne sont pas cliniquement indiquées pour les adultes TDG qui n'en veulent pas ou dans les cas où elles sont contre-

indiquées pour des raisons de santé. Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter au chapitre 13 – Chirurgie et soins postopératoires.

Énoncé 5.7

Nous recommandons aux professionnels de la santé qui évaluent les adultes souhaitant faire une détransition et demandant une intervention hormonale liée au genre, une intervention chirurgicale ou les deux, d'utiliser une évaluation multidisciplinaire complète qui comprendra des points de vue supplémentaires de professionnels de la santé expérimentés dans le domaine de la santé des personnes transgenres et qui prendra en compte, avec la personne, le rôle de la transition sociale dans le cadre du processus d'évaluation.

De nombreux adultes TDG peuvent envisager une série d'identités et d'éléments de présentation du genre pendant qu'ils explorent leur identité de genre et envisagent des options de transition. Par conséquent, ils peuvent passer un certain temps dans une identité ou une présentation de genre avant de découvrir qu'ils ne s'y sentent pas à l'aise et de l'adapter par la suite ou de passer à une identité ou à une présentation antérieure (Turban, King et coll., 2021). Certains adultes TDG peuvent également connaître un changement d'identité de genre au fil du temps, de sorte que leurs besoins en matière de traitement médical évoluent. Il s'agit d'un processus sain et raisonnable pour déterminer le mode de vie le plus confortable et le plus uniforme, en fonction de l'identité de genre de la personne et du contexte de sa vie. Ce processus d'exploration de l'identité ne doit pas nécessairement être assimilé au regret, à la confusion ou à une mauvaise prise de décision, car l'identité de genre d'un adulte TDG peut changer sans dévaloriser les décisions de transition antérieures (MacKinnon et coll., 2021; Turban, Loo et coll., 2021). Les adultes TDG devraient être soutenus dans cette exploration et dans tout autre changement dans leur identité (Expósito-Campos, 2021). Alors que l'exploration se poursuit, les traitements d'affirmation de genre qui sont irréversibles devraient être évités jusqu'à ce que les objectifs et les résultats à long terme soient clairs.

La décision de détransition semble rare (Defreyne, Motmans et coll., 2017; Hadje-Moussa et coll., 2019; Wiepjes et coll., 2018). Les estimations du nombre de

personnes qui effectuent une détransition en raison d'un changement d'identité sont susceptibles d'être surévaluées en raison des recherches qui mélangent différentes cohortes (Expósito-Campos, 2021). Par exemple, les cohortes de recherche sur la détransition comprennent souvent des adultes TDG qui ont choisi la détransition en raison d'un changement d'identité, ainsi que des adultes TDG qui ont choisi la détransition sans changement d'identité. Bien que peu de recherches aient été menées pour examiner systématiquement les variables en corrélation avec la décision d'un adulte TDG d'interrompre un processus de transition ou d'effectuer une détransition, une étude récente a révélé que la grande majorité des personnes TDG qui ont choisi la détransition l'ont fait en raison de facteurs externes, tels que la stigmatisation et le manque de soutien social, et non en raison de changements dans leur identité de genre (Turban, King et coll., 2021). Les adultes TDG qui n'ont pas connu de changement d'identité peuvent choisir d'interrompre leur transition ou d'effectuer une détransition en raison de l'oppression, de la violence, de conflits sociaux ou relationnels, de complications chirurgicales, de problèmes de santé, de contre-indications physiques, d'un manque de ressources ou d'une insatisfaction à l'égard des résultats (Expósito-Campos, 2021). Dans ce cas, les professionnels de la santé mentale sont bien placés pour aider la personne TDG à relever ces défis.

Bien que le choix de la détransition soit proportionnellement rare, on s'attend à ce qu'une augmentation globale du nombre d'adultes s'identifiant comme TDG se traduise par une augmentation du nombre absolu de personnes cherchant à interrompre ou à inverser une transition. Toutefois, si le nombre absolu peut augmenter, le pourcentage de personnes cherchant à stopper ou à inverser des changements physiques permanents devrait rester statique et faible. L'existence de ces rares demandes ne doit pas servir de justification à l'interruption des soins critiques et médicalement nécessaires, y compris les traitements hormonaux et chirurgicaux, pour la grande majorité des adultes TDG.

En raison du nombre limité de recherches dans ce domaine, les conseils cliniques se fondent principalement sur des études de cas individuels et sur l'avis spécialisé des professionnels de la santé travaillant auprès d'adultes TDG (Expósito-Campos, 2021; Richards et Barrett, 2020). Par conséquent, si un

adulte TDG a obtenu des modifications physiques permanentes et cherche à les annuler, le professionnel de la santé chargé de l'évaluation doit être membre d'une équipe d'évaluation multidisciplinaire complète. L'équipe multidisciplinaire permet d'apporter des points de vue supplémentaires de la part de professionnels de la santé expérimentés dans le domaine de la santé des personnes transsexuelles. En collaboration avec l'adulte TDG, l'équipe multidisciplinaire est encouragée à bien comprendre les motivations du traitement initial et de la décision de détransition. Tout problème lié aux changements physiques précédents doit être soigneusement examiné, et un effort important doit être fait pour s'assurer que des problèmes similaires ne sont pas reproduits par l'inversion.

Afin de garantir les meilleures chances de satisfaction et de confort lors de l'inversion de changements physiques permanents, l'adulte TDG et l'équipe multidisciplinaire doivent explorer le rôle de la transition sociale dans l'évaluation et la préparation de l'inversion. Dans ce cas, il est très probable que la période de vie dans le rôle se prolonge avant que d'autres changements physiques soient recommandés. Les professionnels de la santé doivent soutenir l'adulte TDG dans ses changements sociaux, ainsi que dans tout sentiment d'échec, de honte, de dépression ou de culpabilité liés à la décision d'opérer un tel changement. En outre, il faut soutenir les personnes qui sont exposées à des préjugés ou à des difficultés sociales qui ont pu conduire à une décision de détransition ou résulter d'une telle décision. Il est également important d'aider les personnes à rester engagées dans les soins de santé tout au long du processus (Narayan et coll., 2021).

Bien que les recherches disponibles montrent des résultats positifs constants pour la majorité des adultes TDG qui choisissent de faire la transition (Aldridge et coll., 2020; Byne et coll., 2012; Gorin-Lazard et coll., 2012; Owen-Smith et coll., 2018; White Hughto et Reisner, 2016), certains adultes TDG peuvent décompenser ou voir leur état s'aggraver à la suite d'une transition. Peu de recherches ont été menées pour examiner systématiquement les variables qui sont en corrélation avec des conditions biologiques, psychologiques ou sociales médiocres ou aggravées après la transition (Hall et coll., 2021; Littman, 2021);

toutefois, cette situation semble rare (Hall et coll., 2021; Wiepjes et coll., 2018). Dans les cas où les personnes décompensent après une transition physique ou sociale et restent ensuite dans un état biologique, psychologique ou social moins bon qu'avant la transition, il convient d'examiner sérieusement si la transition est utile à ce moment-là, pour cette personne. Dans les cas où le traitement n'est plus pris en charge, une assistance doit être mise en place pour aider la personne à gérer le processus d'arrêt du traitement et les difficultés concomitantes (Narayan et coll., 2021).

Il est essentiel de soutenir les personnes qui effectuent la détransition, quelle qu'en soit la raison. Il convient toutefois de rappeler qu'il s'agit d'un cas rare et que la littérature montre des résultats positifs constants pour la grande majorité des adultes TDG qui effectuent une transition vers un genre qui leur convient, y compris ceux qui reçoivent des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre (Byne et coll., 2012; Green et Fleming, 1990; Lawrence, 2003; Motmans et coll., 2012; van de Grift, Elaut et coll., 2018).

CHAPITRE 6 · ADOLESCENT(E)S

Contexte historique et changements depuis la version précédente des Standards de soins

Les soins de santé spécialisés pour les adolescent(e)s transgenres ont commencé dans les années 1980, lorsque quelques cliniques spécialisées pour les jeunes ont été créées dans le monde entier et ont accueilli un nombre relativement faible d'enfants et d'adolescent(e)s. Ces dernières années, le nombre d'adolescent(e)s demandant des soins liés au genre a fortement augmenté (Arnoldussen et coll., 2019; Kaltiala, Bergman et coll., 2020). Depuis, de nouvelles cliniques ont été créées, mais, dans de nombreux endroits, les services cliniques n'ont pas suivi le rythme de l'augmentation du nombre de jeunes en quête de soins. Par conséquent, les listes d'attente pour les services sont souvent longues, et de nombreux jeunes transgenres se heurtent à des obstacles aux soins partout dans le monde (Tollit et coll., 2018).

Jusqu'à récemment, on disposait de peu de renseignements sur la prévalence de la diversité de genre chez les adolescent(e)s. Des études menées sur des échantillons d'écoles secondaires (de lycées) indiquent des taux beaucoup plus élevés qu'on ne le pensait, avec des rapports indiquant que jusqu'à 1,2 % des participants s'identifient comme transgenres (Clark et coll., 2014) et que jusqu'à 2,7 % ou plus (p. ex. 7 à 9 %) expérimentent un certain niveau de diversité de genre autodéclarée (Eisenberg et coll., 2017; Kidd et coll., 2021; Wang et coll., 2020). Ces études suggèrent que la diversité de genre chez les jeunes ne devrait plus être considérée comme rare. En outre, des ratios inégaux en fonction du sexe assigné ont été signalés dans des cliniques de genre, les adolescent(e)s assignés au sexe féminin à la naissance (AFAN) commençant les soins de 2,5 à 7,1 fois plus souvent que les adolescent(e)s assignés au sexe masculin à la naissance (AMAN) (Aitken et coll., 2015; Arnoldussen et coll., 2019; Bauer et coll., 2021; de Graaf, Carmichael et coll., 2018; Kaltiala et coll., 2015; Kaltiala, Bergman et coll., 2020).

Une section particulière des Standards de soins de la WPATH consacrée aux besoins des enfants et des adolescent(e)s a été ajoutée pour la première fois dans la version 5 (de 1998) des Standards de soins de la WPATH (Levine et coll., 1998). Les jeunes âgés de

16 ans ou plus ont été jugés potentiellement admissibles à des soins médicaux d'affirmation de genre, mais seulement dans certains cas. Les versions suivantes, soit la 6^e (Meyer et coll., 2005) et la 7^e (Coleman et coll., 2012), ont divisé le traitement médical des adolescent(e)s en trois catégories et ont présenté des critères d'admissibilité concernant l'âge et le stade de la puberté, à savoir les inhibiteurs de puberté totalement réversibles dès le début de la puberté, l'hormonothérapie partiellement réversible (testostérone, œstrogène) pour les adolescent(e)s à l'âge de la majorité, qui est de 16 ans dans certains pays européens, et les chirurgies irréversibles à l'âge de 18 ans ou plus, à l'exception de la mastectomie thoracique « masculinisante », pour laquelle l'âge minimum est de 16 ans. Les autres critères d'admissibilité aux soins médicaux liés au genre comprenaient de longs antécédents persistants (depuis l'enfance) de « non-conformité » de genre/de dysphorie de genre, émergeant ou s'intensifiant au début de la puberté; l'absence ou la prise en charge de problèmes psychologiques, médicaux ou sociaux qui interfèrent avec le traitement; le soutien des parents/l'accompagnant pour commencer l'intervention; et la présence d'un consentement éclairé. Un chapitre consacré aux adolescent(e)s transgenres et de la diversité de genre (TDG), distinct du chapitre consacré aux enfants, a été créé pour cette 8^e édition des Standards de soins, compte tenu 1) de la croissance exponentielle des taux d'orientation (de référence) d'adolescent(e)s; 2) du nombre croissant d'études portant particulièrement sur les soins liés à la diversité de genre chez les adolescent(e)s; et 3) des problèmes uniques relatifs aux soins développementaux et d'affirmation de genre pour cette tranche d'âge.

Les termes non spécifiques pour les soins liés au genre sont évités (p. ex. modèle d'affirmation de genre, modèle d'exploration du genre), car ces termes ne représentent pas des pratiques unifiées, mais plutôt des pratiques de soins hétérogènes qui sont définies différemment dans divers contextes.

Aperçu de l'adolescence

L'adolescence est une période de développement caractérisée par une maturation physique et psychologique relativement rapide, qui fait le lien entre

l'enfance et l'âge adulte (Sanders, 2013). De multiples processus de développement se produisent simultanément, y compris des changements signalés par la puberté. Les systèmes cognitifs, émotionnels et sociaux arrivent à maturité, et les changements physiques associés à la puberté progressent. Ces processus ne commencent et ne se terminent pas tous au même moment pour une personne donnée, et ne se produisent pas non plus au même âge pour toutes les personnes. Par conséquent, les limites inférieures et supérieures de l'adolescence sont floues et ne peuvent être définies exclusivement en fonction de l'âge. Par exemple, les changements physiques de la puberté peuvent commencer à la fin de l'enfance, et les systèmes neuronaux du contrôle exécutif peuvent continuer à se développer jusqu'au milieu de la vingtaine (Ferguson et coll., 2021). La façon dont les pays et les gouvernements définissent l'âge de la majorité (c'est-à-dire le statut légal de prise de décision; Dick et coll., 2014) n'est pas uniforme. Alors que de nombreux pays fixent l'âge de la majorité à 18 ans, dans certains pays, il n'est que de 15 ans (p. ex. en Indonésie et au Myanmar), et dans d'autres, il peut atteindre 21 ans (p. ex. dans l'État américain du Mississippi et à Singapour).

Pour plus de clarté, le présent chapitre s'applique aux adolescent(e)s depuis le début de la puberté jusqu'à l'âge légal de la majorité (dans la plupart des cas, 18 ans). Toutefois, certains éléments de ce chapitre relatifs au développement, notamment l'importance de l'implication des parents/l'accompagnant, sont souvent pertinents pour les soins prodigués aux jeunes adultes en âge de transition et doivent être pris en compte de façon appropriée.

Le développement cognitif à l'adolescence est souvent caractérisé par des progrès dans la pensée abstraite, le raisonnement complexe et la métacognition (c'est-à-dire la capacité d'un jeune à réfléchir à ses propres sentiments par rapport à la façon dont les autres les perçoivent; Sanders, 2013). La capacité à raisonner sur des situations hypothétiques permet à un jeune de conceptualiser les implications d'une décision particulière. Cependant, l'adolescence est aussi souvent associée à une augmentation des comportements de prise de risque. Parallèlement à ces changements notables, l'adolescence se caractérise souvent par un

détachement des parents et une augmentation de l'autonomie personnelle. L'accent est souvent mis sur les relations avec les pairs, qui peuvent être à la fois positives et préjudiciables (Gardner et Steinberg, 2005). Les adolescent(e)s éprouvent souvent un sentiment d'urgence qui découle d'une hypersensibilité à la récompense, et il a été démontré que leur notion du temps est différente de celle des personnes plus âgées (Van Leijenhorst et coll., 2010). Le développement socioémotionnel progresse généralement au cours de l'adolescence, bien qu'il existe une grande variabilité entre les jeunes en ce qui concerne le niveau de maturité appliqué à la communication inter- et intrapersonnelle et la perspicacité (Grootens-Wiegers et coll., 2017). Pour les adolescent(e)s TDG qui prennent des décisions quant aux traitements d'affirmation de genre – décisions qui peuvent avoir des conséquences tout au long de la vie – il est essentiel de comprendre comment tous ces aspects du développement peuvent influencer la prise de décision pour une jeune personne donnée dans son contexte culturel particulier.

Développement de l'identité de genre à l'adolescence

Notre compréhension du développement de l'identité de genre à l'adolescence continue d'évoluer. Dans la prestation de soins cliniques à des jeunes de la diversité de genre et à leur famille, il est important de savoir ce qui est connu et ce qu'on ignore sur l'identité de genre au cours du développement (Berenbaum, 2018). Lorsqu'elles envisagent un traitement, les familles peuvent se poser des questions sur le développement de l'identité de genre de leur adolescent(e) et se demander si son genre déclaré restera le même au fil du temps. Pour certain(es) adolescent(e)s, une identité de genre déclarée qui diffère du sexe assigné à la naissance n'est pas une surprise pour leurs parents/l'accompagnant, car ils expriment un genre différent depuis l'enfance (Leibowitz et de Vries, 2016). Pour d'autres, la déclaration ne se fait pas avant l'émergence des changements pubertaires ou même bien après l'adolescence (McCallion et coll., 2021; Sorbara et coll., 2020).

Par le passé, la recherche sur l'apprentissage social et le développement cognitif liée au développement du genre a été menée principalement auprès de jeunes qui n'avaient pas diverses identités ou expressions de genre

et a été réalisée en partant de l'hypothèse que le sexe était lié à un genre précis; par conséquent, peu d'attention a été accordée au développement de l'identité de genre. Outre les facteurs biologiques qui influencent le développement du genre, une recherche a démontré que les facteurs psychologiques et sociaux jouent également un rôle (Perry et Pauletti, 2011). Bien que l'on se soit peu intéressé au développement de l'identité de genre chez les jeunes TDG, il y a de nombreuses raisons de supposer qu'outre les facteurs biologiques, des facteurs psychosociaux sont également impliqués (Steensma, Kreukels et coll., 2013). Pour certains jeunes, le développement de l'identité de genre semble fixe et s'exprime souvent dès le plus jeune âge, tandis que pour d'autres, il peut y avoir un processus de développement qui contribue au développement de l'identité de genre au fil du temps.

Des études de neuro-imagerie, des études génétiques et d'autres études sur les hormones chez les personnes intersexes démontrent une contribution biologique au développement de l'identité de genre pour certaines des personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe qui leur a été assigné à la naissance (Steensma, Kreukels et coll., 2013). Comme les familles se posent souvent des questions à ce sujet, il est important de noter qu'il n'est pas possible de faire la distinction entre les personnes pour qui l'identité de genre semble fixée dès la naissance et celles pour qui le développement de l'identité de genre semble être un processus de développement. Comme il est impossible de déterminer avec certitude la contribution des divers facteurs au développement de l'identité de genre chez un jeune donné, il est important et nécessaire d'adopter une approche clinique globale (voir l'énoncé 3). Des recherches ultérieures permettraient de mieux comprendre l'évolution de l'identité de genre si elles étaient menées sur de longues périodes avec des groupes de cohortes diversifiés. Il serait également nécessaire de conceptualiser l'identité de genre en passant d'une catégorisation dichotomique (p. ex. binaire) de l'homme et de la femme à un spectre de genre dimensionnel le long d'un continuum (APA, 2013).

L'adolescence peut être une période critique pour le développement de l'identité de genre chez les jeunes de la diversité de genre (Steensma, Kreukels et coll., 2013). Des études longitudinales néerlandaises de suivi

clinique visant des adolescent(e)s souffrant de dysphorie de genre pendant l'enfance et ayant reçu des inhibiteurs de la puberté, des hormones d'affirmation de genre, ou les deux, ont révélé qu'aucun de ces jeunes ne regrettait à l'âge adulte les décisions qu'ils avaient prises à l'adolescence (Cohen-Kettenis et van Goozen, 1997; de Vries et coll., 2014). Ces résultats laissent croire que les adolescent(e)s qui ont été évalués de manière exhaustive et jugés suffisamment matures sur le plan émotionnel pour prendre des décisions thérapeutiques concernant les soins médicaux d'affirmation de genre ont connu une stabilité de leur identité de genre au cours de la période pendant laquelle les études ont été menées.

Si l'on extrapole les résultats des études longitudinales de cohortes néerlandaises à plus long terme aux adolescent(e)s de la diversité de genre d'aujourd'hui et en quête de soins, il est essentiel de tenir compte des changements sociétaux qui se sont produits au fil du temps en ce qui concerne les personnes TDG. Compte tenu de la visibilité accrue des identités TDG, il est important de comprendre comment une prise de conscience accrue peut avoir différents effets sur le développement du genre (Kornienko et coll., 2016). L'une des tendances dégagées veut que de plus en plus de jeunes se présentent dans les cliniques de genre avec des identités non-binaires (Twist et de Graaf, 2019). Un autre phénomène observé dans la pratique clinique est l'augmentation du nombre d'adolescent(e)s qui recherchent des soins et qui n'ont pas apparemment vécu ou exprimé (ou vécu et exprimé) la diversité de genre pendant leur enfance. Une chercheuse a tenté d'étudier et de décrire une forme particulière d'expérience de diversité de genre vécue ultérieurement (Littman, 2018). Cependant, les résultats de l'étude doivent être considérés dans le contexte de défis méthodologiques importants, notamment 1) l'étude a sondé les parents et non les perspectives des jeunes; et 2) on a recruté des parents issus de milieux communautaires dans lesquels les traitements de la dysphorie de genre sont critiqués et considérés avec scepticisme. Toutefois, ces résultats n'ont pas été répliqués. Pour un sous-groupe restreint de jeunes, la susceptibilité à l'influence sociale ayant une incidence sur le genre peut être un élément différentiel important à prendre en compte (Kornienko et coll., 2016). Toutefois, il convient d'éviter de

supposer que ces phénomènes se produisent prématurément chez un(e) adolescent(e) donnée tout en s'appuyant sur des renseignements provenant d'ensembles de données qui peuvent avoir été vérifiées avec un biais d'échantillonnage potentiel (Bauer et coll., 2022; WPATH, 2018). Il est important de prendre en compte les avantages que le lien social peut avoir pour les jeunes qui sont en contact avec des personnes qui les soutiennent (Tuzun et coll., 2022) (voir l'énoncé 4).

Compte tenu de la nature émergente des connaissances concernant le développement de l'identité de genre chez les adolescent(e)s, une approche individualisée à l'égard des soins cliniques est considérée comme à la fois éthique et nécessaire. Comme c'est le cas dans tous les domaines de la médecine, chaque étude présente des limites méthodologiques, et les conclusions tirées de la recherche ne peuvent et ne doivent pas être appliquées universellement à tous les adolescent(e)s. C'est également le cas lorsqu'il s'agit de répondre aux questions courantes des parents concernant la stabilité ou l'instabilité du développement de l'identité de genre d'un jeune donné. Si les recherches ultérieures permettront de faire progresser la compréhension scientifique de l'évolution de l'identité de genre, il pourrait toujours y avoir des lacunes. En outre, compte tenu de l'éthique de l'autodétermination en matière de soins, ces lacunes ne doivent pas laisser l'adolescent(e) TDG sans soins importants et nécessaires.

Données probantes issues de la recherche sur les traitements médicaux d'affirmation de genre pour les adolescent(e)s transgenres

L'un des principaux défis en matière de soins aux adolescent(e)s transgenres est la qualité des données évaluant l'efficacité des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre médicalement nécessaires au fil du temps (voir l'énoncé relatif à la nécessité médicale au chapitre 2 – Applicabilité mondiale, énoncé 2.1). Compte tenu des implications à vie des traitements médicaux et du jeune âge auquel les traitements peuvent commencer, les adolescent(e)s, leurs parents et les professionnels de soins doivent être informés de la nature de la base de données probantes. Il semble raisonnable que les décisions de poursuivre les traitements médicaux et chirurgicaux soient prises

avec prudence. Malgré le nombre croissant de données probantes sur l'efficacité de l'intervention médicale précoce, le nombre d'études est encore faible, et peu d'études de résultats suivent les jeunes jusqu'à l'âge adulte. Il n'est donc pas possible de procéder à une analyse systématique des résultats du traitement chez les adolescent(e)s. Une brève analyse narrative est plutôt fournie.

Au moment de la rédaction du présent chapitre, plusieurs études de suivi de cohortes longitudinales à long terme faisaient état de résultats positifs pour les traitements médicaux précoces (chez les adolescent(e)s); pendant une longue période, bon nombre de ces études ont été menées par une clinique néerlandaise (p. ex. Cohen-Kettenis et van Goozen, 1997; de Vries, Steensma et coll., 2011; de Vries et coll., 2014; Smith et coll., 2001, 2005). Les résultats ont montré que la résolution de la dysphorie de genre est associée à une amélioration du fonctionnement psychologique et de la satisfaction à l'égard de l'image corporelle. La plupart de ces études ont suivi un modèle méthodologique avant-après et ont comparé le fonctionnement psychologique de base avec les résultats obtenus après la mise en place de traitements médicaux d'affirmation de genre. Différentes études ont évalué des aspects individuels ou des combinaisons d'interventions cliniques et comprenaient 1) des hormones d'affirmation de genre et des interventions chirurgicales (Cohen-Kettenis et van Goozen, 1997; Smith et coll., 2001, 2005); 2) la suppression de la puberté (de Vries, Steensma et coll., 2011); et 3) la suppression de la puberté, les hormones d'affirmation de genre et les interventions chirurgicales (de Vries et coll., 2014). L'étude de suivi à long terme de 2014 est la seule à avoir suivi des jeunes depuis le début de l'adolescence (avant le traitement; âge moyen de 13,6 ans) jusqu'au début de l'âge adulte (après le traitement; âge moyen de 20,7 ans). Il s'agit de la première étude montrant que le traitement d'affirmation de genre permet aux adolescent(e)s transgenres d'effectuer des transitions développementales adaptées à leur âge tout en vivant dans leur genre affirmé, avec des résultats objectifs et subjectifs satisfaisants à l'âge adulte (de Vries et coll., 2014). Bien que l'étude ait utilisé un petit échantillon (n = 55), restreint et socialement soutenu, les résultats sont convaincants. Il convient de noter que les participants faisaient partie

d'une clinique néerlandaise connue pour son approche multidisciplinaire, comprenant une évaluation et une prise en charge complètes et continues de la dysphorie de genre, ainsi qu'un soutien visant à assurer le bien-être émotionnel.

Plusieurs études longitudinales publiées plus récemment ont suivi et évalué des participants à différents stades de leur traitement d'affirmation de genre. Dans ces études, certains participants n'avaient pas entamé un traitement médical d'affirmation de genre, d'autres avaient été traités par suppression de la puberté, tandis que d'autres encore avaient commencé à prendre des hormones d'affirmation de genre ou avaient même obtenu une chirurgie d'affirmation de genre (Achille et coll., 2020; Allen et coll., 2019; Becker-Hebly et coll., 2021; Carmichael et coll., 2021; Costa et coll., 2015; Kuper et coll., 2020, Tordoff et coll., 2022). Compte tenu de l'hétérogénéité des traitements et des méthodes, ce type de conception rend l'interprétation des résultats plus difficile. Néanmoins, comparées aux évaluations de départ, les données démontrent systématiquement une amélioration ou une stabilité du fonctionnement psychologique, de l'image corporelle et de la satisfaction à l'égard du traitement, variant de trois mois à deux ans après le début du traitement.

Les études transversales constituent un autre moyen d'évaluer les effets des traitements d'affirmation de genre. L'une de ces études a comparé le fonctionnement psychologique d'adolescent(e)s transgenres au départ et pendant la suppression de la puberté avec celui de leurs pairs cisgenres du secondaire (du lycée) à deux moments différents. Au départ, les jeunes transgenres présentaient un fonctionnement psychologique inférieur à celui de leurs pairs cisgenres, alors que lorsqu'ils obtenaient une suppression de la puberté, ils présentaient un meilleur fonctionnement que leurs pairs (van der Miesen et coll., 2020). Grannis et coll. (2021) ont démontré que les hommes transgenres qui commençaient à prendre de la testostérone présentaient moins de symptômes internalisés de troubles mentaux (dépression et anxiété) que ceux qui n'avaient pas commencé de traitement à la testostérone.

Quatre autres études ont été réalisées selon des schémas différents. Dans une étude graphique rétrospective, Kaltiala, Heino et coll. (2020) ont constaté que les adolescent(e)s transgenres ayant peu

ou pas de problèmes de santé mentale avant de commencer à prendre des hormones d'affirmation de genre ont généralement bien réagi pendant le traitement. Cependant, les adolescent(e)s présentant davantage de problèmes de santé mentale au départ ont continué d'en subir les manifestations pendant le traitement médical d'affirmation de genre. Nieder et coll. (2021) ont étudié la satisfaction à l'égard des soins en tant que mesure des résultats et ont démontré que la satisfaction des adolescent(e)s transgenres augmentait alors qu'ils avançaient dans les traitements qu'ils avaient initialement entamés. Hisle-Gorman et coll. (2021) ont comparé l'utilisation des soins de santé avant et après l'utilisation de produits pharmaceutiques d'affirmation de genre en tant qu'indicateurs de la gravité des conditions de santé mentale chez 3 754 adolescent(e)s TDG dans un vaste ensemble de données sur les soins de santé. Contrairement à l'hypothèse des auteurs concernant l'amélioration de la santé mentale, le recours aux soins de santé mentale n'a pas changé de façon notable, et les ordonnances de médicaments psychotropes ont augmenté. Dans un vaste échantillon non probabiliste d'adultes identifiés comme transgenres, Turban et coll. (2022) ont constaté que les personnes ayant déclaré avoir eu accès à des hormones d'affirmation de genre à l'adolescence avaient moins de chances d'être suicidaires au cours de l'année écoulée que les personnes transgenres ayant eu accès à des hormones d'affirmation de genre à l'âge adulte.

Les professionnels peuvent envisager la possibilité qu'un(e) adolescent(e) regrette les décisions d'affirmation de genre prises pendant l'adolescence, et qu'une jeune personne veuille arrêter le traitement et retourner vivre dans le rôle de genre qui lui a été assigné à la naissance dans le futur. Deux études néerlandaises font état de faibles taux d'adolescent(e)s (1,9 % et 3,5 %) choisissant de mettre un terme à la suppression de la puberté (Brik et coll., 2019; Wiepjes et coll., 2018). Là encore, ces études ont été menées dans des cliniques qui suivent un protocole comprenant une évaluation complète avant le début du traitement médical d'affirmation de genre. À l'heure actuelle, aucune étude de cohorte clinique n'a fait état de profils d'adolescent(e)s qui regrettent leur décision initiale ou qui détransitionnent après un traitement d'affirmation irréversible. Des recherches récentes indiquent que

certain(s) adolescent(e)s font une détransition, mais ne regrettent pas d'avoir entamé un traitement, car ils ont vécu le début du traitement comme un élément de compréhension de leurs besoins en matière de soins liés au genre (Turban, 2018). Toutefois, ce n'est pas forcément le point de vue prédominant des personnes qui détransitionnent (Littman, 2021; Vandebussche, 2021). Certains adolescent(e)s peuvent regretter les mesures qu'ils ont prises (Dyer, 2020). C'est pourquoi il est important de présenter toute la gamme des résultats possibles lorsqu'on aide des adolescent(e)s transgenres. Les professionnels peuvent aborder ce sujet dans un esprit de collaboration et de confiance (c'est-à-dire en tant qu'« expérience et considération futures potentielles ») avec l'adolescent(e) et ses parents avant le début des traitements médicaux d'affirmation de genre. De plus, les professionnels doivent être prêts à soutenir les adolescent(e)s qui détransitionnent. Dans le cadre d'une enquête par Internet auprès d'un échantillon de commodité de 237 personnes d'un âge moyen de 25,02 ans auto-identifiées ayant effectué une détransition, dont plus de 90 % étant de sexe féminin assigné à la naissance, 25 % avaient effectué une transition médicale avant l'âge de 18 ans, et 14 % avaient effectué une détransition avant l'âge de 18 ans (Vandebussche, 2021). Bien qu'un échantillon de commodité sur Internet soit sujet à la sélection des répondants, cette étude suggère que la détransition peut se produire chez les jeunes adolescent(e)s transgenres et que les professionnels de la santé devraient en être conscients. Nombre d'entre eux ont exprimé des difficultés à trouver de l'aide au cours de leur processus de détransition et ont déclaré que leur détransition était une expérience isolante au cours de laquelle ils n'ont pas reçu de soutien suffisant ni approprié (Vandebussche, 2021).

En conclusion, bien que les échantillons existants aient porté sur des groupes de jeunes relativement restreints (p. ex. n = 22-101 par étude) et que la durée du suivi ait varié d'une étude à l'autre (6 mois-7 ans), cette base de données émergente indique une amélioration générale de la vie des adolescent(e)s transgenres qui, après une évaluation minutieuse, reçoivent un traitement médical d'affirmation de genre médicalement nécessaire. En outre, les taux de regret signalés au cours des périodes de suivi de l'étude sont faibles. Dans l'ensemble, les données montrent qu'une

intervention médicale précoce – dans le cadre d'approches combinées élargies d'évaluation et de traitement axées sur la dysphorie de genre et le bien-être général – peut être efficace et utile pour de nombreux(es) adolescent(e)s transgenres à la recherche de ces traitements.

Perspectives en matière d'éthique et de droits de la personne

Les perspectives en matière d'éthique médicale et de droits de la personne ont également été prises en compte lors de la formulation des énoncés des SDS concernant les adolescent(e)s. Par exemple, laisser progresser une puberté irréversible chez des adolescent(e)s en situation d'incongruence de genre n'est pas un acte neutre, car cela peut avoir des effets néfastes immédiats et à vie pour le jeune transgenre (Giordano, 2009; Giordano et Holm, 2020; Kreukels et Cohen-Kettenis, 2011). Du point de vue des droits de la personne, si l'on considère la diversité de genre comme une variation normale et attendue au sein de la diversité élargie de l'expérience humaine, les adolescent(e)s ont le droit de participer à leur propre processus de prise de décision concernant leur santé et leur vie, y compris l'accès aux services de santé liés au genre (Amnesty International, 2020).

Résumé des énoncés et des questions propres à l'adolescence

Les lignes directrices sont conçues pour tenir compte de ce que l'on sait et ne sait pas sur le développement de l'identité de genre à l'adolescence, des données probantes sur les soins d'affirmation de genre à l'adolescence et des aspects uniques qui distinguent l'adolescence des autres stades de développement.

Exploration de l'identité : L'une des caractéristiques de l'adolescence est la solidification des aspects de l'identité, y compris de l'identité de genre. L'énoncé 6.2 aborde l'exploration de l'identité dans le contexte du développement de l'identité de genre. L'énoncé 6.12.b tient compte du temps nécessaire à une jeune personne pour vivre une identité de genre différente, exprimer une identité de genre différente, ou les deux, afin de prendre une véritable décision concernant des soins d'affirmation de genre.

Consentement et prise de décision : À l'adolescence, le consentement et la prise de décision nécessitent une évaluation du développement émotionnel, cognitif et psychosocial de la personne. L'énoncé 6.12.c traite directement de la maturité émotionnelle et cognitive et décrit les composantes nécessaires du processus d'évaluation utilisé pour évaluer la capacité de prise de décision.

Participation des accompagnants/parents : Habituellement, les adolescent(e)s dépendent de

leurs accompagnants/parents pour être guidés de nombreuses façons. C'est également le cas quand la jeune personne navigue à travers le processus décisionnel concernant les options de traitement. L'énoncé 6.11 traite de l'importance de faire participer les accompagnants/parents et aborde le rôle qu'ils jouent dans l'évaluation et le traitement. Aucun ensemble de lignes directrices ne peut tenir compte de toutes les circonstances individuelles à l'échelle mondiale.

Énoncés de recommandations

- 6.1 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'adolescent(e)s de la diversité de genre :
- 6.1.a - Détiennent une licence délivrée par leur organisme statutaire et d'un diplôme de deuxième cycle (Maîtrise ou Master) ou un diplôme équivalent dans un domaine clinique en rapport avec cette fonction, délivré par un établissement statutaire accrédité au niveau national.
- 6.1.b - Reçoivent une formation théorique et factuelle et acquièrent une expertise en matière de santé mentale générale de l'enfant, de l'adolescent(e) et de la famille sur l'ensemble du spectre du développement.
- 6.1.c - Reçoivent une formation et disposent d'une expertise en matière de développement de l'identité de genre, de la diversité de genre chez les enfants et les adolescent(e)s, soient en mesure d'évaluer la capacité à donner son assentiment/consentement et possèdent des connaissances générales sur la diversité de genre tout au long de la vie.
- 6.1.d - Reçoivent une formation et acquièrent une expertise en matière du trouble du spectre de l'autisme et d'autres troubles neurodéveloppementaux ou collaborent avec un expert en troubles du développement lorsqu'ils travaillent auprès d'adolescent(e)s autistes/neurodivergents de la diversité de genre.
- 6.1.e - Continuent à s'engager dans leur perfectionnement professionnel dans tous les domaines pertinents pour les enfants et les adolescent(e)s de la diversité de genre et leur famille.
- 6.2 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'adolescent(e)s de la diversité de genre facilitent l'exploration et l'expression du genre de manière ouverte et respectueuse, de sorte qu'aucune identité particulière ne soit favorisée.
- 6.3 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'adolescent(e)s de la diversité de genre procèdent à une évaluation biopsychosociale globale des adolescent(e)s qui se présentent avec des préoccupations liées à l'identité de genre et qui demandent des soins liés à la transition médicale/chirurgicale, et que cette évaluation soit réalisée dans une posture de collaboration et de soutien.
- 6.4 - Nous recommandons que les professionnels de la santé travaillent avec les familles, les écoles et d'autres milieux concernés pour favoriser l'acceptation des diverses expressions de comportement et d'identités de genre de l'adolescent(e).
- 6.5 - Nous recommandons de ne pas proposer de thérapie réparatrice ou de conversion visant à modifier le genre et l'expression de genre vécu d'une personne pour la rendre plus conforme au sexe qui lui a été assigné à la naissance.
- 6.6 - Nous suggérons que les professionnels de la santé fournissent aux adolescent(e)s transgenres et de la diversité de genre une éducation sanitaire sur le bandage de la poitrine et le repli des organes génitaux (le « tucking »), y compris un examen des avantages et des risques.
- 6.7 - Nous recommandons aux professionnels d'envisager la prescription d'agents de suppression menstruelle pour les adolescent(e)s présentant une incongruence de genre qui ne souhaitent pas de thérapie à la testostérone, qui souhaitent une thérapie à la testostérone, mais ne l'ont pas encore commencée, ou en conjonction avec une thérapie à la testostérone pour les saignements intermenstruels.
- 6.8 - Nous recommandons aux professionnels de la santé de maintenir une relation continue avec l'adolescent(e) transgenre et de la diversité de genre, ainsi qu'avec tous les accompagnants concernés, afin de soutenir la personne dans sa prise de décision pendant toute la durée du traitement de suppression de la puberté, de l'hormonothérapie et de la chirurgie liée au genre, jusqu'à la transition vers les soins pour adultes.
- 6.9 - Nous recommandons aux professionnels de la santé de faire participer les disciplines concernées, y compris les professionnels de la santé mentale et de la médecine, pour décider si la suppression de la puberté, la prise d'hormones ou la chirurgie liée au genre pour les adolescent(e)s transgenres et de la diversité de genre sont appropriées et restent indiquées tout au long du traitement jusqu'à la transition vers les soins pour adultes.
- 6.10 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'adolescent(e)s transgenres et de la diversité de genre demandant des traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre les informent, avant de commencer le traitement, des effets sur la reproduction, y compris la perte potentielle de fertilité et des options disponibles pour préserver la fertilité dans le contexte du stade de développement pubertaire de l'adolescent(e).
- 6.11 - Nous recommandons, quand des traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre sont indiqués pour des adolescent(e)s, que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'adolescent(e)s transgenres et de la diversité de genre fassent participer les parents ou les accompagnants au processus d'évaluation et de traitement, à moins que leur participation ne soit jugée préjudiciable à l'adolescent(e) ou impossible à mettre en œuvre.
- Les recommandations suivantes sont formulées concernant les conditions requises pour bénéficier d'un traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre (toutes les conditions doivent être remplies) :*
- 6.12 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui évaluent des adolescent(e)s transgenres et de la diversité de genre recommandent des traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre demandés par le patient que dans les cas suivants :

- 6.12.a - L'adolescent(e) répond aux critères diagnostiques de l'incongruence de genre selon la CIM-11 dans les situations où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins de santé. Dans les pays qui n'ont pas mis en œuvre la dernière version de la CIM, d'autres taxonomies peuvent être utilisées; des efforts devraient être entrepris pour utiliser la dernière version de la CIM dès que possible.
- 6.12.b - L'expérience de la diversité/de l'incongruence de genre est marquée et soutenue dans le temps.
- 6.12.c - L'adolescent(e) fait preuve de la maturité émotionnelle et cognitive nécessaire pour donner son assentiment/consentement éclairé au traitement.
- 6.12.d - Les préoccupations concernant la santé mentale de l'adolescent(e) (le cas échéant) susceptibles de nuire à la clarté du diagnostic, à la capacité de consentement et aux traitements médicaux d'affirmation de genre ont été abordées.
- 6.12.e - L'adolescent(e) a été informé(e) des effets sur la reproduction, y compris de la perte potentielle de fertilité et des options disponibles pour préserver la fertilité, et ceux-ci ont fait l'objet de discussions dans le contexte du stade de développement pubertaire de l'adolescent(e).
- 6.12.f - L'adolescent(e) a atteint le stade 2 de la classification de Tanner pour la puberté avant que la suppression de la puberté soit initiée.
- 6.12.g - L'adolescent(e) a suivi une hormonothérapie d'affirmation de genre pendant au moins 12 mois, ou plus longtemps s'il y a lieu, pour obtenir le résultat chirurgical souhaité pour les procédures d'affirmation de genre, y compris l'augmentation mammaire, l'orchidectomie, la vaginoplastie, l'hystérectomie, la phalloplastie, la métoïdioplastie et la chirurgie faciale dans le cadre d'un traitement d'affirmation de genre, sauf si l'hormonothérapie n'est pas souhaitée ou si elle est médicalement contre-indiquée.

Énoncé 6.1

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'adolescent(e)s de la diversité de genre :

- a. Détiennent une licence délivrée par leur organisme statutaire et d'un diplôme de deuxième cycle (Maîtrise ou Master) ou un diplôme équivalent dans un domaine clinique en rapport avec cette fonction, délivré par un établissement statutaire accrédité au niveau national.**
- b. Reçoivent une formation théorique et factuelle et acquièrent une expertise en matière de santé mentale générale de l'enfant, de l'adolescent(e) et de la famille sur l'ensemble du spectre du développement.**
- c. Reçoivent une formation et disposent d'une expertise en matière de développement de l'identité de genre, de la diversité de genre chez les enfants et les adolescent(e)s, soient en mesure d'évaluer la capacité à donner son assentiment/consentement et possèdent des connaissances générales sur la diversité de genre tout au long de la vie.**
- d. Reçoivent une formation et acquièrent une expertise en matière du trouble du spectre de l'autisme et d'autres troubles neurodéveloppementaux ou collaborent avec un expert en troubles du développement lorsqu'ils travaillent auprès d'adolescent(e)s autistes/neurodivergents de la diversité de genre.**

e. Continuent à s'engager dans leur perfectionnement professionnel dans tous les domaines pertinents pour les enfants et les adolescent(e)s de la diversité de genre et leur famille.

Au moment d'évaluer et de soutenir les adolescent(e)s TDG et leur famille, les professionnels de soins et les professionnels de la santé ont besoin de connaissances et de formations à la fois générales et propres au genre. Les professionnels formés pour travailler auprès des adolescent(e)s et des familles jouent un rôle important dans la navigation des aspects du développement de l'adolescent(e) et de la dynamique familiale lorsqu'ils s'occupent des jeunes et des familles (Adelson et coll., 2012; American Psychological Association, 2015; Hembree et coll., 2017). D'autres chapitres des Standards de soins décrivent plus en détail ces critères pour les professionnels qui fournissent des soins liés au genre (voir le chapitre 5 – Évaluation des adultes; le chapitre 7 – Enfants; ou le chapitre 13 – Chirurgie et soins postopératoires). Les professionnels qui travaillent auprès d'adolescent(e)s doivent comprendre ce que l'on sait et ne sait pas sur le développement de l'identité de genre chez les adolescent(e)s, et en quoi cette base de connaissances diffère de celle qui s'applique aux adultes et aux enfants prépubères. Parmi les professionnels de la santé, le professionnel de la santé mentale dispose de la formation la plus appropriée et d'un temps clinique dédié pour procéder à une évaluation et préciser les priorités et les objectifs du traitement lorsqu'il travaille auprès de jeunes transgenres, y compris ceux qui cherchent à obtenir des

soins médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre. La compréhension et la gestion de la dynamique des membres de la famille qui peuvent avoir des perceptions différentes de l'histoire et des besoins de la jeune personne sont une compétence importante que les professionnels de la santé mentale sont souvent les mieux préparés à utiliser.

S'il n'est pas possible d'avoir accès à des professionnels formés au développement de l'enfant et de l'adolescent(e), les professionnels de la santé doivent s'engager à suivre une formation dans les domaines de la dynamique familiale et du développement de l'adolescent(e), dont le développement de l'identité de genre. De même, étant donné que les jeunes transgenres autistes/neurodivergents représentent une sous-population minoritaire importante des jeunes pris en charge dans les cliniques de genre à l'échelle mondiale, il est important que les professionnels de la santé cherchent à obtenir une formation supplémentaire dans le domaine de l'autisme et comprennent les éléments uniques des soins dont les jeunes autistes de la diversité de genre peuvent avoir besoin (Strang, Meagher et coll., 2018). Si cette formation n'est pas possible, il est conseillé de consulter un professionnel spécialisé dans l'autisme et la neurodiversité et de collaborer avec lui.

Énoncé 6.2

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'adolescent(e)s de la diversité de genre facilitent l'exploration et l'expression du genre de manière ouverte et respectueuse, de sorte qu'aucune identité particulière ne soit favorisée.

L'adolescence est une période de développement qui implique des changements physiques et psychologiques caractérisés par l'individuation et la transition vers l'indépendance par rapport aux parents/accompagnants (Berenbaum et coll., 2015; Steinberg, 2009). Il s'agit d'une période au cours de laquelle les jeunes peuvent explorer différents aspects de leur identité, y compris leur identité de genre.

Les adolescent(e)s diffèrent quant au degré d'exploration et d'engagement des aspects de leur identité (Meeus et coll., 2012). Pour certains adolescent(e)s, le rythme de la consolidation de l'identité est rapide, tandis que pour d'autres, il est plus

lent. Pour certain(e)s adolescent(e)s, le développement physique, émotionnel et psychologique se déroule pendant la même période générale, tandis que pour d'autres, il y a des écarts entre ces aspects du développement. De même, la chronologie du développement de l'identité de genre varie (Arnoldussen et coll., 2020; Katz-Wise et coll., 2017). Pour certaines jeunes personnes, le développement de l'identité de genre est un processus clair qui commence dès la petite enfance, tandis que pour d'autres, les changements pubertaires contribuent à l'expérience d'une personne selon un genre particulier (Steensma, Kreukels et coll., 2013), et pour beaucoup d'autres, le processus peut commencer bien après la fin des changements pubertaires. Compte tenu de ces variations, il n'existe pas de rythme, de processus ou de résultat particulier que l'on puisse prédire pour un(e) adolescent(e) cherchant à obtenir des soins d'affirmation de genre.

Par conséquent, les professionnels de la santé travaillant auprès d'adolescent(e)s doivent offrir des environnements de soutien qui respectent simultanément l'identité de genre affirmée de l'adolescent(e) et lui permettent également d'explorer ouvertement ses besoins en matière de genre, y compris les interventions sociales, médicales et physiques d'affirmation de genre en cas de changement ou d'évolution au fil du temps.

Énoncé 6.3

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'adolescent(e)s de la diversité de genre procèdent à une évaluation biopsychosociale globale des adolescent(e)s qui se présentent avec des préoccupations liées à l'identité de genre et qui demandent des soins liés à la transition médicale/chirurgicale, et que cette évaluation soit réalisée dans une posture de collaboration et de soutien.

Étant donné les nombreuses façons dont l'identité peut se développer au cours de l'adolescence, nous recommandons d'utiliser une évaluation globale biopsychosociale afin de guider les décisions de traitement et d'optimiser les résultats. Cette évaluation doit viser à comprendre les forces et les vulnérabilités de l'adolescent(e), son profil diagnostique et ses besoins particuliers afin de personnaliser ses soins.

Comme mentionné dans l'énoncé 6.1, les professionnels de la santé mentale ont la formation la plus appropriée, l'expérience et le temps clinique dédié requis pour obtenir les renseignements dont on discute ici. Le processus d'évaluation doit être abordé en collaboration avec l'adolescent(e) et l'accompagnant, à la fois séparément et ensemble, comme décrit plus en détail dans l'énoncé 6.11. Une évaluation doit avoir lieu avant toute intervention médicale ou chirurgicale médicalement nécessaire envisagée (p. ex. médicaments inhibiteurs de la puberté, hormones d'affirmation de genre, interventions chirurgicales). Voir l'énoncé 2.1 relatif à la nécessité médicale au chapitre 2 – Applicabilité mondiale; voir également le chapitre 12 – Hormonothérapie et le chapitre 13 – Chirurgie et soins postopératoires.

Les jeunes peuvent connaître de nombreuses trajectoires différentes en matière d'identité de genre. Les définitions socioculturelles et les expériences de genre continuent d'évoluer au fil du temps, et les jeunes présentent de plus en plus un éventail d'identités et de façons de décrire leurs expériences et leurs besoins liés au genre (Twist et de Graaf, 2019). Par exemple, certains jeunes se rendront compte qu'ils sont transgenres ou, plus largement, qu'ils ont une diversité de genre et prendront des mesures pour se présenter en conséquence. Pour certains jeunes, il sera important d'obtenir un traitement médical adapté à leur genre, alors que pour d'autres, ces démarches ne seront pas nécessaires. Par exemple, un processus d'exploration au fil du temps pourrait ne pas aboutir à ce que le jeune s'affirme ou incarne un genre différent par rapport au sexe qui lui a été assigné à la naissance et n'impliquerait pas le recours à des interventions médicales (Arnoldussen et coll., 2019).

Les données probantes longitudinales les plus robustes montrant les avantages des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre à l'adolescence ont été obtenues dans un contexte clinique qui a intégré un processus d'évaluation diagnostique détaillé et complet au fil du temps dans son protocole de soins (de Vries et Cohen-Kettenis, 2012; de Vries et coll., 2014). Compte tenu de ces données et de l'évolution constante des expériences de genre dans la société, une évaluation biopsychosociale diagnostique globale pendant l'adolescence est à la fois fondée sur des données probantes et préserve l'intégrité

du processus de prise de décision. En l'absence d'un profil diagnostique complet, d'autres aspects de santé mentale qui doivent être traités en priorité peuvent ne pas être détectés. Il n'existe aucune étude sur les résultats à long terme des traitements médicaux liés au genre chez les jeunes qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation exhaustive. Le traitement dans ce contexte (p. ex. avec une évaluation limitée ou sans évaluation) n'est pas étayé empiriquement et comporte donc le risque que la décision de commencer des interventions médicales d'affirmation de genre ne soit pas dans l'intérêt à long terme de l'adolescent(e) à ce moment-là.

Comme la prestation des soins de santé et l'accès aux spécialistes varient d'un pays à l'autre, il est souvent nécessaire de concevoir un processus d'évaluation particulier pour adapter les ressources existantes. Dans certains cas, un processus d'évaluation plus étendu peut être utile, comme pour les jeunes présentant des situations plus complexes (p. ex. des antécédents de santé mentale complexes [Leibowitz et de Vries, 2016]), des caractéristiques du spectre de l'autisme cooccurrentes (Strang, Powers et coll., 2018), ou une absence d'incongruence de genre vécue dans l'enfance (Ristori et Steensma, 2016). Compte tenu des facteurs culturels, financiers et géographiques propres à certaines populations, les professionnels doivent concevoir des modèles d'évaluation souples qui permettent de dispenser des soins dans une échelle de temps appropriée à autant de jeunes personnes que possible, tant et aussi longtemps que l'évaluation permet d'obtenir des renseignements sur les forces et les vulnérabilités de l'adolescent(e), sur son profil diagnostique et sur ses besoins individuels. Des mesures psychosociales et de genre validées sur le plan psychométrique peuvent également être utilisées pour fournir des renseignements supplémentaires.

L'évaluation multidisciplinaire des jeunes qui cherchent à obtenir des interventions médicales ou chirurgicales d'affirmation de genre comprend les domaines suivants qui correspondent aux énoncés pertinents :

- **Développement de l'identité de genre :** Les énoncés 6.12.a et 6.12.b se penchent sur les facteurs associés au développement de l'identité de genre dans le contexte culturel

particulier lors de l'évaluation des adolescent(e)s TDG.

- **Développement social et soutien; Intersectionnalité :** Les énoncés 6.4 et 6.11 soulignent l'importance d'évaluer le stress minoritaire de genre, la dynamique familiale et d'autres aspects contribuant au développement social et à l'intersectionnalité.
- **Évaluation diagnostique d'éventuels troubles concomitants de la santé mentale ou du développement :** L'énoncé 6.12.d souligne l'importance de comprendre la relation qui existe, le cas échéant, entre les problèmes de santé mentale ou de développement concomitants et l'identité ou l'expression de genre de l'adolescent(e).
- **Capacité de prise de décision :** L'énoncé 6.12.c traite de l'évaluation de la maturité émotionnelle d'une jeune personne et de sa pertinence lorsqu'un(e) adolescent(e) envisage des traitements médicaux/chirurgicaux d'affirmation de genre.

Énoncé 6.4

Nous recommandons que les professionnels de la santé travaillent avec les familles, les écoles et d'autres milieux concernés pour favoriser l'acceptation des diverses expressions de comportement et d'identités de genre de l'adolescent(e).

De nombreuses études et un consensus d'experts soutiennent la mise en œuvre d'approches qui favorisent l'acceptation et l'affirmation des jeunes de la diversité de genre dans tous les contextes, y compris les familles, les écoles, les établissements de soins de santé et toutes les autres organisations et communautés dans lesquelles ils évoluent (p. ex. Pariseau et coll., 2019; Russell et coll., 2018; Simons et coll., 2013; Toomey et coll., 2010; Travers et coll., 2012). L'acceptation et l'affirmation s'effectuent dans le cadre d'une série d'approches, d'actions et de politiques que nous recommandons de mettre en œuvre dans les diverses relations et environnements dans lesquels une jeune personne évolue et fonctionne. Il est important que les membres de la famille et de la communauté impliqués dans la vie de l'adolescent(e) collaborent à ces efforts, à moins que leur implication ne soit considérée comme

préjudiciable à la personne. Voici des exemples proposés par Pariseau et coll. (2019) et d'autres de l'acceptation et de l'affirmation de la diversité de genre ainsi que de la contemplation et de l'expression de l'identité qui peuvent être mis en œuvre par la famille, le personnel et les organisations :

1. Des actions qui soutiennent les jeunes attirés par des activités et des champs d'intérêt associés à un genre expansif (p. ex. non conformes);
2. Des communications qui soutiennent les jeunes lorsqu'ils expriment leurs expériences sur leur genre et l'exploration du genre;
3. L'utilisation du prénom, des pronoms et des accords revendiqués par la jeune personne;
4. Le soutien aux jeunes qui portent des vêtements/uniformes, des coiffures et des articles (bijoux, maquillage, etc.) qu'ils considèrent comme affirmant leur genre ;
5. La communication bienveillante et soutenante avec les jeunes sur leur genre et leurs préoccupations en matière de genre;
6. L'éducation sur les questions de diversité de genre pour les personnes faisant partie de la vie du jeune (p. ex. les membres de la famille, les professionnels de soins de santé, les réseaux de soutien social), au besoin, y compris des renseignements sur la façon de défendre les jeunes de la diversité de genre dans la communauté, à l'école, dans les soins de santé et dans d'autres contextes;
7. Le soutien aux jeunes de la diversité de genre pour les mettre en contact avec des communautés de soutien (p. ex. groupes, événements, amis LGBTQ);
8. La possibilité de discuter, d'envisager et d'explorer les options de traitement médical lorsqu'elles sont indiquées;
9. Des politiques de lutte contre l'intimidation et le harcèlement qui sont appliquées;
10. L'inclusion d'expériences non-binaires dans la vie quotidienne, le matériel de lecture et les programmes scolaires (p. ex. livres, cours d'éducation à la santé et à la sexualité, sujets de dissertation dépassant la notion de binarité, groupes LGBTQ et d'alliés);
11. Des installations ouvertes à tous les genres, auxquelles la jeune personne peut accéder

facilement sans être séparée de ses pairs cisgenres (p. ex. les salles de bains, les vestiaires).

Nous recommandons que les professionnels de la santé travaillent avec les parents, les écoles et d'autres organisations/groupes pour favoriser l'acceptation et l'affirmation des identités et des expressions TDG, que des interventions sociales ou médicales soient mises en œuvre ou non, car l'acceptation et l'affirmation sont associées à une réduction des symptômes négatifs de santé mentale et de comportement et à un fonctionnement plus positif de la santé mentale et du comportement (Day et coll., 2015; de Vries et coll., 2016; Greytak et coll., 2013; Pariseau et coll., 2019; Peng et coll., 2019; Russell et coll., 2018; Simons et coll., 2013; Taliaferro et coll., 2019; Toomey et coll., 2010; Travers et coll., 2012). Russell et coll. (2018) ont constaté que l'amélioration de la santé mentale augmente avec l'acceptation et l'affirmation dans d'autres contextes (p. ex. à la maison, à l'école, au travail et chez les amis). Le rejet par la famille, les pairs et le personnel de l'école (p. ex. l'utilisation intentionnelle du prénom, du pronom et des accords auxquels le jeune ne s'identifie pas, la non-reconnaissance de l'identité de genre affirmée, l'intimidation, le harcèlement, la violence verbale et physique, les mauvaises relations, le rejet parce qu'il est TDG, l'expulsion) était fortement lié à des résultats négatifs, comme l'anxiété, la dépression, les idées suicidaires, les tentatives de suicide, et la consommation de substances (Grossman et coll., 2005; Klein et Golub; 2016; Pariseau et coll., 2019; Peng et coll., 2019; Reisner, Greytak et coll., 2015; Roberts et coll., 2013). Il est important de savoir que les symptômes négatifs augmentent avec le niveau de rejet et se poursuivent à l'âge adulte (Roberts et coll., 2013).

On a également remarqué que les réponses neutres ou indifférentes à la diversité et à l'exploration du genre d'un jeune (p. ex. laisser un enfant dire aux autres le prénom qu'il a choisi, mais ne pas utiliser ce prénom, ne pas en parler à la famille ou aux amis quand le jeune souhaite qu'on le révèle, ne pas défendre l'enfant contre le comportement de rejet du personnel scolaire ou des pairs, ne pas s'engager ou participer à d'autres mécanismes de soutien [p. ex. avec des psychothérapeutes et des groupes de soutien]) ont des

conséquences négatives, comme l'augmentation des symptômes dépressifs (Pariseau et coll., 2019). Pour ces raisons, il est important de ne pas ignorer le questionnement d'un jeune sur son genre ou de ne pas retarder l'examen des besoins en matière de soins liés au genre. Il est particulièrement utile que les professionnels reconnaissent que les jeunes ont besoin d'approches personnalisées, de soutien et de prise en compte des besoins liés à l'expression, à l'identité et à l'incarnation du genre au fil du temps et dans tous les domaines et les relations. Les adolescent(e)s peuvent avoir besoin d'aide pour faire face à la tension de devoir tolérer le processus d'ajustement/adaptation des autres envers leur exploration et leurs changements d'identité (p. ex. Kuper, Lindley et coll., 2019). Il est important que les professionnels collaborent avec les parents et d'autres personnes lors de leur processus de gestion de leurs préoccupations et de leurs sentiments et lorsqu'ils s'informent sur la diversité de genre, car ces processus ne reflètent pas nécessairement un rejet ou une neutralité, mais peuvent plutôt représenter des efforts pour développer des attitudes et recueillir des renseignements qui favorisent l'acceptation (p. ex. Katz-Wise et coll., 2017).

Énoncé 6.5

Nous recommandons de ne pas proposer de thérapie réparatrice ou de conversion visant à modifier le genre et l'expression de genre vécu d'une personne pour la rendre plus conforme au sexe qui lui a été assigné à la naissance.

Certains professionnels de soins de santé, organisations laïques ou religieuses et familles rejetant la jeune personne peuvent s'efforcer de contrecarrer l'expression de la diversité de genre ou l'affirmation d'une identité de genre autre que l'expression et le comportement conformes au sexe assigné à la naissance. Ces efforts pour bloquer l'expression sociale réversible ou la transition peuvent comprendre le choix de ne pas utiliser le prénom, les pronoms et les accords choisis par la jeune personne ou de restreindre l'expression de soi dans les vêtements et les coiffures (Craig et coll., 2017; Green et coll., 2020). Ces comportements allant contre l'affirmation visent généralement à renforcer l'idée que l'identité/expression de genre d'une jeune personne doit correspondre au genre associé au sexe assigné à la

naissance ou aux attentes basées sur le sexe assigné à la naissance. Des activités et des approches (parfois appelées « traitements ») visant à modifier l'identité et l'expression de genre d'une personne pour la rendre plus conforme au sexe qui lui a été assigné à la naissance ont été tentées, mais ces approches n'ont pas entraîné de changements dans l'identité de genre (Craig et coll., 2017; Green et coll., 2020). Nous déconseillons ces efforts, car ils se sont révélés inefficaces et sont associés à une augmentation des troubles mentaux et à une détérioration du fonctionnement psychologique (Craig et coll., 2017; Green et coll., 2020; Turban, Beckwith et coll., 2020).

Une grande partie de la recherche évaluant la « thérapie de conversion » et la « thérapie réparatrice » a étudié l'incidence des efforts visant à modifier l'expression de genre (masculinité ou féminité) et a confondu l'orientation sexuelle avec l'identité de genre (APA, 2009; Burnes et coll., 2016; Craig et coll., 2017). Certains de ces efforts ont ciblé à la fois l'identité et l'expression de genre (AACAP, 2018). La thérapie de conversion ou réparatrice a été associée à une augmentation de l'anxiété, de la dépression, des idées suicidaires, des tentatives de suicide et de l'évitement des soins de santé (Craig et coll., 2017; Green et coll., 2020; Turban, Beckwith et coll., 2020). Bien que certaines de ces études aient été critiquées en raison de leurs méthodologies et de leurs conclusions (p. ex. D'Angelo et coll., 2020), cela ne doit pas empêcher de souligner que les efforts entrepris a priori pour changer l'identité d'une personne sont cliniquement et éthiquement infondés. Nous déconseillons tout type de conversion ou de tentative visant à modifier l'identité de genre d'une personne pour les raisons suivantes : 1) les efforts, tant laïques que religieux, visant à modifier l'identité/l'expression de genre ont été associés à un fonctionnement psychologique négatif qui perdure à l'âge adulte (Turban, Beckwith et coll., 2020); et 2) il existe des raisons éthiques plus générales renforçant le respect de la diversité de genre.

Il est important de noter les facteurs potentiels qui déterminent l'expérience liée au genre d'une jeune personne et le signalement d'incongruence de genre, lorsqu'il est effectué dans le contexte de l'accompagnement d'un(e) adolescent(e) dans sa découverte de soi, n'est pas considéré comme une thérapie réparatrice tant qu'il n'y a pas d'objectif a

priori de changer ou d'encourager une identité ou une expression de genre particulière (AACAP, 2018; voir l'énoncé 6.2). Pour garantir que ces explorations sont thérapeutiques, nous recommandons d'employer une considération affirmative et un ton de soutien en discutant des mesures qui ont été essayées, envisagées et planifiées pour l'expression de genre d'une jeune personne. Ces discussions peuvent porter sur ce qui a été jugé utile ou positif, sur ce qui n'a pas été utile ou sur ce qui a été pénible et sur les raisons de cette situation. Nous recommandons d'utiliser des réponses positives à ces étapes et discussions, telles que celles indiquées dans l'énoncé 6.4 des SDS-8.

Énoncé 6.6

Nous suggérons que les professionnels de la santé fournissent aux adolescent(e)s transgenres et de la diversité de genre une éducation sanitaire sur le bandage de la poitrine et le repli des organes génitaux (le « tucking »), y compris un examen des avantages et des risques.

Les jeunes TDG peuvent ressentir une détresse liée à l'anatomie de la poitrine et des organes génitaux. Des pratiques telles que le bandage de la poitrine, le rembourrage de la poitrine, la dissimulation génitale (« tucking ») et le rembourrage génital (« packing ») sont des interventions réversibles et non médicales qui peuvent contribuer à atténuer cette détresse (Callen-Lorde, 2020 a, 2020b; Deutsch, 2016a; Olson-Kennedy, Rosenthal et coll., 2018; Transcare BC, 2020). Il est important d'évaluer le degré de détresse lié au développement physique ou à l'anatomie, d'informer les jeunes sur les interventions non médicales possibles pour répondre à cette détresse et de discuter de l'utilisation prudente de ces interventions.

Le bandage de la poitrine consiste à comprimer le tissu mammaire pour donner un aspect plus plat à la poitrine. Des études suggèrent que jusqu'à 87 % des patients transmasculins disent avoir déjà comprimé leur poitrine (Jones, 2015; Peitzmeier, 2017). Les méthodes de bandage peuvent comprendre des bandages commerciaux, des brassières de sport, la superposition de chemises, ou de brassières de sport, ou l'usage d'élastiques ou autres bandages (Peitzmeier, 2017). Actuellement, la plupart des jeunes déclarent s'informer sur les pratiques de bandage auprès de communautés en ligne composées de pairs (Julian,

2019). Les professionnels peuvent jouer un rôle important en veillant à ce que les jeunes reçoivent des renseignements précis et fiables sur les avantages et les risques potentiels du bandage de la poitrine. En outre, les professionnels peuvent conseiller les patients sur les pratiques de bandage sûres et surveiller les effets négatifs potentiels sur la santé. Bien que le bandage puisse avoir des effets physiques négatifs, les jeunes qui le pratiquent en retirent de nombreux avantages, notamment un confort accru, une sécurité améliorée et une diminution des mégenrages (Julian, 2019). Les effets négatifs courants sur la santé du bandage de la poitrine chez les jeunes comprennent des douleurs dorsales et thoraciques, un essoufflement et le fait d'avoir trop chaud (Julian, 2019). Des effets négatifs plus graves sur la santé, tels que des infections cutanées, des infections respiratoires et des fractures de côtes, sont peu fréquents et ont été associés au bandage de la poitrine chez les adultes (Peitzmeier, 2017). Il faut conseiller aux jeunes qui ont recours au bandage de n'utiliser que les méthodes considérées comme sûres, telles que les bandages spécialement conçus pour la population de la diversité de genre, afin de réduire le risque d'effets négatifs graves sur la santé. Les méthodes considérées comme dangereuses pour le bandage comprennent le ruban adhésif en toile, les bandages élastiques (de type ACE) et les pellicules de plastique, car elles peuvent restreindre la circulation sanguine, endommager la peau et restreindre la respiration. Si une jeune personne fait état d'effets négatifs sur la santé dus au bandage de la poitrine, elle devrait idéalement être prise en charge par un professionnel de la santé respectueux du genre et ayant l'habitude de travailler auprès de jeunes TDG.

Le « tucking » ou la dissimulation des organes génitaux consiste à placer le pénis et les testicules de manière à réduire l'aspect extérieur d'une protubérance génitale. Les méthodes comprennent le repli du pénis et des testicules entre les jambes ou le repli des testicules à l'intérieur du canal inguinal pour ramener le pénis entre les jambes. Généralement, les organes génitaux sont maintenus en place par des sous-vêtements ou un sous-vêtement de compression des organes génitaux, un vêtement qui peut être fabriqué ou acheté. Peu d'études ont été réalisées sur les risques et les avantages particuliers du tucking chez les adultes, et aucune chez les jeunes. Des études antérieures ont montré que les

sous-vêtements serrés sont associés à une diminution de la concentration et de la mobilité des spermatozoïdes. En outre, les températures scrotales élevées peuvent être associées à des caractéristiques spermatiques médiocres, et la dissimulation des organes génitaux par tucking pourrait théoriquement nuire à la spermatogenèse et à la fertilité (Marsh, 2019), bien qu'il n'y ait pas d'études définitives évaluant ces résultats négatifs. D'autres recherches seront nécessaires afin de déterminer les avantages et les risques précis du tucking chez les jeunes.

Énoncé 6.7

Nous recommandons aux professionnels d'envisager la prescription d'agents de suppression menstruelle pour les adolescent(e)s présentant une incongruence de genre qui ne souhaitent pas de thérapie à la testostérone, qui souhaitent une thérapie à la testostérone, mais ne l'ont pas encore commencée, ou en conjonction avec une thérapie à la testostérone pour les saignements intermenstruels.

Lorsqu'ils discutent des options disponibles en matière de médicaments supprimant les menstruations avec des jeunes de la diversité de genre, les professionnels devraient s'engager dans une prise de décision partagée, utiliser un langage inclusif (p. ex. en demandant aux patients quels termes ils utilisent pour désigner leurs menstruations, leurs organes reproducteurs et leurs organes génitaux) et effectuer les examens physiques d'une manière délicate et tenant compte du genre (Bonnington et coll., 2020; Krempasky et coll., 2020). Il n'y a pas de recherche formelle évaluant la façon dont la suppression des menstruations peut affecter l'incongruence ou la dysphorie de genre. Cependant, l'utilisation de la suppression menstruelle peut être une intervention initiale qui permet d'explorer davantage les objectifs de soins liés au genre, de donner la priorité à d'autres soins de santé mentale, ou les deux, en particulier pour les personnes dont la dysphorie de genre s'aggrave en raison de saignements utérins non désirés (voir l'énoncé 6.12.d; Mehringer et Dowshen, 2019). Quand on n'a pas recours à la testostérone, la suppression des menstruations peut être obtenue au moyen d'un progestatif. Pour exclure tout trouble menstruel sous-jacent, il est important d'obtenir une évaluation et des

antécédents menstruels détaillés avant de mettre en œuvre une thérapie de suppression menstruelle (Carswell et Roberts, 2017). Dans le cadre de la discussion sur les médicaments supprimant les menstruations, il convient également d'aborder le besoin de contraception et de renseignements sur l'efficacité des médicaments supprimant les menstruations en tant que méthodes de contraception (Bonnington et coll., 2020). Une variété d'options de suppression menstruelle, telles que les médicaments œstroprogestatifs combinés, les progestatifs oraux, les progestatifs en dépôt et sous-cutanés, et les dispositifs intra-utérins (DIU), devrait être proposée pour permettre des plans de traitement personnalisés tout en tenant compte de la disponibilité, du coût et de la couverture d'assurance, ainsi que des contre-indications et des effets secondaires (Kanj et coll., 2019).

Les médicaments hormonaux uniquement à base de progestatif sont des options, en particulier chez les jeunes transmasculins ou non-binaires qui ne sont pas intéressés par les thérapies médicales contenant des œstrogènes, ainsi que chez ceux qui présentent un risque d'événements thromboemboliques ou qui présentent d'autres contre-indications à l'œstrogénothérapie (Carswell et Roberts, 2017). Les médicaments hormonaux uniquement à base de progestatif comprennent les progestatifs oraux, les injections de depo-médroxyprogestérone, l'implant à l'étonogestrel et le DIU au lévonorgestrel (Schwartz et coll., 2019). Les options hormonales uniquement à base de progestatif varient sur le plan de l'efficacité pour obtenir une suppression menstruelle et présentent des taux d'obtention de l'aménorrhée plus faibles que la contraception orale combinée (Pradhan et Gomez-Lobo, 2019). Une description plus détaillée des études cliniques pertinentes est présentée au chapitre 12 – Hormonothérapie. Les professionnels de la santé ne doivent pas présumer de la méthode d'administration préférée de la personne, car certains jeunes transmasculins peuvent préférer les anneaux vaginaux ou les implants de DIU (Akgul et coll., 2019). Bien que les médicaments hormonaux requièrent une surveillance pour déceler une éventuelle labilité de l'humeur, des effets dépressifs, ou les deux, les avantages et les risques d'une suppression menstruelle non traitée dans le cadre d'une dysphorie de genre

doivent être évalués au cas par cas. Certaines personnes peuvent opter pour une contraception orale combinée qui comprend différentes combinaisons d'éthinylestradiol, avec des doses variables, et différentes générations de progestatifs (Pradhan et Gomez-Lobo, 2019). Les doses plus faibles d'éthinylestradiol contenues dans les contraceptifs oraux combinés sont associées à une augmentation des saignements utérins intermittents. Les contraceptifs oraux combinés continus peuvent être utilisés pour permettre une suppression menstruelle continue et peuvent être administrés sous forme d'anneaux transdermiques ou vaginaux.

Le recours à des analogues de l'hormone de libération de gonadotrophine (GnRH) peut également entraîner une suppression des menstruations. Toutefois, il est recommandé que les jeunes de la diversité de genre répondent aux critères d'admissibilité (énoncés dans l'énoncé 6.12) avant que ce médicament ne soit envisagé uniquement à cette fin (Carswell et Roberts, 2017; Pradhan et Gomez-Lobo, 2019). Enfin, les médicaments de suppression menstruelle peuvent être indiqués comme traitement d'appoint pour les hémorragies utérines qui peuvent survenir pendant le traitement à la testostérone exogène ou comme médicament d'appoint en attendant la suppression menstruelle par le traitement à la testostérone. Si la testostérone exogène est utilisée comme hormone d'affirmation de genre, la suppression menstruelle est généralement obtenue dans les six premiers mois de la thérapie (Ahmad et Leinung, 2017). Cependant, il est essentiel que les adolescent(e)s soient conscients que l'ovulation et la grossesse peuvent toujours se produire en cas d'aménorrhée (Gomez et coll., 2020; Kanj et coll., 2019).

Énoncé 6.8

Nous recommandons aux professionnels de la santé de maintenir une relation continue avec l'adolescent(e) transgenre et de la diversité de genre, ainsi qu'avec tous les accompagnants pertinents, afin de soutenir la personne dans sa prise de décision pendant toute la durée du traitement de suppression de la puberté, de l'hormonothérapie et de la chirurgie liée au genre, jusqu'à la transition vers les soins pour adultes.

Les professionnels de la santé spécialisés dans le développement de l'enfant et de l'adolescent(e), tels que décrits à l'énoncé 6.1, jouent un rôle important dans la continuité des soins pour les jeunes au fil de leurs besoins en matière de traitement lié au genre. Pour soutenir les adolescent(e)s et leur famille, il est nécessaire d'aborder les soins sous l'angle du développement, ce qui permet de comprendre l'évolution de la maturité émotionnelle d'un jeune et de ses besoins en matière de soins au fil du temps. Comme les traitements d'affirmation de genre diffèrent en fonction des besoins et des expériences de chaque adolescent(e) TDG, la prise de décision concernant ces traitements (suppression de la puberté, œstrogènes/androgènes, chirurgie d'affirmation de genre) peut intervenir à différents moments au cours d'une période de plusieurs années. Des recherches longitudinales démontrant les avantages des inhibiteurs de la puberté et du traitement hormonal d'affirmation de genre ont été menées dans un cadre où une relation clinique suivie entre les adolescent(e)s/familles et l'équipe multidisciplinaire était maintenue (de Vries et coll., 2014).

Les milieux cliniques qui proposent des rendez-vous plus longs offrent aux adolescent(e)s et aux accompagnants un espace pour échanger sur les aspects psychosociaux importants du bien-être émotionnel (p. ex. la dynamique familiale, l'école et les expériences amoureuses et sexuelles) qui contextualisent les besoins et les décisions personnels en matière de traitement d'affirmation de genre, comme décrit ailleurs dans le chapitre. Une relation clinique continue peut s'établir dans différents contextes, que ce soit au sein d'une équipe multidisciplinaire ou avec des professionnels situés dans des lieux différents qui collaborent les uns avec les autres. Étant donné la grande variabilité de la capacité d'accès aux centres spécialisés de soins liés au genre, en particulier pour les groupes marginalisés qui connaissent des disparités d'accès, il est important que le professionnel de la santé évalue l'existence de tout obstacle aux soins tout en faisant preuve de souplesse au moment de définir la façon dont une relation clinique suivie peut être établie dans ce contexte particulier.

Une relation clinique suivie qui renforce la résilience du jeune et apporte un soutien aux parents/accompagnants qui peuvent avoir leurs propres besoins en matière de traitement peut finalement

conduire à une meilleure acceptation parentale – lorsque cela est nécessaire – qui est associée à de meilleurs résultats en matière de santé mentale chez les jeunes (Ryan, Huebner et coll., 2009).

Énoncé 6.9

Nous recommandons aux professionnels de la santé de faire participer les disciplines concernées, y compris les professionnels de la santé mentale et de la médecine, pour décider si la suppression de la puberté, la prise d'hormones ou la chirurgie liée au genre pour les adolescent(e)s transgenres et de la diversité de genre sont appropriées et restent indiquées tout au long du traitement jusqu'à la transition vers les soins pour adultes.

Les adolescent(e)s TDG ayant une dysphorie de genre ou une incongruence de genre qui veulent des traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre tirent des avantages de la participation de professionnels de la santé de différentes disciplines. La prise en charge des adolescent(e)s TDG comprend 1) des considérations diagnostiques (voir les énoncés 6.3, 6.12.a et 6.12.b) menées par un professionnel de la santé spécialisé dans le genre (tel que défini à l'énoncé 6.1) chaque fois que cela est possible et nécessaire; et 2) des considérations sur les traitements lors de la prescription, de la gestion et du suivi des médicaments pour les soins médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre, nécessitant la formation du professionnel médical/chirurgical concerné. La liste des disciplines clés comprend, sans s'y limiter, les soins primaires/la médecine des adolescent(e)s, l'endocrinologie, la psychologie, la psychiatrie, l'orthophonie, le travail social, le personnel de soutien et l'équipe chirurgicale.

L'évolution des données a montré un avantage clinique pour les jeunes transgenres qui reçoivent leurs traitements d'affirmation de genre dans des cliniques de genre multidisciplinaires (de Vries et coll., 2014; Kuper et coll., 2020; Tollit et coll., 2019). Enfin, les adolescent(e)s qui cherchent à obtenir des soins d'affirmation de genre dans des cliniques multidisciplinaires présentent une complexité importante qui nécessite une collaboration étroite entre les professionnels de la santé mentale, de la médecine ou de la chirurgie (McCallion et coll., 2021; Sorbara et coll., 2020; Tishelman et coll., 2015).

Étant donné que tous les patients et toutes les familles ne sont pas en mesure ou en lieu d'accéder à des soins multidisciplinaires, le manque de disciplines disponibles ne devrait pas empêcher un jeune d'accéder aux soins dont il a besoin en temps voulu. Quand des disciplines sont disponibles, en particulier dans les centres dotés d'équipes multidisciplinaires, de disciplines ou des deux, il est recommandé de s'efforcer de faire participer les professionnels concernés à la mise en place d'une équipe de soins liés au genre. Toutefois, cela ne signifie pas que toutes les disciplines sont nécessaires pour fournir des soins à un jeune et à une famille en particulier.

Si un document écrit ou une lettre est nécessaire pour recommander un traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre pour un(e) adolescent(e), une seule lettre d'évaluation d'un membre de l'équipe multidisciplinaire est nécessaire. Cette lettre doit refléter l'évaluation et l'avis de l'équipe qui comprend à la fois des professionnels de soins médicaux et des professionnels de la santé mentale (American Psychological Association, 2015; Hembree et coll., 2017; Telfer et coll., 2018). D'autres résultats d'évaluation et des avis écrits peuvent être demandés en cas de besoin clinique précis ou si les membres de l'équipe se trouvent dans des lieux différents ou choisissent de rédiger leurs propres résumés. Pour de plus amples renseignements, voir le chapitre 5 – Évaluation des adultes, énoncé 5.5.

Énoncé 6.10

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'adolescent(e)s transgenres et de la diversité de genre demandant des traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre les informent, avant de commencer le traitement, des effets sur la reproduction, y compris la perte potentielle de fertilité et des options disponibles pour préserver la fertilité dans le contexte du stade de développement pubertaire de l'adolescent(e).

Au moment d'évaluer des adolescent(e)s souhaitant bénéficier de traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre, les professionnels de la santé doivent discuter avec eux des façons particulières dont le traitement requis peut affecter la capacité de reproduction. Les questions de fertilité et les options de

préservation particulières sont traitées plus en détail au chapitre 12 – Hormonothérapie et au chapitre 16 – Santé reproductive.

Il est important que les professionnels de la santé comprennent quelles sont les options de préservation de la fertilité afin de pouvoir transmettre l'information aux adolescent(e)s. Il est conseillé aux parents de participer à ce processus et de comprendre les avantages et inconvénients des différentes options. Les professionnels de la santé doivent reconnaître que les adolescent(e)s et les parents peuvent avoir des points de vue différents sur la capacité de reproduction et peuvent donc prendre des décisions différentes (Quain et coll., 2020). C'est pourquoi les professionnels de la santé peuvent aider à guider ce processus.

Les professionnels de la santé doivent prêter une attention particulière aux aspects développementaux et psychologiques de la préservation de la fertilité et de la capacité à prendre des décisions pour chaque adolescent(e). Bien que les adolescent(e)s puissent penser qu'ils ont pris leur décision en ce qui concerne leur capacité de reproduction, ils doivent discuter de la possibilité que leur avis sur le fait d'avoir des enfants biologiquement apparentés plus tard peut changer avec le temps avec un professionnel de la santé qui a suffisamment d'expérience, qui connaît le développement des adolescent(e)s et qui a l'habitude de travailler avec les parents.

Il n'est pas possible d'aborder les conséquences à long terme sur la fertilité des traitements médicaux d'affirmation de genre et de veiller à ce que les adolescent(e)s transgenres aient des attentes réalistes concernant les options de préservation de la fertilité ou l'adoption dans le cadre d'une discussion ponctuelle. Cela doit faire partie d'un dialogue permanent. Cette conversation doit avoir lieu non seulement avant d'entreprendre toute intervention médicale (suppression de la puberté, hormones ou chirurgie), mais aussi pendant la suite du traitement et durant la transition.

À l'heure actuelle, on ne dispose que de résultats préliminaires d'études rétrospectives évaluant les adultes transgenres et les décisions qu'ils ont prises lorsqu'ils étaient jeunes concernant les conséquences d'un traitement médical d'affirmation sur la capacité de reproduction. Il est important de ne pas faire de suppositions sur les objectifs futurs d'un(e)

adolescent(e) à l'âge adulte. Des recherches menées auprès de survivants du cancer à l'enfance ont révélé que les participants qui reconnaissaient avoir raté des occasions de préserver leur fertilité ont fait état de détresse et de regrets concernant l'infertilité potentielle (Armuand et coll., 2014; Ellis et coll., 2016; Lehmann et coll., 2017). En outre, les personnes atteintes d'un cancer qui n'accordaient pas la priorité à la naissance d'enfants biologiques avant le traitement ont déclaré avoir « changé d'avis » après avoir survécu (Armuand et coll., 2014).

Compte tenu de la complexité des différentes options de préservation de la fertilité et des défis que les professionnels de la santé peuvent rencontrer en discutant de la fertilité avec la personne et la famille (Tishelman et coll., 2019), une consultation sur la fertilité est une considération importante pour chaque adolescent(e) transgenre qui entreprend des traitements médicaux d'affirmation, sauf si la situation locale est telle qu'une consultation sur la fertilité n'est pas couverte par l'assurance ou les plans de soins de santé publique, n'est pas disponible localement, ou si les circonstances individuelles rendent cette consultation non désirable.

Énoncé 6.11

Nous recommandons, quand des traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre sont indiqués pour des adolescent(e)s, que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'adolescent(e)s transgenres et de la diversité de genre fassent participer les parents ou les accompagnants au processus d'évaluation et de traitement, à moins que leur participation ne soit jugée préjudiciable à l'adolescent(e) ou impossible à mettre en œuvre.

Lorsqu'il existe une indication qu'un(e) adolescent(e) pourrait bénéficier d'un traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre, la participation des parents ou des principaux accompagnants au processus d'évaluation est recommandée dans presque toutes les situations (Edwards-Leeper et Spack, 2012; Rafferty et coll., 2018). Les exceptions à cette règle peuvent comprendre les situations dans lesquelles l'adolescent(e) est placé(e) dans une famille d'accueil, dans un service de protection de l'enfance, ou les deux, et où la garde et la

participation des parents seraient impossibles, inopportunes ou nuisibles. Le soutien des parents et de la famille des jeunes TDG est un prédicteur principal du bien-être des jeunes et protège la santé mentale des jeunes TDG (Gower, Rider, Coleman et coll., 2018; Grossman et coll., 2019; Lefevor et coll., 2019; McConnell et coll., 2015; Pariseau et coll., 2019; Ryan, 2009; Ryan et coll., 2010; Simons et coll., 2013; Wilson et coll., 2016). Par conséquent, l'une des pratiques les plus utiles consiste à faire participer les parents et les accompagnants au processus d'évaluation afin d'encourager et de faciliter une meilleure compréhension et un meilleur soutien de l'adolescent(e) de la part des parents.

Les parents ou les accompagnants peuvent fournir des renseignements essentiels à l'équipe clinique, tels que l'histoire développementale générale et du genre de l'adolescent(e), ses antécédents médicaux, et de santé mentale, ainsi qu'un aperçu du niveau de soutien actuel de l'adolescent(e), de son fonctionnement général et de son bien-être. La concordance ou la divergence des déclarations de l'adolescent(e) et de ses parents/l'accompagnant peut constituer une information importante pour l'équipe d'évaluation et peut aider à concevoir et à façonner des soutiens personnalisés pour les jeunes et leur famille (De Los Reyes et coll., 2019; Katz-Wise et coll., 2017). La connaissance du contexte familial, y compris les facteurs de résilience et les défis, peut aider les professionnels à savoir où des soutiens spéciaux seraient nécessaires pendant le processus de traitement médical. La participation des parents et des accompagnants est également importante pour informer les familles des différentes approches thérapeutiques, des besoins de suivi et de soins continus, et des complications potentielles du traitement. Grâce à la psychoéducation concernant les options de soins cliniques en matière de genre et à la participation au processus d'évaluation, qui peut se dérouler au fil du temps, les parents ou les accompagnants peuvent mieux comprendre l'expérience et les besoins de leur enfant adolescent(e) en matière de genre (Andrzejewski et coll., 2020; Katz-Wise et coll., 2017).

Les préoccupations ou les questions des parents/de l'accompagnant concernant la stabilité des besoins liés au genre au fil du temps et les implications des diverses interventions d'affirmation de genre sont courantes et ne doivent pas être ignorées. Il est approprié que les

parents/de l'accompagnant posent ces questions, et, dans certains cas, les questions ou les préoccupations des parents/de l'accompagnant sont particulièrement utiles pour éclairer les décisions et les plans de traitement. Par exemple, le rapport d'un parent/soignant peut fournir un contexte essentiel dans les situations où une jeune personne prend conscience de sa diversité de genre très récente et soudaine et demande en conséquence un traitement d'affirmation de genre, ou lorsqu'on s'inquiète d'une éventuelle influence excessive des pairs et des médias sociaux sur le concept de genre que la personne se fait d'elle-même. La contextualisation du rapport des parents/de l'accompagnant est également essentielle, car le récit des parents/de l'accompagnant sur le développement de genre d'une jeune personne peut ou non correspondre à ce que la personne a elle-même déclaré. Il est important de noter que les antécédents en matière de genre peuvent être inconnus des parents ou des de l'accompagnant parce que le genre peut être une expérience interne pour la personne, inconnue des autres à moins qu'elle en ait discuté. C'est pourquoi le rapport d'un(e) adolescent(e) sur son histoire et son expérience en matière de genre est au cœur du processus d'évaluation.

Certains parents peuvent présenter des croyances défavorables ou antagonistes à l'égard des identités TDG, des soins cliniques liés au genre, ou des deux (Clark et coll., 2020). Ces perspectives limitent le soutien et constituent une cible thérapeutique importante pour les familles. Bien que la remise en question des points de vue des parents puisse dans certains cas sembler rigide, les professionnels ne doivent pas partir du principe que c'est le cas. Il existe de nombreux exemples de parents ou d'accompagnants qui, au fil du temps, grâce au soutien et à la psychoéducation, acceptent de mieux en mieux la diversité de genre de leur enfant TDG et ses besoins en matière de soins.

L'un des principaux objectifs consiste à aider les jeunes et les parents/de l'accompagnant à travailler ensemble sur les décisions importantes concernant les soins liés au genre. Cependant, dans certains cas, des parents ou des accompagnants rejettent de façon trop marquée leur enfant et ses besoins en matière de genre pour qu'ils fassent partie du processus d'évaluation clinique. Dans ces situations, les jeunes peuvent avoir

besoin de l'engagement de systèmes plus vastes de défense et de soutien pour obtenir le soutien et les soins nécessaires (Dubin et coll., 2020).

Énoncé 6.12

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui évaluent des adolescent(e)s transgenres et de la diversité de genre ne recommandent des traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre demandés par le patient que dans les cas suivants :

Énoncé 6.12.a

L'adolescent(e) répond aux critères diagnostiques de l'incongruence de genre selon la CIM-11 dans les situations où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins de santé. Dans les pays qui n'ont pas mis en œuvre la dernière version de la CIM, d'autres taxonomies peuvent être utilisées; des efforts devraient être entrepris pour utiliser la dernière version de la CIM dès que possible.

Quand ils travaillent auprès d'adolescent(e)s TDG, les professionnels de la santé doivent se rendre compte qu'une classification peut donner accès aux soins, mais que la pathologisation des identités transgenres peut être ressentie comme stigmatisante (Beek et coll., 2016). Les évaluations relatives à la santé liée au genre et à la diversité de genre ont été critiquées, et des controverses existent sur les systèmes de diagnostic (Drescher, 2016).

Les professionnels de la santé doivent évaluer les antécédents liés au genre et les besoins des jeunes en matière de soins liés au genre. Grâce à ce processus d'évaluation, les professionnels de la santé peuvent fournir un diagnostic lorsqu'il est nécessaire pour obtenir l'accès aux soins transgenres.

L'« incongruence de genre » et la « dysphorie de genre » sont les deux termes diagnostiques utilisés respectivement dans la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'Association américaine de psychiatrie. Parmi ces deux systèmes de classification largement utilisés, le DSM ne concerne que les classifications psychiatriques, et la CIM contient toutes les maladies et conditions liées à la santé physique et mentale. Les versions les plus récentes de ces deux

systèmes, le DSM-5 et la CIM-11, reflètent une longue histoire de reconceptualisation et de dépsychopathologisation des diagnostics liés au genre (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019a). Par rapport à sa version précédente, le DSM-5 a remplacé le trouble de l'identité de genre par la dysphorie de genre, reconnaissant ainsi la détresse ressentie par certaines personnes en raison de l'incongruence entre l'identité de genre ressentie et le sexe assigné à la naissance. Dans la révision la plus récente, le DSM-5-TR, aucun changement n'a été apporté aux critères diagnostiques de la dysphorie de genre. Toutefois, la terminologie a été adaptée au langage actuel le plus approprié (p. ex. *genre assigné à la naissance* au lieu de *genre natal* et *traitement d'affirmation de genre* au lieu de *réassignation de genre*) (American Psychiatric Association, 2022). Par rapport à la 10^e édition de la CIM, dans la CIM-11, la classification de l'incongruence de genre a été déplacée du chapitre sur la santé mentale au chapitre sur les conditions liées à la santé sexuelle. Si l'on compare la classification de la CIM-11 à celle du DSM-5 de la dysphorie de genre, une reconceptualisation importante veut que la détresse ne soit pas un indicateur requis dans la CIM-11 de l'incongruence de genre (WHO, 2019a). Après tout, quand on grandit dans un environnement de soutien et d'acceptation, le critère de détresse et d'incapacité, une partie inhérente de toute condition de santé mentale, peut ne pas être applicable (Drescher, 2012). Ainsi, la classification de la CIM-11 de l'incongruence de genre peut mieux rendre compte de l'ensemble des expériences de diversité de genre et des besoins cliniques connexes en matière de genre.

Les critères de la classification de la CIM-11 de l'incongruence de genre à l'adolescence ou à l'âge adulte sont une incongruence marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné, ce qui conduit souvent à un désir de « transition », afin de vivre et d'être accepté comme une personne du genre ressenti, par le biais d'un traitement hormonal, d'une intervention chirurgicale ou d'autres services sanitaires visant à faire correspondre le corps de la personne, autant que souhaité et dans la mesure du possible, au genre ressenti. En ce qui concerne les adolescent(e)s, l'indicateur précise qu'un diagnostic ne peut être posé avant l'apparition de la puberté. Enfin, il est souligné que les comportements de

genre variant et les préférences seules ne constituent pas à eux seuls une justification pour poser le diagnostic (WHO, CIM-11, 2019a).

Les critères de classification de la dysphorie de genre dans le DSM-5 et le DSM-5-TR à l'adolescence et à l'âge adulte sont une incongruence marquée entre le genre ressenti/exprimé et le genre assigné, d'une durée d'au moins 6 mois (critère A, rempli lorsque 2 des 6 sous-critères sont manifestes; DSM-5, APA, 2013; DSM 5-TR, APA, 2022).

Il convient de noter que, bien qu'une classification liée au genre soit l'une des conditions requises pour recevoir des soins médicaux d'affirmation de genre, une telle classification n'indique pas à elle seule qu'une personne a besoin de soins d'affirmation de genre. L'éventail des expériences des jeunes en matière d'incongruence de genre exige que les professionnels proposent une gamme de traitements ou d'interventions en fonction des besoins de la personne. Le soutien psychologique, l'exploration du genre, l'évaluation de la santé mentale et, le cas échéant, le traitement avec des professionnels de la santé mentale formés au développement du genre peuvent tous être indiqués, avec ou sans la mise en œuvre de soins médicaux d'affirmation.

Énoncé 6.12.b

L'expérience de la diversité/de l'incongruence de genre est marquée et soutenue dans le temps.

De nombreux(ses) adolescent(e)s explorent leur identité et la consolident (Klimstra et coll., 2010; Topolewska-Siedzik et Ciecuch, 2018). L'exploration de l'identité pendant l'adolescence peut comprendre un processus de découverte de soi autour du genre et de l'identité de genre (Steensma, Kreukels et coll., 2013). On sait peu de choses sur la façon dont les processus qui sous-tendent la consolidation de l'identité de genre pendant l'adolescence (p. ex. le processus d'engagement envers des identités particulières) peuvent avoir une incidence sur l'expérience ou les besoins d'une jeune personne au fil du temps.

Par conséquent, il faut tenir compte du niveau de réversibilité d'une intervention médicale d'affirmation de genre, ainsi que de la durée de l'expérience de l'incongruence de genre d'une jeune personne, au moment d'amorcer le traitement. Compte tenu des changements potentiels dans les expériences et les

besoins liés au genre au cours de l'adolescence, il est important de s'assurer que le jeune a connu plusieurs années de diversité/incongruence de genre persistante avant d'entamer des traitements moins réversibles tels que les hormones ou les interventions chirurgicales d'affirmation de genre. Les inhibiteurs de la puberté, qui donnent plus de temps aux jeunes adolescent(e)s pour mobiliser leurs capacités de prise de décision, soulèvent également des considérations importantes (voir l'énoncé 6.12f et le chapitre 12 – Hormonothérapie) suggérant l'importance d'une expérience soutenue d'incongruence/diversité de genre avant l'initiation. Toutefois, dans le groupe d'âge des jeunes adolescent(e)s, il n'est pas toujours pratique ni nécessaire d'attendre plusieurs années étant donné que le traitement est considéré comme un moyen de gagner du temps tout en évitant la détresse liée à des changements pubertaires irréversibles. Pour les jeunes qui ont connu une incongruence de genre de plus courte durée, les soutiens liés à la transition sociale ou d'autres soutiens médicaux (p. ex. suppression menstruelle/blocage des androgènes) peuvent également apporter un certain soulagement et fournir des renseignements supplémentaires à l'équipe clinique concernant les besoins généraux de la jeune personne en matière de soins liés au genre (voir les énoncés 6.4, 6.6 et 6.7).

Pour établir la preuve de la persistance de la diversité/incongruence de genre, il faut généralement procéder à une évaluation attentive avec la jeune personne au fil du temps (voir l'énoncé 6.3). Chaque fois que cela est possible et approprié, le processus d'évaluation et de discernement doit également inclure les parents ou les accompagnants (voir l'énoncé 6.11). Des données probantes démontrant la diversité/incongruence de genre soutenue au fil du temps peuvent être fournies par les antécédents obtenus directement auprès de l'adolescent(e) et de ses parents/de l'accompagnant lorsque ces renseignements ne sont pas consignés dans le dossier médical.

La littérature de recherche sur la continuité ou la discontinuité des besoins/demandes de soins médicaux d'affirmation de genre est complexe et quelque peu difficile à interpréter. Une série d'études menées au cours des dernières décennies, dont certaines présentent des difficultés méthodologiques (comme indiqué par Temple Newhook et coll., 2018; Winters et coll., 2018),

suggèrent que l'expérience de l'incongruence de genre n'est pas constante pour tous les enfants à mesure qu'ils progressent dans l'adolescence. Par exemple, un sous-ensemble de jeunes qui ont connu une incongruence de genre ou qui ont effectué une transition sociale avant la puberté au fil du temps peut montrer une réduction ou même une interruption complète de l'incongruence de genre (de Vries et coll., 2010; Olson et coll., 2022; Ristori et Steensma, 2016; Singh et coll., 2021; Wagner et coll., 2021). Cependant, les recherches sur les taux de continuité et de discontinuité de l'incongruence de genre et des besoins liés au genre dans les populations pubères et adolescentes sont moins nombreuses. Les données disponibles concernant de vastes cohortes non-sélectives de personnes pubères/adolescentes (à la clinique transgenre d'Amsterdam) montrent qu'à la suite des évaluations prolongées dans le temps, un sous-ensemble d'adolescent(e)s ayant une incongruence de genre et se présentant pour des soins liés au genre, choisissent de ne pas obtenir les soins médicaux d'affirmation de genre (Arnoldussen et coll., 2019; de Vries, Steensma et coll., 2011). Il est important de noter que les résultats d'études portant sur des cohortes de personnes pubères / adolescentes présentant une incongruence de genre, dans lesquelles les participants ont fait l'objet d'une évaluation complète de leur genre au fil du temps, ont montré une incongruence de genre persistante et des besoins liés au genre, et ont été aiguillés vers des soins médicaux liés au genre, suggèrent de faibles niveaux de regret concernant les décisions de soins médicaux liés au genre (de Vries et coll., 2014; Wiepjes et coll., 2018). Il est essentiel de souligner que ces conclusions sur le faible taux de regret ne peuvent actuellement s'appliquer qu'aux jeunes qui ont démontré une incongruence de genre soutenue et des besoins liés au genre au fil du temps, comme établi par une évaluation complète et itérative (voir l'énoncé 6.3).

Énoncé 6.12.c

L'adolescent(e) fait preuve de la maturité émotionnelle et cognitive nécessaire pour donner son assentiment/consentement éclairé au traitement.

Le processus de consentement éclairé comprend la communication entre un patient et son professionnel de soins concernant la compréhension par le patient d'une intervention potentielle et, en fin de compte, la décision

du patient de bénéficier ou non de l'intervention. Dans la plupart des contextes, pour les mineurs, le tuteur légal fait partie intégrante du processus de consentement éclairé : si un traitement doit être administré, le tuteur légal (souvent un parent ou un soignant) fournit le consentement éclairé nécessaire. Dans la plupart des contextes, l'assentiment est un processus assez parallèle dans lequel le mineur et le professionnel communiquent sur l'intervention et le professionnel évalue le niveau de compréhension et d'intention.

Une étape nécessaire dans le processus de consentement/assentiment éclairé pour envisager des soins médicaux d'affirmation de genre est une discussion approfondie avec des professionnels de la santé qualifiés, formés pour évaluer la maturité émotionnelle et cognitive des adolescent(e)s. Les effets réversibles et irréversibles du traitement, ainsi que les options de préservation de la fertilité (le cas échéant), et tous les risques et avantages potentiels de l'intervention sont des éléments importants de la discussion. Ces discussions sont nécessaires pour obtenir un consentement/assentiment éclairé. L'évaluation de la maturité cognitive et émotionnelle est importante, car elle aide l'équipe soignante à comprendre la capacité de l'adolescent(e) à être informé(e).

Les compétences nécessaires pour donner son assentiment/consentement à toute intervention ou à tout traitement médical comprennent la capacité à 1) comprendre la nature du traitement; 2) raisonner sur les options de traitement, y compris les risques et les avantages; 3) apprécier la nature de la décision, y compris les conséquences à long terme; et 4) communiquer le choix (Grootens-Wiegers et coll., 2017). Dans le cas des traitements médicaux d'affirmation de genre, l'adolescent(e) doit être bien informé(e) de ce que le traitement peut ou ne peut pas accomplir, des délais typiques d'apparition des changements (p. ex. avec les hormones d'affirmation de genre) et des implications éventuelles de l'arrêt du traitement. Les jeunes de la diversité de genre doivent bien comprendre les aspects réversibles, partiellement réversibles et irréversibles d'un traitement, ainsi que les limites des connaissances sur certains traitements (p. ex. l'effet de la pression pubertaire sur le développement du cerveau [Chen et Loshak, 2020]). Ils doivent également comprendre que, même si de

nombreux jeunes de la diversité de genre commencent à recevoir des soins médicaux d'affirmation de genre et considèrent que ces soins leur conviennent à long terme, il existe un sous-ensemble de personnes qui, avec le temps, découvrent que ces soins ne leur conviennent pas (Wiepjes et coll., 2018). Les jeunes doivent savoir que ces changements sont parfois liés à une modification des besoins liés au genre au fil du temps et, dans certains cas, à une modification de l'identité de genre elle-même. Compte tenu de ces renseignements, les jeunes de la diversité de genre doivent être en mesure de raisonner de manière réfléchie sur les options de traitement en tenant compte des implications des choix qui s'offrent à eux. En outre, pour pouvoir donner leur assentiment, les jeunes de la diversité de genre doivent être en mesure de communiquer leur choix.

Les compétences nécessaires pour accomplir les tâches requises pour l'assentiment/consentement peuvent ne pas apparaître à des âges précis en soi (Grootens-Wiegers et coll., 2017). Ces capacités peuvent varier en fonction des différences de développement et de l'état de santé mentale (Shumer et Tishelman, 2015) et des occasions qu'une jeune personne a eues de pratiquer ces compétences (Alderson, 2007). En outre, l'évaluation de la maturité émotionnelle et cognitive doit être effectuée séparément pour chaque décision de traitement liée au genre (Vrouenraets et coll., 2021).

Les questions suivantes peuvent être utiles pour évaluer les capacités émotionnelles et cognitives d'une jeune personne à accepter ou à consentir à un traitement particulier d'affirmation de genre :

- La jeune personne peut-elle se projeter dans l'avenir et envisager les implications d'une intervention partiellement ou totalement irréversible?
- A-t-elle une capacité d'autoréflexion suffisante pour envisager la possibilité que les besoins et les priorités liés au genre évoluent au fil du temps, et que les priorités liées au genre à un moment donné puissent changer?
- A-t-elle réfléchi, dans une certaine mesure, aux implications de ce qu'elle pourrait faire si ses priorités en matière de genre changeaient à l'avenir?

- Est-elle capable de comprendre et de gérer les aspects quotidiens, à court et à long terme, d'un traitement médical particulier (p. ex. l'observance et l'administration des médicaments, ainsi que les suivis médicaux nécessaires)?

L'évaluation de la maturité émotionnelle et cognitive peut être réalisée au fil du temps, à mesure que l'équipe soignante poursuit les conversations sur les options de traitement et donne à la jeune personne l'occasion de s'entraîner à penser à l'avenir et à envisager avec souplesse les options et les implications. Pour les jeunes présentant des différences neurodéveloppementales ou certains types de différences sur le plan de la santé mentale, les compétences en matière de réflexion sur l'avenir, de planification, de vision d'ensemble et d'autoréflexion peuvent être moins bien développées (Dubbelink et Geurts, 2017). Dans ces cas, une approche plus prudente du consentement et de l'assentiment peut être nécessaire, et cela peut comprendre du temps supplémentaire et des occasions structurées pour que la personne puisse pratiquer les compétences nécessaires à la prise de décision médicale (Strang, Powers et coll., 2018).

Dans les situations particulières où un(e) adolescent(e) mineure consent à son propre traitement sans l'autorisation de ses parents (voir l'énoncé 6.11), des précautions supplémentaires doivent être prises pour soutenir la prise de décision éclairée de la personne. Cela nécessitera typiquement un engagement accru et une meilleure collaboration entre les professionnels de la santé travaillant auprès de la personne afin de lui fournir un soutien cognitif et émotionnel approprié pour examiner les options, peser les avantages et les difficultés/coûts potentiels et élaborer un plan pour tout soutien nécessaire (et éventuellement permanent) lié au traitement.

Énoncé 6.12.d

Les préoccupations concernant la santé mentale de l'adolescent(e) (le cas échéant) susceptibles de nuire à la clarté du diagnostic, à la capacité de consentement et aux traitements médicaux d'affirmation de genre ont été abordées.

Les données indiquent que les adolescent(e)s TDG courent un risque accru de problèmes de santé mentale, souvent liés au rejet de la part de la famille ou des accompagnants, à des milieux communautaires non encourageants et à des facteurs liés à la neurodiversité (p. ex. de Vries et coll., 2016; Pariseau et coll., 2019; Ryan et coll., 2010; Weinhardt et coll., 2017). Les problèmes de santé mentale d'un(e) adolescent(e) peuvent avoir une incidence sur la conceptualisation du développement de son genre et de ses besoins liés à l'identité de genre, sur sa capacité à donner son consentement et sur sa capacité à s'engager dans un traitement médical ou à en recevoir un. En outre, comme les jeunes cisgenres, les jeunes TDG peuvent éprouver des problèmes de santé mentale indépendamment de la présence d'une dysphorie ou d'une incongruence de genre. En particulier, la dépression et l'automutilation peuvent constituer des préoccupations particulières; de nombreuses études révèlent des scores de dépression et des problèmes émotionnels et comportementaux comparables à ceux rapportés dans les populations orientées vers les cliniques de santé mentale (Leibowitz et de Vries, 2016). Des taux accrus d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et d'automutilation ont également été rapportés (de Graaf et coll., 2020). De plus, les troubles des conduites alimentaires sont plus fréquents qu'attendu dans les populations non référées (Khatchadourian et coll., 2013; Ristori et coll., 2019; Spack et coll., 2012). Il est important de noter que les adolescent(e)s TDG présentent des taux élevés de trouble/caractéristiques du spectre de l'autisme (Øien et coll., 2018; van der Miesen et coll., 2016; voir également l'énoncé 6.1.d). D'autres présentations neurodéveloppementales ou difficultés de santé mentale peuvent également être présentes (p. ex. TDAH, déficience intellectuelle et troubles psychotiques [de Vries, Doreleijers et coll., 2011; Meijer et coll., 2018; Parkes et Hall, 2006]).

Il convient de souligner que de nombreux adolescent(e)s transgenres fonctionnent bien et ont peu ou pas de problèmes de santé mentale. Par exemple, les adolescent(e)s pubères ayant effectué une transition sociale qui reçoivent un traitement médical d'affirmation de genre dans des cliniques spécialisées dans ce domaine peuvent en définitive avoir une santé mentale équivalente à celle de leurs pairs cisgenres (p.

ex. de Vries et coll., 2014; van der Miesen et coll., 2020). Une tâche importante du professionnel consiste à évaluer la direction des relations qui existent entre les éventuels problèmes de santé mentale et la façon dont la jeune personne comprend ses besoins en matière de soins liés au genre, puis d'établir des priorités en conséquence.

Les difficultés de santé mentale peuvent entraver de diverses façons l'évaluation et le traitement des besoins liés au genre des adolescent(e)s TDG :

1. Premièrement, lorsqu'un(e) adolescent(e) TDG souffre de suicidalité, d'automutilation, de troubles des conduites alimentaires ou d'autres crises de santé mentale qui menacent sa santé physique, il faut donner la priorité à la sécurité. En fonction du contexte local et des lignes directrices en place, les soins appropriés doivent viser à atténuer la menace ou la crise afin de disposer de suffisamment de temps et de stabilité pour procéder à une évaluation et à une prise de décision réfléchies en matière de genre. Par exemple, un(e) adolescent(e) activement suicidaire peut ne pas être émotionnellement capable de prendre une décision éclairée concernant un traitement médical ou chirurgical d'affirmation de genre. Si cela est indiqué, les interventions liées à la sécurité ne doivent pas empêcher le début des soins d'affirmation de genre.
2. Deuxièmement, la santé mentale peut également compliquer l'évaluation des besoins liés au développement du genre et à l'identité de genre. Par exemple, il est essentiel de différencier l'incongruence de genre de certains troubles de santé mentale, comme les obsessions et les compulsions, les champs d'intérêt spécifiques des personnes autistes, les pensées rigides, les problèmes d'identité plus généraux, les difficultés d'interaction parent/enfant, l'anxiété grave liée au développement (p. ex. la peur de grandir et les changements pubertaires non liés à l'identité de genre), les traumatismes, ou les pensées psychotiques. Les problèmes de santé mentale qui nuisent à la clarté du développement de l'identité et à la prise de décisions liées au genre doivent être priorisés et abordés.
3. Troisièmement, la prise de décision concernant les traitements médicaux d'affirmation de genre qui ont des conséquences à vie nécessite une réflexion approfondie et orientée vers l'avenir de la part de l'adolescent(e), avec le soutien des parents/de l'accompagnant, comme indiqué (voir l'énoncé 6.11). Pour pouvoir prendre une telle décision en connaissance de cause, la personne doit être capable de comprendre les enjeux, d'exprimer un choix, de reconnaître le souhait d'un traitement médical d'affirmation et de bien y réfléchir (voir l'énoncé 6.12.c). Les différences neurodéveloppementales, telles que les caractéristiques autistiques ou le trouble du spectre de l'autisme (voir l'énoncé 6.1.d, p. ex. des différences de communication; une préférence pour la pensée concrète ou rigide; des différences dans la conscience de soi, la pensée future et la planification), peuvent constituer un défi dans le processus d'évaluation et de prise de décision; les jeunes neurodivergents peuvent avoir besoin de plus de soutien, de structure, de psychoéducation et de temps pour le processus d'évaluation (Strang, Powers et coll., 2018). D'autres conditions de santé mentale qui impliquent une communication et une capacité d'autoreprésentation réduites, de la difficulté à s'engager dans l'évaluation, des difficultés de mémoire et de concentration, due désespoir, et de la difficulté à engager un processus de pensée orientée vers le futur, peuvent compliquer l'évaluation et la prise de décision. Dans de tels cas, un délai prolongé est souvent nécessaire avant qu'une décision concernant un traitement médical puisse être prise.
4. Quatrièmement, s'il est important d'aborder les problèmes de santé mentale au cours d'un traitement médical, cela ne signifie pas que tous les problèmes de santé mentale peuvent ou doivent être complètement résolus. Cependant, il est important que les problèmes de santé mentale soient suffisamment pris en compte pour que le traitement médical d'affirmation de genre puisse être assuré de façon optimale (p. ex. l'adhésion aux médicaments, la participation aux rendez-vous médicaux de suivi et les soins

autoadministrés, en particulier au cours de la période postopératoire).

Énoncé 6.12.e

L'adolescent(e) a été informée des effets sur la reproduction, y compris de la perte potentielle de fertilité et des options disponibles pour préserver la fertilité, et ceux-ci ont fait l'objet de discussions dans le contexte du stade de développement pubertaire de l'adolescent(e).

Pour des lignes directrices concernant l'approche clinique, le contexte scientifique et la justification, voir le chapitre 12 – Hormonothérapie et le chapitre 16 – Santé reproductive.

Énoncé 6.12.f

L'adolescent(e) a atteint le stade 2 de la classification de Tanner pour la puberté avant que la suppression de la puberté soit initiée.

Le début de la puberté est un moment charnière pour de nombreux jeunes de la diversité de genre. Pour certains, cela crée une intensification de leur incongruence de genre, et pour d'autres, l'apparition de la puberté peut conduire à une fluidité de genre (p. ex. une transition d'une identité de genre binaire à une identité de genre non-binaire) ou même à l'atténuation d'une identité de genre précédemment affirmée (Drummond et coll., 2008; Steensma et coll., 2011, Steensma, Kreukels et coll., 2013; Wallien et Cohen-Kettenis, 2008). L'usage de médicaments inhibiteurs de la puberté, tels que les analogues de la GnRH, n'est pas recommandée tant que les enfants n'ont pas atteint au minimum le stade 2 de la classification de Tanner pour la puberté, car l'expérience de la puberté physique peut être critique pour le développement ultérieur de l'identité de genre chez certain(e)s adolescent(e)s TDG (Steensma et coll., 2011). Par conséquent, les inhibiteurs de puberté ne devraient pas être utilisés pour les jeunes prépubères de la diversité de genre (Waal et Cohen-Kettenis, 2006). Pour certains jeunes, les agonistes de la GnRH peuvent être appropriés à des stades tardifs ou pendant la période post-pubertaire (p. ex. stade 4 ou 5 de la classification de Tanner), et cette décision doit être fortement individualisée. Le chapitre 12 – Hormonothérapie présente un examen complet de l'utilisation des agonistes de la GnRH.

Les variations du moment de l'apparition de la puberté sont dues à plusieurs facteurs (p. ex. le sexe assigné à la naissance, la génétique, la nutrition, etc.) La classification de Tanner fait référence à cinq stades de développement pubertaire allant de la prépuberté (stade 1) à la post-puberté, et à la maturité sexuelle adulte (stade 5) (Marshall et Tanner, 1969, 1970). Pour les personnes AFAN, le début de la puberté (p. ex. la gonadarche) est défini par l'apparition d'un bourgeon mammaire (stade 2), et pour les personnes de AMAN, par l'obtention d'un volume testiculaire supérieur ou égal à 4 ml (Roberts et Kaiser, 2020). Un médecin d'expérience doit être capable de faire la différence entre le début de la puberté et les changements physiques tels que les poils pubiens et l'odeur corporelle apocrine dus aux stéroïdes sexuels produits par la glande surrénale (p. ex. l'adrénarche), car l'adrénarche ne justifie pas l'utilisation de médicaments inhibiteurs de la puberté (Roberts et Kaiser, 2020). L'éducation des parents et des familles sur la différence entre l'adrénarche et la gonadarche aide les familles à comprendre le moment où la prise de décisions communes sur les thérapies médicales d'affirmation de genre doit être entreprise avec leur équipe multidisciplinaire.

On ne saurait trop insister sur l'importance de prendre en compte les autres risques et avantages de la suppression de la puberté, qu'ils soient hypothétiques ou réels. Les données disponibles confirment l'existence d'implications chirurgicales pour les filles transgenres qui procèdent à une suppression pubertaire (van de Grift et coll., 2020). Des données longitudinales démontrent une amélioration de la satisfaction romantique et sexuelle chez les adolescent(e)s qui bénéficient d'une suppression de la puberté, d'un traitement hormonal et d'une intervention chirurgicale (Bungener et coll., 2020). Une étude sur les résultats chirurgicaux de la vaginoplastie intestinale laparoscopique (réalisée en raison d'un tissu génital limité après l'utilisation d'inhibiteurs de puberté) chez des femmes transgenres a révélé que la majorité d'entre elles ont connu l'orgasme après l'opération (84 %), bien qu'une corrélation particulière entre les résultats du plaisir sexuel et le moment de l'initiation de la suppression de la puberté n'ait pas fait l'objet de discussions dans l'étude (Bouman, van der Sluis et coll., 2016) et que l'étude ne s'applique pas non plus

aux personnes qui préféreraient une procédure chirurgicale différente. Cela souligne l'importance d'amorcer des discussions avec les familles sur les inconnus futurs liés aux résultats de la chirurgie et de la santé sexuelle.

Énoncé 6.12.g

L'adolescent(e) a suivi une hormonothérapie d'affirmation de genre pendant au moins 12 mois, ou plus longtemps s'il y a lieu, pour obtenir le résultat chirurgical souhaité pour les procédures d'affirmation de genre, y compris l'augmentation mammaire, l'orchidectomie, la vaginoplastie, l'hystérectomie, la phalloplastie, la métoïdioplastie et la chirurgie faciale dans le cadre d'un traitement d'affirmation de genre, sauf si l'hormonothérapie n'est pas souhaitée ou si elle est médicalement contre-indiquée.

L'hormonothérapie d'affirmation de genre entraîne des changements anatomiques, physiologiques et psychologiques. L'apparition des effets anatomiques (p. ex. croissance clitoridienne, croissance mammaire, atrophie de la muqueuse vaginale) peut commencer peu de temps après le début du traitement, et l'effet maximal est attendu après de 1 à 2 ans (T'Sjoen et coll., 2019). Pour garantir un temps suffisant d'adaptation psychologique aux changements physiques pendant une période importante du développement chez l'adolescent(e), il est suggéré d'administrer un traitement hormonal pendant 12 mois. En fonction du résultat chirurgical recherché, il peut être nécessaire de prolonger ce traitement (p. ex. virilisation clitoridienne suffisante avant une métoïdioplastie/phalloplastie, croissance mammaire et expansion de la peau avant une augmentation mammaire, adoucissement de la peau et changements dans la distribution de la graisse faciale avant une chirurgie faciale d'affirmation de genre) (de Blok et coll., 2021).

Pour les personnes qui ne prennent pas d'hormones avant une intervention chirurgicale, il est important que les chirurgiens examinent l'incidence de l'hormonothérapie sur la chirurgie proposée. En outre, pour les personnes qui obtiennent une gonadectomie et qui ne prennent pas d'hormones, un plan de substitution hormonale peut être élaboré avec leur médecin traitant avant l'opération.

Prise en compte de l'âge des adolescent(e)s pour les traitements médicaux et chirurgicaux d'affirmation de genre

L'âge présente une forte corrélation, bien qu'imparfaite, avec le développement cognitif et psychosocial et peut constituer un marqueur objectif utile pour déterminer le calendrier potentiel des interventions (Ferguson et coll., 2021). Des âges plus élevés (c'est-à-dire plus avancés) peuvent être requis pour des traitements plus irréversibles, plus complexes, ou les deux. Cette approche permet de poursuivre la maturation cognitive et émotionnelle qui peut être nécessaire pour que l'adolescent(e) prenne pleinement en compte des traitements de plus en plus complexes et y consente (voir l'énoncé 6.12.c).

De plus en plus d'éléments indiquent que le fait d'offrir un traitement d'affirmation de genre aux jeunes qui répondent aux critères permet d'obtenir des résultats positifs (Achille et coll., 2020; de Vries et coll., 2014; Kuper et coll., 2020). Il existe toutefois peu de données sur le moment optimal de ces interventions ainsi que sur les résultats physiques, psychologiques et neurodéveloppementaux à long terme chez les jeunes (Chen et coll., 2020; Chew et coll., 2018; Olson-Kennedy et coll., 2016). Actuellement, les seules études longitudinales qui évaluent les résultats des jeunes et des adultes de la diversité de genre sont basées sur un modèle particulier (l'approche néerlandaise) qui implique une évaluation initiale complète avec un suivi. Dans cette approche, la suppression de la puberté a été envisagée à l'âge de 12 ans, l'hormonothérapie d'affirmation de genre à l'âge de 16 ans, et les interventions chirurgicales à partir de 18 ans, avec des exceptions dans certains cas. On ne sait pas si le fait de s'éloigner de cette approche conduirait à des résultats identiques ou différents. Des études longitudinales sont en cours pour mieux définir les résultats ainsi que la sécurité et l'efficacité des traitements d'affirmation de genre chez les jeunes (Olson-Kennedy, Garofalo et coll., 2019; Olson-Kennedy, Rosenthal et coll., 2019). Bien que les effets à long terme des traitements d'affirmation de genre entrepris à l'adolescence ne soient pas entièrement connus, les conséquences négatives potentielles sur la santé d'un retard de traitement doivent également être prises en compte (de Vries et coll., 2021). Au fur et à mesure que la base de

données concernant les résultats des interventions d'affirmation de genre chez les jeunes continuera de s'étoffer, les recommandations sur le moment et l'état de préparation de ces interventions pourront être mises à jour.

Les lignes directrices antérieures concernant les traitements d'affirmation de genre chez les adolescent(e)s recommandaient que le traitement hormonal d'affirmation de genre partiellement réversible puisse être amorcé vers 16 ans (Coleman et coll., 2012; Hembree et coll., 2009). Des lignes directrices plus récentes suggèrent qu'il peut y avoir des raisons impérieuses d'amorcer le traitement hormonal d'affirmation de genre avant l'âge de 16 ans, bien qu'il y ait peu d'études sur les jeunes qui ont commencé à prendre des hormones avant l'âge de 14 ans (Hembree et coll., 2017). Une raison impérieuse d'amorcer l'hormonothérapie d'affirmation de genre plus tôt, par exemple, pourrait être d'éviter une suppression pubertaire prolongée, compte tenu des préoccupations potentielles en matière de santé osseuse et des implications psychosociales du retardement de la puberté, comme décrit plus en détail au chapitre 12 – Hormonothérapie (Klink, Caris et coll., 2015; Schagen et coll., 2020; Vlot et coll., 2017; Zhu et Chan, 2017). La puberté est une période de développement cérébral et cognitif important. L'incidence neurodéveloppementale potentielle d'une suppression pubertaire prolongée chez les jeunes de la diversité de genre a été précisément ciblée comme un domaine nécessitant une étude continue (Chen et coll., 2020). Bien que les analogues de la GnRH se soient avérés sûrs lorsqu'ils sont utilisés pour le traitement de la puberté précoce, on craint que le fait de retarder l'exposition aux hormones sexuelles (endogènes ou exogènes) à un moment où la minéralisation osseuse est maximale peut entraîner une diminution de la densité minérale osseuse. La diminution potentielle de la densité minérale osseuse ainsi que la signification clinique de toute diminution doivent faire l'objet d'une étude continue (Klink, Caris et coll., 2015; Lee, Finlayson et coll., 2020; Schagen et coll., 2020). Les implications psychosociales négatives potentielles de l'absence d'initiation de la puberté avec les pairs peuvent constituer un stress supplémentaire pour les jeunes de la diversité de genre, bien que cela n'ait pas été explicitement étudié. Lorsqu'ils envisagent le moment

d'amorcer une hormonothérapie d'affirmation de genre, les professionnels doivent comparer les avantages et les risques physiques et psychologiques potentiels du début du traitement avec les risques et les avantages potentiels d'un retard du traitement. Ce processus peut également permettre de déterminer les facteurs contraignants qui peuvent justifier une approche individualisée.

Des études menées auprès de jeunes transmasculins ont démontré que la dysphorie thoracique est associée à des taux plus élevés d'anxiété, de dépression et de détresse et peut entraîner des limitations fonctionnelles, comme le fait d'éviter de faire de l'exercice ou de se laver (Mehringer et coll., 2021; Olson-Kennedy, Warus et coll., 2018; Sood et coll., 2021). La testostérone ne permet malheureusement pas d'atténuer cette détresse, bien que la masculinisation de la poitrine soit une option pour certaines personnes afin de remédier à cette détresse à long terme. Des études portant sur des jeunes ayant demandé une chirurgie de masculinisation de la poitrine pour atténuer la dysphorie thoracique ont montré de bons résultats chirurgicaux, une satisfaction à l'égard des résultats et un regret minimal pendant la période de suivi de l'étude (Marinkovic et Newfield, 2017; Olson-Kennedy, Warus et coll., 2018). La chirurgie de masculinisation du torse peut être envisagée chez les mineurs lorsqu'elle est appropriée sur le plan clinique et développemental, selon l'avis d'une équipe multidisciplinaire expérimentée dans le développement des adolescent(e)s et du genre (voir les énoncés pertinents dans ce chapitre). La durée ou l'utilisation en cours d'un traitement à la testostérone ne doit pas empêcher une intervention chirurgicale, sauf indication contraire. Les besoins de certains jeunes TDG peuvent être satisfaits par la seule chirurgie de masculinisation du torse. Les jeunes femmes transgenres peuvent avoir besoin d'une augmentation mammaire, bien qu'il y ait moins de données sur cette procédure chez les jeunes, peut-être parce que moins de personnes demandent cette procédure (Boskey et coll., 2019; James, 2016). L'hormonothérapie d'affirmation de genre, en particulier les œstrogènes, peut contribuer au développement du tissu mammaire, et il est recommandé que les jeunes suivent un traitement hormonal pendant au moins 12 mois, ou plus longtemps si cela est indiqué pour la chirurgie, avant une augmentation mammaire, sauf si le traitement

hormonal n'est pas cliniquement indiqué ou s'il est médicalement contre-indiqué.

Les données sont limitées en ce qui concerne le moment optimal pour introduire d'autres traitements chirurgicaux d'affirmation de genre chez les adolescent(e)s. Cela s'explique en partie par l'accès limité à ces traitements, qui varie selon les différents lieux géographiques (Mahfouda et coll., 2019). Les données indiquent que les taux de chirurgie d'affirmation de genre ont augmenté depuis 2000 et qu'il y a eu une augmentation du nombre de jeunes TDG cherchant à obtenir une vaginoplastie (Mahfouda et coll., 2019; Milrod et Karasic, 2017). Une étude réalisée en 2017 auprès de 20 chirurgiens affiliés à la WPATH aux États-Unis a révélé qu'un peu plus de la moitié d'entre eux avaient pratiqué une vaginoplastie sur des personnes mineures (Milrod et Karasic, 2017). On dispose de peu de données sur les résultats des jeunes qui obtiennent une vaginoplastie. De petites études ont fait état d'une amélioration du fonctionnement psychosocial et d'une diminution de la dysphorie de genre chez les adolescentes ayant obtenu une vaginoplastie (Becker et coll., 2018; Cohen-Kettenis et van Goozen, 1997; Smith et coll., 2001). Bien que la taille des échantillons soit faible, ces études suggèrent qu'il peut y avoir un avantage pour certain(e)s adolescent(e)s à obtenir ces procédures avant l'âge de 18 ans. Les facteurs qui peuvent favoriser l'obtention de ces procédures pour les jeunes

de moins de 18 ans comprennent la disponibilité accrue du soutien des membres de la famille, une facilité accrue de gérer les soins postopératoires avant la transition vers les tâches du début de l'âge adulte (p. ex. l'entrée à l'université ou sur le marché du travail), et les préoccupations en matière de sécurité dans les espaces publics (p. ex. pour réduire la violence transphobe) (Boskey et coll., 2018; Boskey et coll., 2019; Mahfouda et coll., 2019). Compte tenu de la complexité et de l'irréversibilité de ces interventions, il est essentiel d'évaluer la capacité de l'adolescent(e) à respecter les recommandations en matière de soins postopératoires et à comprendre les effets à long terme de ces interventions sur la fonction reproductive et sexuelle (Boskey et coll., 2019). Compte tenu de la complexité de la phalloplastie et des taux élevés de complications par rapport à d'autres traitements chirurgicaux d'affirmation de genre, il n'est pas recommandé d'envisager cette intervention chez les jeunes de moins de 18 ans à l'heure actuelle (voir le chapitre 13 – Chirurgie et soins postopératoires).

D'autres facteurs clés à prendre en considération lors de la discussion sur le moment des interventions avec les jeunes et leur famille sont abordés en détail dans les énoncés 6.12.a-f. Pour un résumé des critères/recommandations concernant les traitements d'affirmation de genre médicaux nécessaires chez les adolescent(e)s, voir l'[annexe D](#).

CHAPITRE 7 • ENFANTS

Les Standards de soins s'appliquent aux enfants prépubères de la diversité de genre et sont fondés sur la recherche, des principes éthiques et l'accumulation de connaissances d'experts. Les principes qui sous-tendent ces standards sont les suivants : 1) la diversité de genre dans l'enfance est un aspect attendu du développement humain général (Endocrine Society et Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et coll., 2018); 2) la diversité de genre dans l'enfance n'est pas une pathologie ou un trouble de santé mentale (Endocrine Society et Pediatric Endocrine Society, 2020; Oliphant et coll., 2018; Telfer et coll., 2018); 3) on ne peut pas toujours supposer que des expressions de genre diverses chez les enfants reflètent une identité transgenre ou une incongruence de genre (Ehrensaft, 2016; Ehrensaft, 2018; Rael et coll., 2019); 4) les conseils de professionnels de la santé mentale ayant une expertise dans les soins liés au genre chez les enfants peuvent être utiles pour soutenir l'adaptation positive ainsi que le discernement des besoins liés au genre au fil du temps (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Telfer et coll., 2018); 5) les thérapies de conversion contre la diversité de genre chez les enfants (c'est-à-dire, toute tentative « thérapeutique » visant à contraindre un enfant de la diversité de genre, par des mots, des actions ou les deux, à s'identifier ou à se comporter conformément au genre associé au sexe assigné à la naissance) sont néfastes, et nous condamnons leur utilisation (APA, 2021; Ashley, 2019b, Paré, 2020; SAMHSA, 2015; Telfer et coll., 2018; UN Human Rights Council, 2020).

Tout au long du texte, le terme « professionnel de la santé » est utilisé au sens large pour désigner les professionnels qui travaillent auprès d'enfants de la diversité de genre. Contrairement aux jeunes pubères et aux adultes, les enfants prépubères de la diversité de genre ne sont pas admissibles à une intervention médicale (Pediatric Endocrine Society, 2020); par conséquent, lorsqu'un professionnel est sollicité, il est plus probable qu'il s'agisse d'un professionnel de la santé spécialisé dans le soutien psychosocial et le développement du genre. Le présent chapitre se concentre donc uniquement sur les pratiques psychosociales adaptées au développement, bien que d'autres professionnels de la santé, comme les pédiatres

et les médecins de famille, puissent également trouver ces normes utiles dans le cadre de leur travail professionnel auprès d'enfants de la diversité de genre et de leur famille.

Ce chapitre emploie le terme « de genres divers » étant donné que les trajectoires de genre chez les enfants prépubères ne peuvent être prédites et peuvent évoluer au fil du temps (Steensma, Kreukels et coll., 2013). De même, on reconnaît dans ce chapitre que certains enfants resteront stables dans une identité de genre qu'ils articulent au début de leur vie et qui est différente du sexe assigné à la naissance (Olson et coll., 2022). Le terme « de la diversité de genre » comprend les enfants transgenres binaires et non-binaires, ainsi que les enfants qui ne s'identifieront pas comme transgenres plus tard dans leur vie. La terminologie est intrinsèquement liée à la culture et évolue au fil du temps. Il est donc possible que les termes utilisés ici deviennent désuets et que nous trouvions de meilleurs descripteurs.

Le présent chapitre décrit les aspects des soins médicalement nécessaires destinés à favoriser le bien-être et à répondre aux besoins liés au genre des enfants (voir l'énoncé relatif à la nécessité médicale au chapitre 2 – Applicabilité mondiale, énoncé 2.1). On y préconise que tout le monde utilise les Standards, dans la mesure du possible. Il peut y avoir des situations ou des lieux où les ressources recommandées ne sont pas entièrement disponibles. Les professionnels de la santé/équipes qui manquent de ressources doivent s'efforcer de respecter les Standards. Toutefois, si des limitations inévitables empêchent de mettre en œuvre certains éléments des recommandations, elles ne doivent pas empêcher de fournir les meilleurs services actuellement disponibles. Dans les endroits où certains services recommandés existent, mais pas tous, le choix de ne pas mettre en œuvre des services de soins potentiellement bénéfiques risque de nuire à l'enfant (Murchison et coll., 2016; Telfer et coll., 2018; Riggs et coll., 2020). D'une manière générale, il est impératif de donner la priorité à l'intérêt supérieur de l'enfant.

Une vaste littérature empirique sur la psychologie indique que les expériences de la petite enfance ouvrent fréquemment la voie à des schémas de risque ou de résilience tout au long de la vie et contribuent à une trajectoire de développement plus ou moins propice au bien-être et à une qualité de vie positive (Anda et

coll., 2010; Masten et Cicchetti, 2010; Shonkoff et Garner, 2012). Les recherches disponibles indiquent qu'en général, les jeunes de la diversité de genre sont plus à risque de connaître des difficultés psychologiques (Ristori et Steensma, 2016) que leurs pairs cisgenres du même âge, en raison des expériences destructrices qu'ils ont vécues, notamment les traumatismes et les mauvais traitements découlant du rejet lié à la diversité de genre et d'autres interactions hostiles de manque d'acceptation (Barrow et Apostle, 2018; Giovanardi et coll., 2018; Gower, Rider, Brown et coll., 2018; Grossman et D'Augelli, 2006; Hendricks et Testa, 2012; Reisner, Greytak et coll., 2015; Roberts et coll., 2014; Tishelman et Neumann-Mascis, 2018). En outre, la littérature indique que les enfants prépubères qui sont bien acceptés en regard de leur diversité de genre sont généralement bien adaptés (Malpas et coll., 2018; Olson et coll., 2016). L'évaluation et le traitement des enfants mettent généralement l'accent sur une approche *écologique*, reconnaissant que les enfants ont besoin d'être en sécurité et de s'épanouir dans chaque milieu qu'ils fréquentent (Belsky, 1993; Bronfenbrenner, 1979; Kaufman et Tishelman, 2018; Lynch et Cicchetti, 1998; Tishelman et coll., 2010; Zielinski et Bradshaw, 2006). Ainsi, la perspective du présent chapitre s'appuie sur la littérature psychologique de base et sur la connaissance des risques uniques encourus par les enfants de la diversité de genre et met l'accent sur l'intégration d'une approche écologique pour comprendre leurs besoins et favoriser une santé mentale positive dans tous les soins liés au genre. Cette perspective donne la priorité au bien-être et à la qualité de vie de l'enfant tout au long de son développement. En outre, le chapitre adopte également le point de vue, étayé par la recherche psychologique substantielle citée plus haut, que les soins psychosociaux d'affirmation de genre (Hidalgo et coll., 2013) pour les enfants prépubères offrent l'occasion de favoriser une trajectoire de bien-être qui les soutiendra au fil du temps et pendant la transition vers l'adolescence. Cette approche peut potentiellement atténuer certains des risques communs pour la santé mentale auxquels sont confronté(e)s les adolescent(e)s transgenres et de la diversité de genre, comme cela est fréquemment décrit dans la littérature (Chen et coll., 2021; Edwards-Leeper et coll., 2017; Haas et coll.,

2011; Leibowitz et de Vries, 2016; Reisner, Bradford et coll., 2015; Reisner, Greytak et coll., 2015).

La recherche sur le développement s'est concentrée sur la compréhension des différents aspects du développement du genre dans les premières années de l'enfance, en fonction d'une population générale d'enfants prépubères. Ces recherches se sont généralement appuyées sur l'hypothèse que les enfants participant à la recherche sont cisgenres (Olezeski et coll., 2020) et ont rapporté que la stabilité de l'identité de genre est établie dans les années préscolaires pour la population générale d'enfants, dont la plupart ne sont probablement pas de la diversité de genre (Kohlberg, 1966; Steensma, Kreukels et coll., 2013). Récemment, la recherche sur le développement a démontré que la diversité de genre peut être observée et reconnue chez de jeunes enfants prépubères (Fast et Olson, 2018; Olson et Gülgöz, 2018; Robles et coll., 2016). Néanmoins, les études empiriques dans ce domaine sont limitées et, à l'heure actuelle, il n'existe pas de mesures d'évaluation psychométriques fiables capables d'évaluer de manière certaine ou complète la compréhension que l'enfant prépubère a de son propre genre ou de ses besoins et préférences en matière de genre (Bloom et coll., 2021). Par conséquent, ce chapitre souligne l'importance d'une approche clinique nuancée et personnalisée de l'évaluation du genre, conformément aux recommandations de diverses lignes directrices et de la littérature (Berg et Edwards-Leeper, 2018; de Vries et Cohen-Kettenis, 2012; Ehrensaft, 2018; Steensma et Wensing-Kruger, 2019). La recherche et l'expérience clinique ont indiqué que la diversité de genre chez les enfants prépubères peut, pour certains, être fluide; il n'existe pas de moyen fiable de prédire l'évolution du genre d'un enfant (Edwards-Leeper et coll., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et coll., 2013), et les besoins liés au genre d'un enfant particulier peuvent varier au cours de son enfance.

Il est important de comprendre la signification du terme « évaluation ». Il existe de multiples contextes d'évaluation (Krishnamurthy et coll., 2004), y compris des évaluations rapides qui ont lieu lors d'une crise immédiate (p. ex. une évaluation de la sécurité quand un enfant peut être suicidaire) et des évaluations ciblées quand une famille peut avoir une question précise, souvent dans le cadre d'une consultation relativement

brève (Berg et Edwards-Leeper, 2018). Le terme « évaluation » est également souvent utilisé en référence à « l'évaluation diagnostique », qui peut également être appelée « admission » et qui a pour but de déterminer s'il existe un problème qui peut être diagnostiqué ou qui pourrait bénéficier d'un processus thérapeutique. Le présent chapitre se concentre sur les évaluations complètes, utiles pour comprendre les besoins et les objectifs d'un enfant et de sa famille (APA, 2015; de Vries et Cohen-Kettenis, 2012; Srinath et coll., 2019; Steensma et Wensing-Kruger, 2019). Ce type d'évaluation psychosociale n'est pas nécessaire pour tous les enfants de la diversité de genre, mais peut

être demandé pour un certain nombre de raisons. Les évaluations peuvent représenter l'occasion d'entamer un processus de soutien à un enfant de la diversité de genre et à sa famille, étant entendu que les enfants de la diversité de genre tirent avantage d'une dynamique familiale comprenant l'acceptation de leur diversité de genre et des conseils parentaux quand ils sont demandés. Les évaluations complètes sont appropriées lorsqu'elles sont demandées par une famille qui souhaite comprendre pleinement les besoins de l'enfant en matière de genre et de santé mentale dans le contexte de la diversité de genre.

Énoncés de recommandations

- 7.1 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'enfants de la diversité de genre reçoivent une formation et disposent d'une expertise en matière de développement et de diversité de genre chez l'enfant, et qu'ils possèdent une connaissance générale de la diversité de genre tout au long de la vie.
- 7.2 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'enfants de la diversité de genre reçoivent une formation théorique et basée sur les données probantes et acquièrent une expertise en matière de santé mentale générale de l'enfant et de la famille à travers le spectre du développement.
- 7.3 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'enfants de la diversité de genre reçoivent une formation et acquièrent une expertise dans le domaine du trouble du spectre de l'autisme et d'autres neurodiversités, ou qu'ils collaborent avec un expert possédant les compétences nécessaires lorsqu'ils travaillent auprès d'enfants autistes/neurodivergents de la diversité de genre.
- 7.4 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'enfants de la diversité de genre suivent une formation continue relative aux enfants de la diversité de genre et leur famille.
- 7.5 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui effectuent une évaluation auprès d'enfants de la diversité de genre obtiennent et regroupent des renseignements provenant de sources multiples dans le cadre de l'évaluation.
- 7.6 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui effectuent une évaluation auprès d'enfants de la diversité de genre prennent en compte les facteurs de développement pertinents, le fonctionnement neurocognitif et les compétences linguistiques.
- 7.7 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui effectuent une évaluation auprès d'enfants de la diversité de genre prennent en compte les facteurs susceptibles d'empêcher l'enfant ou la famille/l'accompagnant de correctement désigner l'identité/expression de genre.
- 7.8 - Nous recommandons que les professionnels de la santé envisagent une consultation, une psychothérapie, ou les deux, pour les enfants de la diversité de genre et leur famille/l'accompagnant quand la famille et les professionnels de la santé estiment que cela serait bénéfique pour le bien-être et le développement de l'enfant ou de la famille.
- 7.9 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui proposent une consultation, une psychothérapie, ou les deux, aux enfants de la diversité de genre et à leur famille/l'accompagnant collaborent avec d'autres structures et personnes importantes pour l'enfant afin de favoriser la résilience et le bien-être émotionnel de l'enfant.
- 7.10 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui proposent une consultation, une psychothérapie, ou les deux, aux enfants de la diversité de genre et à leur famille/l'accompagnant fournissent aux deux parties une psychoéducation sur le développement du genre adaptée à l'âge.
- 7.11 - Nous recommandons que les professionnels de la santé informent les enfants de la diversité de genre et leur famille/l'accompagnant, quand l'enfant approche de la puberté, sur les interventions médicales possibles d'affirmation de genre, les effets de ces traitements sur la fertilité et les options de préservation de la fertilité.
- 7.12 - Nous recommandons que les parents/l'accompagnant et les professionnels de la santé apportent leur soutien aux enfants qui souhaitent être reconnus dans le genre qui correspond à leur sentiment interne d'identité de genre.
- 7.13 - Nous recommandons que les professionnels de la santé et les parents/l'accompagnant aident les enfants à continuer d'explorer leur genre tout au long de la prépuberté, indépendamment de la transition sociale.
- 7.14 - Nous recommandons que les professionnels de la santé discutent des avantages et des risques possibles d'une transition sociale avec les familles qui l'envisagent.
- 7.15 - Nous suggérons que les professionnels de la santé envisagent de collaborer avec d'autres professionnels et organisations afin de favoriser le bien-être des enfants de la diversité de genre et de minimiser les difficultés auxquelles ils peuvent être confrontés.

Dans ces circonstances, il faut prendre en compte les problèmes de santé mentale des membres de la famille, la dynamique familiale et les contextes sociaux et culturels, qui ont tous une incidence sur un enfant de la diversité de genre (Barrow et Apostle, 2018; Brown et

Mar, 2018; Cohen-Kettenis et coll., 2003; Hendricks et Testa, 2012; Kaufman et Tishelman, 2018; Ristori et Steensma, 2016; Tishelman et Neumann-Mascis, 2018). Ce point est approfondi plus loin dans le texte.

Il est important que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'enfants de la diversité de genre s'efforcent de comprendre les divers aspects de l'identité et de l'expérience de l'enfant et de sa famille : raciaux, ethniques, statut d'immigrant/réfugié, religieux, géographiques et socio-économiques, par exemple, et qu'ils soient respectueux et sensibles au contexte culturel dans les interactions cliniques (Telfer et coll., 2018). De nombreux facteurs peuvent être pertinents pour la culture et le genre, notamment les croyances religieuses, les attentes liées au genre et le degré d'acceptation de la diversité de genre (Oliphant et coll., 2018). Les intersections entre la diversité de genre, la diversité socioculturelle et les statuts de minorité peuvent être des sources de force, de stress social, ou les deux (Brown et Mar, 2018; Oliphant et coll., 2018; Riggs et Treharne, 2016).

Chaque enfant, chaque membre de la famille et chaque dynamique familiale est unique et englobe potentiellement plusieurs cultures et modèles de croyance. Ainsi, les professionnels de la santé de toutes les disciplines devraient éviter les stéréotypes fondés sur des idées préconçues qui peuvent être incorrectes ou fondées sur des préjugés (p. ex. qu'une famille qui appartient à une organisation religieuse opposée à l'appréciation de la diversité de genre sera nécessairement peu favorable à la diversité de genre de leur enfant) (Brown et Mar, 2018). Au contraire, il est essentiel d'aborder chaque famille avec ouverture et de comprendre que chaque membre de la famille et chaque modèle familial sont distincts.

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des données probantes, d'une évaluation des bénéfices et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas, nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les services peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables.

Énoncé 7.1

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'enfants de la diversité de genre reçoivent une formation et disposent d'une expertise en matière de développement et de diversité de genre chez l'enfant, et qu'ils possèdent

une connaissance générale de la diversité de genre tout au long de la vie.

Les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'enfants de la diversité de genre doivent acquérir et tenir à jour la formation et les compétences nécessaires dans le cadre de leur rôle en tant que professionnel. Il peut s'agir d'une autorisation d'exercer, d'une certification, ou des deux, délivrées par des organismes d'accréditation nationaux ou régionaux compétents. Nous reconnaissons que les particularités de l'agrément et de la réglementation des professionnels varient d'un pays à l'autre. Il est important de noter que l'autorisation d'exercer de base, la certification, ou les deux, peuvent être insuffisantes en soi pour garantir la compétence à travailler auprès d'enfants de la diversité de genre, car les professionnels de la santé ont besoin d'une formation approfondie et d'une expérience supervisée dans le domaine du développement du genre chez l'enfant et de la diversité de genre pour fournir des soins appropriés.

Énoncé 7.2

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'enfants de la diversité de genre reçoivent une formation théorique et fondée sur les données probantes et acquièrent une expertise en matière de santé mentale générale de l'enfant et de la famille à travers le spectre du développement.

Les professionnels de la santé devraient recevoir une formation et bénéficier d'une expertise supervisée dans le domaine de la santé mentale générale de l'enfant et de la famille tout au long du spectre du développement, de la petite enfance à l'adolescence, y compris les approches d'évaluation et d'intervention fondées sur des données probantes. La diversité de genre n'est pas un trouble de santé mentale; cependant, comme indiqué ci-dessus, nous savons que la santé mentale peut être affectée négativement pour les enfants de la diversité de genre (p. ex. en raison du stress minoritaire de genre) (Hendricks et Testa, 2012) qui peuvent bénéficier d'une exploration et d'un soutien; par conséquent, l'expertise en matière de santé mentale est fortement recommandée. Le travail auprès des enfants est une activité complexe, qui exige une compréhension des besoins de l'enfant en matière de développement à différents âges, la capacité de comprendre les forces qui

ont une incidence sur le bien-être de l'enfant à l'intérieur et à l'extérieur de la famille (Kaufman et Tishelman, 2018), et une capacité à évaluer pleinement si un enfant est malheureux ou éprouve des difficultés importantes en matière de santé mentale, liées ou non à son genre. Des études ont indiqué des niveaux élevés d'expériences négatives et de traumatismes dans la communauté des enfants de la diversité de genre, y compris la vulnérabilité au rejet ou même à la maltraitance (APA, 2015; Barrow et Apostle, 2018; Giovanardi et coll., 2018; Reisner, Greytak et coll., 2015; Roberts et coll., 2012; Tishelman et Neumann-Mascis, 2018). Les professionnels de la santé doivent être conscients du risque d'expériences négatives et être en mesure d'intervenir efficacement pour prévenir les dommages et favoriser un bien-être positif.

Énoncé 7.3

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'enfants de la diversité de genre reçoivent une formation et acquièrent une expertise dans le domaine du trouble du spectre de l'autisme et d'autres neurodiversités, ou qu'ils collaborent avec un expert possédant les compétences nécessaires lorsqu'ils travaillent auprès d'enfants autistes/neurodivergents de la diversité de genre.

L'expérience de la diversité de genre chez les enfants autistes ou présentant d'autres formes de neurodivergence peut présenter des complexités cliniques supplémentaires (de Vries et coll., 2010; Strang, Meagher et coll., 2018). Par exemple, les enfants autistes peuvent avoir du mal à autoreprésenter leurs besoins liés au genre et peuvent communiquer de manière idiosyncrasique (Kivalanka et coll., 2018; Strang, Powers et coll., 2018). Ils peuvent interpréter différemment les expériences liées au genre en raison de différences courantes de style communicatif et de mode de pensée. En raison de leurs besoins uniques, les enfants neurodivergents de la diversité de genre risquent fort d'être mal compris (que leurs communications soient mal interprétées). Par conséquent, les professionnels qui fournissent un soutien à ces enfants peuvent mieux les aider s'ils sont formés et acquièrent une expertise en autisme et autres présentations neurodéveloppementales ou s'ils collaborent avec des spécialistes de l'autisme (Strang,

Meagher et coll., 2018). Cette formation est d'autant plus pertinente que la recherche a démontré des taux d'autisme plus élevés chez les jeunes de la diversité de genre que dans la population générale (de Vries et coll., 2010; Hisle-Gorman et coll., 2019; Shumer et coll., 2015).

Énoncé 7.4

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui travaillent auprès d'enfants de la diversité de genre suivent une formation continue relative aux enfants de la diversité de genre et leur famille.

Le perfectionnement professionnel continu concernant les enfants de la diversité de genre et les familles peut être acquis par divers moyens, notamment par la lecture (articles de journaux, livres, sites Web associés à des organisations bien informées sur le genre), la participation à des formations en ligne et en personne, et la participation à des groupes de supervision/consultation par les pairs (Bartholomaeus et coll., 2021).

La formation continue comprend 1) le maintien à jour des connaissances sur les recherches disponibles et pertinentes sur le développement du genre et la diversité de genre chez les enfants prépubères et la diversité de genre tout au long de la vie; 2) le maintien à jour des connaissances sur les pratiques exemplaires en matière d'évaluation, de soutien et d'approches thérapeutiques pour les enfants de la diversité de genre et leur famille. Il s'agit d'un domaine de pratique relativement nouveau, et les professionnels de la santé doivent s'adapter à mesure que de nouvelles informations émergent de la recherche et d'autres voies (Bartholomaeus et coll., 2021).

Énoncé 7.5

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui effectuent une évaluation auprès d'enfants de la diversité de genre obtiennent et regroupent des renseignements provenant de sources multiples dans le cadre de l'évaluation.

Une évaluation complète, à la demande de la famille ou d'un professionnel de la santé, peut être utile pour élaborer des recommandations d'intervention, le cas échéant, afin d'améliorer le bien-être de l'enfant et des autres membres de la famille. Une telle évaluation peut s'avérer utile dans diverses situations lorsqu'un enfant

ou sa famille/tuteur, en coordination avec les professionnels, estiment qu'un certain type d'intervention serait utile. Ni les évaluations ni les interventions ne doivent être utilisées comme un moyen de décourager ouvertement ou secrètement les expressions ou l'identité de genre d'un enfant. Au contraire, avec des professionnels correctement formés, l'évaluation peut être un moyen efficace de mieux comprendre comment soutenir un enfant et sa famille sans privilégier une identité ou une expression de genre particulière. Une évaluation peut être particulièrement importante pour certains enfants et familles si elle contribue à favoriser la santé, le bien-être et l'épanouissement de l'enfant en fonction de son genre.

Une évaluation complète peut faciliter la formulation d'un plan personnalisé pour aider les enfants prépubères de la diversité de genre et les membres de leur famille (de Vries et Cohen-Kettenis, 2012; Malpas et coll., 2018; Steensma et Wensing-Kruger, 2019; Telfer et coll., 2018; Tishelman et Kaufman, 2018). Lors d'une telle évaluation, il est important d'intégrer des renseignements provenant de sources multiples pour 1) comprendre au mieux les besoins de l'enfant en matière de genre et formuler des recommandations; et 2) déterminer les points forts et les soutiens de l'enfant, de la famille/des accompagnants et de la communauté, particuliers au statut de genre et au développement du genre de l'enfant, ainsi que les risques et les préoccupations concernant l'enfant, sa famille/l'accompagnant et son environnement. De multiples informateurs, tant pour l'évaluation que pour la planification du soutien ou de l'intervention, peuvent comprendre l'enfant, les parents/l'accompagnant, les membres de la famille élargie, les frères et sœurs, le personnel de l'école, les professionnels de la santé, la communauté, les contextes culturels et juridiques élargis et d'autres sources indiquées (Berg et Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019).

Un professionnel de la santé qui procède à une évaluation des enfants de la diversité de genre doit explorer les questions liées au genre, mais doit également adopter une vue d'ensemble de l'enfant et de l'environnement, conformément au modèle écologique décrit ci-dessus (Bronfenbrenner, 1979), afin de comprendre pleinement les facteurs ayant une incidence sur le bien-être de l'enfant et les domaines de soutien et de risque en lien avec le genre (Berg et

Edwards-Leeper, 2018; Hendricks et Testa, 2012; Kaufman et Tishelman, 2018; Tishelman et Neumann-Mascis, 2018). Il s'agit notamment de comprendre les forces et les difficultés rencontrées par l'enfant/la famille et celles présentes dans l'environnement. Nous conseillons aux professionnels de la santé qui effectuent une évaluation auprès d'enfants de la diversité de genre d'envisager d'intégrer plusieurs domaines d'évaluation, en fonction des besoins et de la situation de l'enfant et de la famille. Bien que certains des domaines énumérés ci-dessous ne concernent pas directement le genre de l'enfant (voir les points 7 à 12 ci-dessous), ils doivent être pris en compte dans une évaluation du genre, selon ce qui est indiqué par le jugement clinique, afin de comprendre l'ensemble complexe de facteurs qui peuvent affecter le bien-être de l'enfant de manière intégrée, y compris la santé liée au genre, conformément aux meilleures pratiques d'évaluation (APA, 2015; Berg et Edwards-Leeper, 2018; Malpas et coll., 2018) et élaborer une intervention multimodale s'il y a lieu.

Si l'on résume les recherches et l'expertise clinique pertinentes, les domaines d'évaluation comprennent souvent 1) l'identité et l'expression de genre affirmées de l'enfant, actuellement et à l'histoire; 2) la présence de dysphorie, d'incongruence de genre, ou des deux; 3) les forces et les défis liés aux croyances et aux attitudes de l'enfant, de la famille, des pairs et des autres personnes concernant la diversité de genre, et à l'acceptation et le soutien de l'enfant; 4) les expériences de l'enfant et de la famille en matière de stress minoritaire et de rejet liés au genre, d'hostilité, ou les deux, en raison de la diversité de genre de l'enfant; 5) le niveau de soutien lié à la diversité de genre dans les contextes sociaux (p. ex. école, communauté religieuse, famille élargie); 6) l'évaluation des conflits concernant le genre de l'enfant ou le comportement des parents, des accompagnants et des frères et sœurs concernant la diversité de genre de l'enfant; 7) la santé mentale de l'enfant, ses forces et défis cognitifs et/ou communicationnels, sa neurodivergence, ou ses défis comportementaux causant des difficultés fonctionnelles importantes; 8) les antécédents médicaux et développementaux pertinents; 9) les domaines pouvant présenter des risques (p. ex. exposition à la violence familiale ou communautaire ou à toute forme de maltraitance des enfants; antécédents

de traumatismes; sécurité ou victimisation par les pairs ou dans tout autre contexte; suicidalité); 10) la cooccurrence de facteurs de stress familiaux importants, tels qu'une maladie chronique ou en phase terminale, l'absence de domicile fixe ou la pauvreté; 11) les difficultés de santé mentale ou de comportement chez les parents/l'accompagnant ou les frères et sœurs entraînant des difficultés fonctionnelles importantes; et 12) les points forts et les difficultés de l'enfant et de la famille.

Une évaluation détaillée intégrant plusieurs formes de collecte de renseignements est utile pour comprendre les besoins, les points forts, les facteurs de protection et les risques d'un enfant et d'une famille dans tous les milieux (p. ex. la maison et l'école). Les méthodes de collecte de renseignements comprennent souvent 1) des entretiens structurés et non structurés avec l'enfant, les membres de la famille et d'autres personnes (p. ex. les enseignants); 2) des mesures normalisées complétées par la personne qui s'occupe de l'enfant et par l'enfant concernant le genre, le bien-être général, les capacités cognitives et de communication, les troubles du développement et les handicaps; le soutien et l'acceptation par le parent/soignant, les frères et sœurs, les membres de la famille élargie et les pairs; le stress parental; les antécédents d'adversité chez l'enfant; ou d'autres problèmes, le cas échéant (APA, 2020; Berg et Edwards-Leeper, 2018; Kaufman et Tishelman, 2018; Srinath, 2019).

En fonction des caractéristiques de la famille, du profil de développement de l'enfant ou des deux, les méthodes de collecte de renseignements peuvent également comprendre les éléments suivants 1) l'observation structurée et non structurée de l'enfant ou de la famille; et 2) les techniques d'évaluation structurées et soutenues visuellement (feuilles de travail, égoportraits, dessins de famille, etc.) (Berg et Edwards-Leeper, 2018).

Énoncé 7.6

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui effectuent une évaluation auprès d'enfants de la diversité de genre prennent en compte les facteurs de développement pertinents, le fonctionnement neurocognitif et les compétences linguistiques.

Étant donné la complexité de l'évaluation des jeunes enfants qui, contrairement aux adultes, sont en cours de développement dans toute une série de domaines (cognitif, social, émotionnel, physiologique), il est important de tenir compte de l'état de développement de l'enfant et d'adapter les modalités d'évaluation et les interactions aux capacités individuelles de l'enfant. Il faut notamment adapter l'évaluation au stade de développement et aux capacités de l'enfant (enfants d'âge préscolaire, âge scolaire, puberté précoce avant l'adolescence), y compris en utilisant des approches linguistiques et d'évaluation qui donnent la priorité au confort de l'enfant, à ses compétences linguistiques et à ses moyens d'expression (Berg et Edwards-Leeper, 2018; Srinath, 2019). Par exemple, les facteurs de développement pertinents, tels que les différences neurocognitives (p. ex. le trouble du spectre de l'autisme) et les compétences linguistiques réceptives et expressives, devraient être pris en compte lors de l'évaluation. Les professionnels de la santé peuvent avoir besoin de consulter des spécialistes pour obtenir des conseils dans les cas où ils ne possèdent pas eux-mêmes les compétences spécialisées (Strang et coll., 2021).

Énoncé 7.7

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui effectuent une évaluation auprès d'enfants de la diversité de genre prennent en compte les facteurs susceptibles d'empêcher l'enfant ou la famille/l'accompagnant de correctement désigner l'identité/expression de genre.

Les professionnels de la santé qui procèdent à une évaluation auprès d'enfants de la diversité de genre et de leur famille doivent tenir compte des facteurs développementaux, émotionnels et environnementaux qui peuvent contraindre le rapport au genre d'un enfant, d'un parent, d'un frère ou d'une sœur ou d'une autre personne, ou influencer leurs systèmes de croyances liés au genre (Riggs et Bartholomaeus, 2018). Comme pour toutes les évaluations psychologiques des enfants, les réactions de l'environnement et de la famille/de l'accompagnant (p. ex. la punition), ou les facteurs cognitifs et sociaux peuvent influencer le confort ou la capacité d'un enfant à discuter directement de certains facteurs, y compris l'identité de genre et les questions connexes (Srinath, 2019). De même, les membres de la

famille peuvent se sentir empêchés d'exprimer librement leurs préoccupations et leurs idées en fonction des conflits ou de la dynamique familiale ou d'autres influences (p. ex. culturelles/religieuses, pression de la famille élargie) (Riggs et Bartholomaeus, 2018).

Énoncé 7.8

Nous recommandons que les professionnels de la santé envisagent une consultation, une psychothérapie, ou les deux, pour les enfants de la diversité de genre et leur famille/l'accompagnant quand la famille et les professionnels de la santé estiment que cela serait bénéfique pour le bien-être et le développement de l'enfant ou de la famille.

L'objectif de la psychothérapie ne devrait jamais consister à modifier l'identité de genre d'un enfant (APA, 2021; Ashley, 2019b; Paré, 2020; SAMHSA, 2015; UN Human Rights Council, 2020), que ce soit de manière dissimulée ou ouvertement. Tous les enfants de la diversité de genre ou leurs familles n'ont pas besoin de l'aide des professionnels de la santé mentale, car la diversité de genre n'est pas un trouble de santé mentale (Pediatric Endocrine Society, 2020; Telfer et coll., 2018). Néanmoins, il est souvent approprié et utile de recourir à une psychothérapie en cas de détresse ou d'inquiétudes exprimées par les parents afin d'améliorer la santé psychosociale et de prévenir toute détresse supplémentaire (APA, 2015). Parmi les raisons courantes d'envisager une psychothérapie pour un enfant de la diversité de genre et sa famille, on peut citer les suivantes : 1) l'enfant manifeste des conflits, de la confusion, un stress ou une détresse importants à propos de son identité de genre ou a besoin d'un espace protégé pour explorer son genre (Ehrensaft, 2018; Spivey et Edwards-Leeper, 2019); 2) l'enfant subit une pression extérieure pour exprimer son genre d'une manière qui entre en conflit avec sa connaissance de soi, ses désirs et ses croyances (APA, 2015); 3) l'enfant est aux prises avec des problèmes de santé mentale, liés ou non à son genre (Barrow et Apostle, 2018); 4) l'enfant bénéficierait du renforcement de sa résilience face aux réponses négatives de son environnement à son identité ou à sa présentation de genre (Craig et Austin, 2018; Malpas et coll., 2018); 5) l'enfant peut être confronté à des problèmes de santé mentale ou à des préoccupations environnementales, y compris des

problèmes liés au système familial qui peuvent être mal interprétés comme une congruence ou une incongruence de genre (Berg et Edwards-Leeper, 2018); et 6) l'enfant exprime le désir de rencontrer un professionnel de la santé mentale pour obtenir un soutien lié à son genre. Dans ces situations, la psychothérapie se concentrera sur le soutien de l'enfant, étant entendu que les parents/l'accompagnant de l'enfant et potentiellement d'autres membres de la famille seront inclus s'il y a lieu (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; McLaughlin et Sharp, 2018). Sauf indication contraire, il est extrêmement utile que les parents/l'accompagnant participent d'une manière ou d'une autre au processus de psychothérapie des enfants prépubères, car les facteurs familiaux sont souvent essentiels au bien-être de l'enfant. La relation entre les frères et sœurs et l'enfant de la diversité de genre, bien que relativement peu explorée dans les recherches portant sur les enfants de la diversité de genre, vaut la peine d'être étudiée (Pariseau et coll., 2019; Parker et Davis-McCabe, 2021).

Les professionnels de la santé devraient utiliser des interventions adaptées aux besoins individuels de l'enfant qui sont conçues pour 1) accroître les compétences d'adaptation sociale et émotionnelle afin de favoriser la résilience face aux réactions négatives potentielles à l'identité de genre de l'enfant, à ses expressions, ou aux deux (Craig et Austin, 2016; Malpas et coll., 2018; Spencer, Berg et coll., 2021); 2) résoudre en collaboration les défis sociaux pour réduire le stress minoritaire de genre (Barrow et Apostle, 2018; Tishelman et Neumann-Mascis, 2018); 3) renforcer les soutiens environnementaux pour l'enfant ou les membres de la famille immédiate et élargie (Kaufman et Tishelman, 2018); et 4) donner à l'enfant l'occasion de mieux comprendre ses expériences internes liées au genre (APA, 2015; Barrow et Apostle, 2018; Ehrensaft, 2018; Malpas et coll., 2018; McLaughlin et Sharp, 2018). Il est utile pour les professionnels de la santé d'établir une relation avec un enfant de la diversité de genre et sa famille qui puisse durer dans le temps s'il y a lieu. Cela permet à l'enfant et à sa famille d'établir une relation de confiance à long terme tout au long de l'enfance, dans le cadre de laquelle le professionnel de la santé peut apporter son soutien et ses conseils à mesure que l'enfant grandit et que des défis ou des besoins

potentiellement différents se manifestent pour l'enfant/la famille (Spencer, Berg et coll., 2021; Murchison et coll., 2016). En plus de ce qui précède et dans les limites des ressources disponibles, lorsqu'un enfant est neurodivergent, il est préférable de faire appel à un professionnel de la santé qui possède les compétences nécessaires pour s'occuper à la fois des différences neurodéveloppementales et du genre (Strang et coll., 2021).

Comme le souligne la littérature, il existe de nombreuses raisons pour lesquelles les parents/l'accompagnant, les frères et sœurs et les membres de la famille élargie d'un enfant prépubère peuvent juger utile de suivre une psychothérapie pour eux-mêmes (Ehrensaft, 2018; Malpas et coll., 2018; McLaughlin et Sharp, 2018). Comme résumé ci-dessous, certains de ces catalyseurs courants de la recherche d'un tel traitement se produisent lorsqu'un ou plusieurs *membres de la famille* 1) souhaitent mieux comprendre le développement du genre (Spivey et Edwards-Leeper, 2019); 2) éprouvent une confusion ou un stress importants concernant l'identité ou l'expression de genre de l'enfant, ou les deux (Ashley, 2019c; Ehrensaft, 2018); 3) ont besoin d'être guidés dans leurs préoccupations émotionnelles et comportementales concernant l'enfant de la diversité de genre (Barrow et Apostle, 2018); 4) ont besoin de soutien pour favoriser des environnements positifs en dehors de la maison (p. ex. l'école, les sports, les camps) (Kaufman et Tishelman, 2018); 5) cherchent à obtenir de l'aide pour prendre des décisions éclairées sur la transition sociale, y compris sur la façon de le faire de manière optimale pour le développement du genre de l'enfant et pour sa santé (Lev et Wolf-Gould, 2018); 6) recherchent des conseils pour faire face à la réprobation d'autres personnes, y compris des entités politiques et de la législation qui les accompagne, concernant leur soutien à leur enfant de la diversité de genre (les réactions négatives dirigées vers les parents/l'accompagnant peuvent parfois comprendre le rejet ou le harcèlement/la violence de la part de l'environnement social en raison de décisions d'affirmation) (Hidalgo et Chen, 2019); 7) cherchent à travailler sur leurs propres réactions et besoins émotionnels concernant l'identité de genre de leur enfant, y compris la détresse liée à la diversité de genre de leur enfant ou des craintes ou angoisses potentielles

pour le bien-être actuel et futur de leur enfant (Pullen Sansfaçon et coll., 2019); et 8) sont en détresse émotionnelle ou en conflit avec d'autres membres de la famille au sujet de la diversité de genre de l'enfant (selon les besoins, les professionnels de la santé peuvent organiser des séances distinctes pour les parents/l'accompagnant, les frères et sœurs et les membres de la famille élargie afin d'obtenir un soutien, des conseils et/ou une psychoéducation) (McLaughlin et Sharp, 2018; Pullen Sansfaçon et coll., 2019; Spivey et Edwards-Leeper, 2019).

Énoncé 7.9

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui proposent une consultation, une psychothérapie, ou les deux, aux enfants de la diversité de genre et à leur famille/l'accompagnant collaborent avec d'autres structures et personnes importantes pour l'enfant afin de favoriser la résilience et le bien-être émotionnel de l'enfant.

Conformément au modèle écologique décrit ci-dessus et, le cas échéant, en fonction des circonstances individuelles/familiales, il peut être extrêmement utile pour les professionnels de la santé de donner la priorité à la coordination avec d'autres personnes importantes (p. ex. les enseignants, les entraîneurs, les chefs religieux) dans la vie d'un enfant afin d'accroître la sécurité émotionnelle et physique dans tous les contextes (p. ex. le cadre scolaire, les sports et autres activités récréatives, l'engagement religieux) (Kaufman et Tishelman, 2018). Les groupes thérapeutiques ou de soutien sont souvent recommandés comme une ressource précieuse pour les familles/accompagnants ou les enfants de la diversité de genre eux-mêmes (Coolhart, 2018; Horton et coll., 2021; Malpas et coll., 2018; Murchison et coll., 2016).

Énoncé 7.10

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui proposent une consultation, une psychothérapie, ou les deux, aux enfants de la diversité de genre et à leur famille/l'accompagnant fournissent aux deux parties une psychoéducation sur le développement du genre adaptée à l'âge.

Les parents/l'accompagnant et leur enfant de la diversité de genre devraient avoir la possibilité d'acquérir des connaissances sur les moyens par

lesquels les familles/accompagnants peuvent soutenir au mieux leur enfant afin de maximiser la résilience, la conscience de soi et le fonctionnement (APA, 2015; Ehrensaft, 2018; Malpas, 2018; Spivey et Edwards-Leeper, 2019). Il n'est pas possible pour le professionnel de la santé, et ce n'est d'ailleurs pas son rôle, de prédire avec certitude l'identité de genre ultime de l'enfant; sa tâche consiste plutôt à fournir un espace sûr pour que l'identité de l'enfant se développe et évolue au fil du temps, sans tenter de donner la priorité à une trajectoire de développement particulière en ce qui concerne le genre (APA, 2015; Spivey et Edwards-Leeper, 2019). Les enfants et les jeunes adolescent(e)s de la diversité de genre ont des besoins et des expériences différents de ceux des adolescent(e)s plus âgé(e)s, sur le plan social et physiologique, et ces différences doivent se refléter dans l'approche personnalisée que les professionnels de la santé fournissent à chaque enfant/famille (Keo-Meir et Ehrensaft, 2018; Spencer, Berg et coll., 2021).

Les parents/l'accompagnant et leurs enfants doivent également avoir la possibilité d'acquérir des connaissances sur le développement du genre et la compréhension du genre au moyen d'une psychoéducation adaptée à l'âge (Berg et Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et coll., 2019; Spencer, Berg et coll., 2021). La compréhension du genre implique de comprendre les distinctions entre le sexe assigné à la naissance, l'identité de genre et l'expression de genre, y compris la façon dont ces trois facteurs se combinent de manière unique pour un enfant (Berg et Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et coll., 2019; Spencer, Berg et coll., 2021). Quand un enfant comprend mieux le genre, il commence à comprendre que les parties de son corps ne définissent pas nécessairement son identité de genre ou son expression de genre (Berg et Edwards-Leeper, 2018; Rider, Vencill et coll., 2019; Spencer, Berg et coll., 2021). Cette compréhension implique également d'apprendre à reconnaître les messages et les expériences liés au genre dans la société. Quand l'enfant acquiert des connaissances sur le genre, il peut considérer son identité et son expression de genre en développement de manière plus positive, ce qui favorise la résilience et l'estime de soi, et diminue le risque de honte face aux messages négatifs de l'environnement. L'acquisition de connaissances en matière de genre au moyen de la

psychoéducation peut également être importante pour les frères et sœurs ou les membres de la famille élargie qui sont importants pour l'enfant (Rider, Vencill et coll., 2019; Spencer, Berg et coll., 2021).

Énoncé 7.11

Nous recommandons que les professionnels de la santé informent les enfants de la diversité de genre et leur famille/l'accompagnant, quand l'enfant approche de la puberté, sur les interventions médicales possibles d'affirmation de genre, les effets de ces traitements sur la fertilité et les options de préservation de la fertilité.

Lorsqu'un enfant mûrit et approche de la puberté, les professionnels de la santé devraient en priorité travailler avec les enfants et leurs parents/l'accompagnant pour intégrer la psychoéducation au sujet de la puberté, s'engager dans une prise de décisions partagées sur d'éventuelles interventions médicales d'affirmation de genre, et discuter de la fertilité et d'autres implications des traitements médicaux sur la santé reproductive (Nahata, Quinn et coll., 2018; Spencer, Berg et coll., 2021). Bien qu'il n'y ait qu'une quantité limitée de recherches empiriques pour évaluer ces interventions, le consensus des experts et la littérature sur la psychologie du développement soutiennent généralement la notion selon laquelle une communication ouverte avec les enfants sur leur corps et la préparation aux changements physiologiques de la puberté, combinées à une acceptation de l'affirmation de genre, favoriseront la résilience et aideront à favoriser une sexualité positive à mesure que l'enfant mûrira jusqu'à l'adolescence (Spencer, Berg et coll., 2019). Toutes ces discussions peuvent être étendues (p. ex. en commençant plus tôt) pour inclure les enfants neurodivergents, afin de s'assurer qu'il y a suffisamment de temps pour la réflexion et la compréhension, en particulier quand les choix concernant les futurs soins médicaux d'affirmation de genre se posent potentiellement (Strang, Jarin et coll., 2018). Ces discussions pourraient comprendre les thèmes suivants :

- Une revue des parties du corps et de leurs différentes fonctions;
- Les façons dont le corps d'un enfant peut changer au fil du temps, avec ou sans intervention médicale;

- L'incidence des interventions médicales sur le fonctionnement sexuel ultérieur et la fertilité;
- L'incidence de la suppression de la puberté sur les interventions médicales ultérieures potentielles;
- La reconnaissance du manque actuel de données cliniques dans certains domaines liés aux effets de la suppression de la puberté;
- L'importance d'une éducation sexuelle appropriée avant la puberté.

Ces discussions devraient utiliser un langage et des styles d'enseignement adaptés au développement et être axées sur les besoins particuliers de chaque enfant (Spencer, Berg et coll., 2021).

Énoncé 7.12

Nous recommandons que les parents/l'accompagnant et les professionnels de la santé apportent leur soutien aux enfants qui souhaitent être reconnus dans le genre qui correspond à leur sentiment interne d'identité de genre.

La transition sociale de genre désigne un processus par lequel un enfant est reconnu par les autres et a la possibilité de vivre publiquement, soit dans toutes les situations, soit dans certaines situations, dans l'identité de genre qu'il affirme et qui n'a pas d'ensemble singulier de paramètres ou d'actions (Ehrensaft et coll., 2018).

Par le passé, la transition sociale liée au genre a souvent été considérée comme binaire : une fille transitionne en garçon, un garçon transitionne en fille. Le concept s'est élargi pour inclure les enfants qui évoluent vers une version non-binaire ou personnalisée de l'identité de genre (Chew et coll., 2020; Clark et coll., 2018). Des recherches plus récentes indiquent que le processus de transition sociale peut avoir une fonction protectrice pour certains enfants prépubères et favoriser le bien-être et une santé mentale positive (Durwood et coll., 2017; Gibson et coll., 2021; Olson et coll., 2016). Ainsi, la reconnaissance du fait que le genre d'un enfant peut être fluide et se développer au fil du temps (Edwards-Leeper et coll., 2016; Ehrensaft, 2018; Steensma, Kreukels et coll., 2013) n'est pas une justification suffisante pour nier ou décourager la transition sociale d'un enfant prépubère lorsqu'elle serait bénéfique. L'évolution de l'identité de genre peut

se poursuivre même après qu'un processus de transition sociale partielle ou complète ait eu lieu (Ashley, 2019e; Edwards-Leeper et coll., 2018; Ehrensaft, 2020; Ehrensaft et coll., 2018; Spivey et Edwards-Leeper, 2019). Bien que les données empiriques restent limitées, les recherches existantes ont indiqué que les enfants qui s'affirment le plus au sujet de leur diversité de genre sont les plus susceptibles de persister dans une identité de genre diversifiée au fil du temps, y compris les enfants qui effectuent une transition sociale avant la puberté (Olson et coll., 2022; Rae et coll., 2019; Steensma, McGuire et coll., 2013). Ainsi, quand on envisage une transition sociale, il est suggéré que les parents/l'accompagnant et les professionnels de la santé accordent une attention particulière aux enfants qui expriment de manière constante et souvent persévérante une identité de genre qui ne correspond pas au sexe assigné à la naissance. Cela inclut notamment des enfants qui peuvent explicitement demander ou souhaiter une reconnaissance sociale du genre qui correspond mieux à leur identité de genre articulée et/ou des enfants qui manifestent une détresse lorsque leur genre tel qu'ils le connaissent est vécu comme incongruent avec le sexe assigné à la naissance (Rae et coll., 2019; Steensma, Kreukels et coll., 2013).

Bien qu'il y ait un manque de littérature empirique concernant les meilleures pratiques liées au processus de transition sociale, la littérature et l'expertise cliniques fournissent les conseils suivants qui donnent la priorité à l'intérêt supérieur de l'enfant (Ashley, 2019e; Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et coll., 2018; Murchison et coll., 2016; Telfer et coll., 2018) : 1) la transition sociale doit émaner de l'enfant et refléter ses souhaits dans le processus de prise de décision d'entamer un processus de transition sociale; 2) un professionnel de la santé peut aider à explorer les avantages, ainsi que les défis potentiels de la transition sociale; 3) la transition sociale peut se dérouler de manière optimale dans tous les contextes ou environnements ou uniquement dans certains d'entre eux (p. ex. à l'école ou à la maison); 4) un enfant peut choisir ou non de révéler à d'autres personnes qu'il a effectué une transition sociale, ou peut désigner, généralement avec l'aide de ses parents/l'accompagnant, un groupe de personnes sélectionnées auxquelles il communiquera cette information.

En résumé, la transition sociale, lorsqu'elle a lieu, va fort probablement servir au mieux le bien-être de l'enfant lorsqu'elle se fait de manière réfléchie et individuelle pour chaque enfant. La transition sociale d'un enfant (ainsi que son genre) peut évoluer au fil du temps et n'est pas nécessairement statique, mais reflète mieux l'intersection de la connaissance de l'enfant de son identité de genre actuelle et des actions souhaitées pour exprimer cette identité (Ehrensaft et coll., 2018).

Un processus de transition sociale peut comprendre une ou plusieurs actions différentes conformes au genre affirmé de l'enfant (Ehrensaft et coll., 2018), notamment :

- le changement de prénom;
- le changement de pronom;
- le changement d'accords;
- le changement de marqueurs de sexe/genre (p. ex. certificat de naissance, carte d'identité, passeport, documents scolaires et médicaux, etc.);
- la participation à des programmes séparés selon le genre (équipes sportives, clubs et camps de loisirs, écoles, etc.);
- l'utilisation des toilettes et des vestiaires;
- l'expression personnelle (p. ex. coiffure, choix vestimentaire, etc.);
- la communication de l'affirmation de genre à d'autres personnes (p. ex. médias sociaux, annonces en classe ou à l'école, lettres à la famille élargie ou aux contacts sociaux, etc.).

Énoncé 7.13

Nous recommandons que les professionnels de la santé et les parents/l'accompagnant aident les enfants à continuer d'explorer leur genre tout au long de la prépuberté, indépendamment de la transition sociale.

Il est important que les enfants qui se sont engagés dans une transition sociale aient les mêmes possibilités que les autres enfants de continuer à considérer les significations et les expressions du genre tout au long de leur enfance (Ashley, 2019e; Spencer, Berg et coll., 2021). Certaines recherches ont montré que les enfants peuvent faire l'expérience de la fluidité du genre ou même de la détransition après une première transition sociale. Les recherches n'ont pas été concluantes quant

au moment de la vie où une telle détransition est la plus susceptible de se produire, ou quant au pourcentage de jeunes qui finiront par expérimenter la fluidité du genre ou un désir de détransition – en raison de l'évolution du genre, ou potentiellement d'autres raisons (p. ex. préoccupations en matière de sécurité, stress minoritaire de genre) (Olson et coll., 2022; Steensma, Kreukels et coll., 2013). Un rapport de recherche récent indique qu'aux États-Unis, la détransition ne se produit que chez un faible pourcentage de jeunes cinq ans après une transition sociale binaire (Olson et coll., 2022); un suivi plus approfondi de ces jeunes serait utile. Il est également important de reproduire ces résultats, car cette étude a été menée auprès d'un groupe limité et autosélectionné de participants aux États-Unis et peut donc ne pas s'appliquer à tous les enfants de la diversité de genre. En résumé, nous n'avons qu'une capacité limitée de connaître à l'avance la façon dont l'identité et les expressions de genre d'un enfant peuvent évoluer au fil du temps et de savoir si ou pourquoi la détransition peut avoir lieu pour certains d'entre eux. En outre, tous les enfants de la diversité de genre ne souhaitent pas explorer leur genre (Telfer et coll., 2018). On ne s'attend pas à ce que les enfants cisgenres entreprennent cette exploration et, par conséquent, les tentatives de forcer cette exploration chez un enfant de la diversité de genre, si elles ne sont pas indiquées ou bienvenues, peuvent être ressenties comme pathologisantes, intrusives ou cisnormatives (Ansara et Hegarty, 2012; Bartholomaeus et coll., 2021; Oliphant et coll., 2018).

Énoncé 7.14

Nous recommandons que les professionnels de la santé discutent des avantages et des risques possibles d'une transition sociale avec les familles qui l'envisagent.

La transition sociale chez les enfants prépubères consiste en une variété de choix, peut se produire comme un processus au fil du temps, est individualisée sur la base des souhaits de l'enfant et d'autres considérations psychosociales (Ehrensaft, 2018), et c'est une décision dont les avantages et les défis possibles doivent être pondérés et faire l'objet de discussions.

Une transition sociale peut présenter des avantages potentiels, comme le souligne la littérature clinique

(p. ex. Ehrensaft et coll., 2018) et comme le confirment des recherches (Fast et Olson, 2018; Rae et coll., 2019). Elle peut notamment faciliter la congruence de genre tout en réduisant la dysphorie de genre et en améliorant l'adaptation psychosociale et le bien-être (Ehrensaft et coll., 2018). Des études ont indiqué que les enfants de la diversité de genre en transition sociale reflètent largement les caractéristiques de santé mentale de leurs frères et sœurs cisgenres et de leurs pairs du même âge (Durwood et coll., 2017). Ces résultats diffèrent nettement des difficultés de santé mentale régulièrement relevées dans les recherches antérieures sur les enfants et les adolescent(e)s de la diversité de genre (Barrow et Apostle, 2018) et suggèrent que l'effet de la transition sociale peut être positif. En outre, la transition sociale des enfants ne peut généralement avoir lieu qu'avec le soutien et l'acceptation des parents/l'accompagnant, ce qui a également été démontré comme favorisant le bien-être des enfants de la diversité de genre (Durwood et coll., 2021; Malpas et coll., 2018; Pariseau et coll., 2019), bien que d'autres formes de soutien, telles que le soutien scolaire, aient également été ciblées comme étant importantes (Durwood et coll., 2021; Turban, King et coll., 2021). Les professionnels de la santé devraient discuter des avantages potentiels d'une transition sociale avec les enfants et les familles dans les situations où 1) il y a une articulation uniforme et stable d'une identité de genre qui ne correspond pas au sexe assigné à la naissance (Fast et Olson, 2018) – cela doit être distingué des expressions/comportements/préférences liés à la diversité de genre (p. ex. jouer avec des jouets, s'exprimer par des choix vestimentaires ou d'apparence, ou s'engager dans des activités socialement définies et typiquement associées à l'autre genre dans un modèle binaire de genre) (Ehrensaft, 2018; Ehrensaft et coll., 2018); 2) l'enfant exprime un fort désir ou un besoin de transition vers le genre qu'il a exprimé comme étant son genre authentique (Ehrensaft et coll., 2018; Fast et Olson, 2018; Rae et coll., 2019); et 3) l'enfant sera émotionnellement et physiquement en sécurité pendant et après la transition (Brown et Mar, 2018). Les préjugés et la discrimination doivent être pris en compte, en particulier dans les localités où l'acceptation de la diversité de genre est limitée ou interdite (Brown et Mar, 2018; Hendricks et Testa, 2012; Turban, King et coll., 2021). Il convient de

souligner qu'il existe également des risques pour un enfant de la diversité de genre qui n'effectue pas de transition sociale, notamment 1) être ostracisé ou harcelé parce qu'il est perçu comme ne se conformant pas aux rôles de genre prescrits de la communauté ou aux modèles de comportement attendus par la société; et 2) vivre avec le stress interne ou la détresse que le genre dont il fait l'expérience ne correspond pas au genre qu'on lui demande de présenter au monde.

Pour favoriser la santé liée au genre, les professionnels de la santé doivent discuter des défis potentiels d'une transition sociale. L'une des préoccupations souvent exprimées concerne la crainte qu'un enfant exclut de considérer l'évolution possible de son identité de genre à mesure qu'il mûrit ou qu'il soit réticent à entamer une autre transition de genre même s'il ne pense plus que sa transition sociale corresponde à son identité de genre actuelle (Edwards-Leeper et coll., 2016; Ristori et Steensma, 2016). Bien que limitées, des recherches récentes ont montré que certains parents/l'accompagnant d'enfants ayant effectué une transition sociale peuvent discuter avec leur enfant de l'option de nouvelles versions du genre (p. ex. revenir à une expression antérieure du genre) et sont à l'aise avec cette possibilité (Olson et coll., 2019). Une autre préoccupation souvent relevée en matière de transition sociale est qu'un enfant peut souffrir de séquelles négatives s'il revient à l'ancienne identité de genre qui correspond à son sexe assigné à la naissance (Chen et coll., 2018; Edwards-Leeper et coll., 2019; Steensma et Cohen-Kettenis, 2011). De ce point de vue, les parents/l'accompagnant doivent être conscients de l'effet potentiel d'une transition sociale sur le développement de l'enfant.

Les professionnels de la santé devraient guider les parents/l'accompagnant et soutenir l'enfant lorsqu'une transition sociale est envisagée ou a lieu 1) en fournissant des services de consultation, d'évaluation et de soutien lorsque les parents/l'accompagnant en ont besoin et le demandent; 2) en aidant les membres de la famille, s'il y a lieu, à comprendre les désirs de l'enfant en matière de transition sociale et leurs propres sentiments à l'égard des désirs exprimés par l'enfant; 3) en explorant avec les parents/l'accompagnant et en apprenant d'eux si et comment ils pensent qu'une transition sociale serait bénéfique pour leur enfant, à la fois maintenant et dans son développement futur; 4) en

fournissant des conseils lorsque les parents/l'accompagnant ne sont pas du même avis concernant une transition sociale et en offrant l'occasion de travailler ensemble à une compréhension cohérente avec le statut de genre et les besoins de leur enfant en matière de genre; 5) en fournissant des conseils sur les moyens sécuritaires et encourageants de révéler la transition sociale de leur enfant à d'autres personnes et de faciliter la transition de leur enfant dans ses différents environnements sociaux (p. ex. l'école, la famille élargie); 6) en facilitant la communication, lorsque l'enfant le souhaite, avec ses pairs au sujet du genre et de la transition sociale, ainsi qu'en renforçant les relations positives avec les pairs; 7) en fournissant des conseils lorsque la transition sociale peut ne pas être socialement acceptée ou sûre, que ce soit partout ou dans des situations particulières, ou lorsqu'un enfant hésite à entamer une transition malgré son souhait de le faire; il peut y avoir de multiples raisons à ces hésitations, y compris des craintes et des angoisses; 8) en travaillant en collaboration avec les membres de la famille et des professionnels de la santé mentale pour faciliter une transition sociale d'une manière optimale pour le développement du genre de l'enfant, son bien-être général et sa sécurité physique et émotionnelle; et 9) en fournissant une psychoéducation sur les nombreuses trajectoires différentes que le genre de l'enfant peut prendre au fil du temps, en laissant des voies ouvertes aux itérations futures du genre de l'enfant, et en soulignant qu'il n'est pas nécessaire de prédire quelle sera l'identité de genre d'un enfant (Malpas et coll., 2018).

Toutes ces tâches consistent à améliorer la qualité de la communication entre l'enfant et les membres de sa famille et à donner à l'enfant la possibilité d'être entendu et écouté par tous les membres de la famille concernés. Ces processus relationnels facilitent à leur tour la réussite des parents/l'accompagnant qui doivent prendre des décisions éclairées sur le caractère opportun ou les paramètres d'une transition sociale pour leur enfant (Malpas et coll., 2018).

L'un des rôles des professionnels de la santé consiste à fournir des conseils et un soutien dans les situations où les enfants et les parents/l'accompagnant souhaitent que la transition sociale ait lieu, mais concluent que l'environnement social n'accepterait pas ces choix 1) en aidant les parents/les l'accompagnant à

définir et à étendre des espaces sûrs dans lesquels l'enfant peut exprimer librement son genre authentique; 2) en discutant avec les parents/l'accompagnant des moyens d'augmenter la probabilité que l'environnement social soit favorable à l'avenir, s'il s'agit d'un objectif réaliste; 3) en intervenant s'il y a lieu pour aider l'enfant/la famille à faire face à toute détresse ou honte associée à la suppression continue de l'identité de genre authentique et au besoin de préserver le secret; et 4) en renforçant la résilience de l'enfant et de la famille, en leur faisant comprendre que si l'environnement social a du mal à accepter la transition sociale et l'identité de genre affirmée d'un enfant, ce n'est pas à cause d'un défaut de l'enfant, mais à cause d'une compréhension insuffisante du genre dans l'environnement social (Ehrensaft et coll., 2018).

Énoncé 7.15

Nous suggérons que les professionnels de la santé envisagent de collaborer avec d'autres professionnels et organisations afin de favoriser le bien-être des enfants de la diversité de genre et de minimiser les difficultés auxquelles ils peuvent être confrontés.

Tous les enfants ont le droit d'être soutenus et respectés dans leur identité de genre (Human Rights Campaign, 2018; Paré, 2020; SAMHSA, 2015). Comme indiqué ci-dessus, les enfants de la diversité de genre constituent un groupe particulièrement vulnérable (Barrow et Apostle, 2018; Cohen-Kettenis et coll., 2003; Giovanardi et coll., 2018; Gower, Rider, Coleman et coll., 2018; Grossman et D'Augelli, 2007; Hendricks et Testa, 2012; Reisner, Greytak et coll., 2015; Ristori et Steensma, 2016; Roberts et coll., 2012; Tishelman et Neumann-Mascis, 2018). Les responsabilités des professionnels de la santé en tant que défenseurs des droits comprennent la reconnaissance que les déterminants sociaux de la santé sont essentiels pour les minorités marginalisées (Barrow et Mar, 2018; Hendricks et Testa, 2012). La défense des droits est assumée par tous les professionnels de la santé sous la forme d'un soutien à l'enfant et à la famille (APA, 2015; Malpas et coll., 2018). Certains professionnels de la santé peuvent être amenés à dépasser le cadre de leur cabinet ou de leur programme pour défendre la cause des enfants de la diversité de genre au sein de la collectivité dans son

ensemble, souvent en partenariat avec des parties prenantes, notamment des parents/l'accompagnant, des alliés et des jeunes (Kaufman et Tishelman, 2018; Lopez et coll., 2017; Vanderburgh, 2009). Ces efforts peuvent être importants pour améliorer la santé des enfants liée au genre et défendre leurs droits civils (Lopez et coll., 2017).

Les voix des professionnels de la santé peuvent être essentielles dans les écoles, les organes parlementaires, les tribunaux et les médias (Kupalanka et coll., 2019; Lopez et coll., 2017; Whyatt-Sames, 2017; Vanderburgh, 2009). En outre, les professionnels de la santé peuvent avoir un rôle de défense plus généralisé

en reconnaissant et en abordant la fréquente négation intentionnelle ou non intentionnelle de l'expérience des enfants de la diversité de genre qui peut être transmise ou communiquée par les adultes, les pairs et les médias (Rafferty et coll., 2018). Les professionnels qui possèdent les compétences nécessaires et qui se trouvent dans des situations appropriées peuvent faire des déclarations claires et non pathologisantes sur les besoins et les droits des enfants de la diversité de genre et sur les dommages causés par les règles, les lois et les normes discriminatoires et transphobes (Rafferty et coll., 2018).

CHAPITRE 8 • PERSONNES NON-BINAIRES

Le terme « non-binaire » est utilisé comme un terme générique désignant les personnes dont l'expérience de genre se situe en-dehors de la binarité de genre. Le terme « non-binaire » est principalement, mais pas exclusivement, associé aux contextes de l'hémisphère nord et peut parfois être utilisé pour décrire les genres autochtones et non occidentaux. Le terme « non-binaire » comprend les personnes dont le genre est composé de plus d'une identité de genre simultanément ou à différents moments (p. ex. bigenre), qui n'ont pas d'identité de genre ou qui ont une identité de genre neutre (p. ex. agenre ou neutrois), ont des identités de genre qui englobent ou mélangent des éléments d'autres genres (p. ex. polygenre, demi-garçon, demi-fille), ou qui ont un genre qui change au fil du temps (p. ex. genre fluide) (Kuper et coll., 2014; Richards et coll., 2016; Richards et coll., 2017; Vincent, 2019). Les personnes non-binaires peuvent s'identifier à divers degrés à des genres binaires, par exemple homme/femme non-binaire, ou à des termes de genre multiples, par exemple « non-binaire et genre fluide » (James et coll., 2016; Kuper et coll., 2012). Le genre non-binaire fonctionne également comme une identité de genre à part entière (Vincent, 2020). Il est important de reconnaître que cette liste n'est pas exhaustive, que les mêmes identités peuvent avoir des significations différentes pour différentes personnes et que l'utilisation des termes peut varier dans le temps et selon le lieu.

« Genderqueer », utilisé pour la première fois dans les années 1990, est une catégorie d'identité un peu plus ancienne que « non-binaire » – qui est apparue vers la fin des années 2000 (Nestle et coll., 2002; Wilchins, 1995). Le terme « genderqueer » peut parfois être utilisé comme synonyme de « non-binaire » ou communiquer une dimension particulière consciemment politisée du genre d'une personne. Bien que le terme « transgenre » soit utilisé dans de nombreux contextes culturels comme un terme générique englobant les personnes non-binaires, toutes les personnes non-binaires ne se considèrent pas comme transgenres pour diverses raisons, notamment parce qu'elles considèrent qu'être transgenre relève exclusivement de la binarité de genre ou parce qu'elles ne se sentent pas « suffisamment trans » pour se décrire

comme transgenres (Garrison, 2018). Certaines personnes non-binaires sont incertaines ou ambivalentes quant à savoir si elles se décriraient comme transgenres (Darwin, 2020; Vincent, 2019).

Dans le contexte de la langue française, les personnes non-binaires peuvent utiliser le pronom « iel/iels », ou des néopronoms tels que « al », « ul », « ol » et « ille » entre autres (Miller, 2018; Office québécois de la langue française, 2018; Swamy et Mackensie, 2022). Certaines personnes non-binaires utilisent une combinaison de pronoms et d'accords (soit en mélangeant délibérément les usages, soit en laissant le libre choix, soit en changeant en fonction du contexte social), ou préfèrent éviter complètement les pronoms genrés, en utilisant plutôt leur prénom. En outre, certaines personnes non-binaires utilisent parfois ou exclusivement « elle » ou « il », tandis que dans certaines régions du monde, il n'existe pas (encore) de langage descriptif pour les personnes non-binaires. Dans des contextes autres que le français, on peut observer un large éventail d'adaptations linguistiques propres à la culture et d'évolutions (Attig, 2022; Kirey-Sitnikova, 2021; Zimman, 2020). Il convient également de souligner que certaines langues utilisent un pronom qui n'est pas associé au sexe ou au genre, tandis que d'autres utilisent un genre pour tous les noms. Ces variations de langage sont susceptibles d'influencer l'expérience du genre des personnes non-binaires et la façon dont elles interagissent avec les autres.

Des études récentes laissent penser que les personnes non-binaires représentent environ de 25 % à plus de 50 % de la population transgenre au sens large, les échantillons de jeunes faisant état du pourcentage le plus élevé de personnes non-binaires (Burgwal et coll., 2019; James et coll., 2016; Watson, 2020). Dans des études récentes sur les adultes transgenres, les personnes non-binaires ont tendance à être plus jeunes que les hommes et les femmes transgenres. Dans des études sur les jeunes et les adultes, les personnes non-binaires sont plus susceptibles d'avoir été assignées au sexe féminin à la naissance (AFAN). Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car il existe probablement un certain nombre de facteurs socioculturels complexes qui influencent la qualité, la représentativité et la précision de ces données (Burgwal et coll., 2019; James et coll., 2016; Watson, 2020;

Wilson et Meyer, 2021) (voir également le chapitre 3 – Estimations démographiques).

Comprendre les identités et les expressions de genre comme un spectre non linéaire

Les genres non-binaires sont depuis longtemps reconnus historiquement et interculturellement (Herdt, 1994; McNabb, 2017; Vincent et Manzano, 2017). De nombreuses catégories d'identité de genre sont propres à une culture et ne peuvent pas être facilement traduites à partir de leur contexte, que ce soit sur le plan linguistique ou par rapport au paradigme occidental du genre. Les interactions historiques des colons avec les populations autochtones ayant des genres non occidentaux restent très pertinentes, car l'effacement culturel et les intersections du racisme et de la cisnormativité peuvent avoir un effet néfaste sur les déterminants sociaux de la santé des personnes autochtones de la diversité de genre. À partir des années 1950, le terme « genre » a été utilisé pour désigner la catégorisation socialement construite des comportements, des activités, de l'apparence, etc. par rapport à un modèle binaire d'homme/masculin et de femme/féminin dans des contextes occidentaux contemporains. Toutefois, le terme « genre » recouvre aujourd'hui un éventail plus large de significations possibles, tenant compte de concepts interdépendants, mais distincts, dont la biologie genrée (le sexe), les rôles de genre, l'expression de genre et l'identité de genre (Vincent, 2020). Les aspects de l'expression de genre qui pourraient être traditionnellement considérés comme « masculins », « féminins » ou « androgynes » peuvent être légitimement exprimés par des personnes de toutes les identités de genre, qu'elles soient non-binaires ou non. Par exemple, le fait qu'une personne non-binaire se présente de manière féminine ne signifie pas qu'elle s'identifiera nécessairement plus tard comme une femme ou qu'elle aura accès à des interventions associées aux femmes transgenres, telles que la vaginoplastie. La non-conformité du genre d'une personne par rapport aux attentes culturelles ne doit pas être considérée comme une source d'inquiétude ni comme indicatrice d'une complexité clinique – par exemple, une personne non-binaire assignée au sexe masculin à la naissance (AMAN) portant des vêtements codés féminins, utilisant le pronom « elle », mais conservant un prénom ou des accords codés masculin.

La modélisation du genre comme un spectre offre plus de nuances qu'un modèle binaire. Toutefois, le modèle du spectre linéaire présente encore des limites importantes qui peuvent conduire à des généralisations non critiques sur le genre. Par exemple, s'il est intuitif de placer les « options binaires » (homme/masculin, femme/féminin) aux deux extrémités d'un tel continuum, ce faisant, on situe la masculinité en opposition à la féminité, sans tenir compte de la neutralité du genre, de l'expression simultanée de masculinité et de féminité, et des concepts de genre « genderqueer » ou non occidentaux. Il est essentiel que les professionnels de la santé ne considèrent pas les genres non-binaires comme des articulations « partielles » de la masculinité transgenre (chez les personnes non-binaires AFAN) ou de la féminité transgenre (chez les personnes non-binaires AMAN), ou définitivement comme « quelque part sur le spectre de la masculinité/féminité »; certaines personnes non-binaires considèrent qu'elles se trouvent complètement à l'extérieur de la dichotomisation homme/femme. Un spectre *non linéaire* indique que les différences d'expression, d'identité ou de besoins en matière d'affirmation de genre entre les usagers ne doivent pas être comparées dans le but de les situer le long d'un spectre linéaire. En outre, l'interprétation de l'expression de genre est subjective et culturellement déterminée, et ce qui peut être vécu ou considéré comme très féminin par une personne peut ne pas l'être par une autre (Vincent, 2020). Les professionnels de la santé ont intérêt à éviter les hypothèses sur la façon dont chaque usager conceptualise son genre et à être prêts à se laisser guider par la compréhension personnelle du genre d'un usager donné en ce qui concerne son identité et son expression de genre et tout besoin de soins médicaux.

Le processus de développement du genre vécu par toutes les personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG), indépendamment de leur relation à un genre binaire, semble avoir des thèmes communs (p. ex. la prise de conscience, l'exploration, la création de sens, l'intégration), mais la temporalité, la progression et les expériences personnelles associées à chacun de ces processus varient à la fois au sein et entre les groupes de personnes transgenres et non-binaires (Kuper, Wright et coll., 2018; Kuper, Lindley et coll., 2019; Tatum et coll., 2020). Les perspectives

socioculturelles et intersectionnelles peuvent être utiles pour contextualiser le développement du genre et la transition sociale, y compris la façon dont les expériences individuelles sont façonnées par le contexte social et culturel et comment elles interagissent avec d'autres domaines de l'identité et de l'expérience personnelle.

Nécessité d'avoir accès à des soins d'affirmation de genre

Certaines personnes non-binaires recherchent des soins d'affirmation de genre pour soulager la dysphorie ou l'incongruence de genre et augmenter la satisfaction corporelle au moyen d'interventions médicalement nécessaires (voir l'énoncé relatif à la nécessité médicale au chapitre 2 – Applicabilité mondiale, énoncé 2.1). Certaines personnes non-binaires peuvent estimer qu'un certain traitement est nécessaire pour elles – voir également le chapitre 5 – Évaluation des adultes (Beek et coll., 2015; Jones et coll., 2019; Köhler et coll., 2018), tandis que d'autres non (Burgwal et Motmans, 2021; Nieder, Eyssel et coll., 2020), et la proportion de personnes non-binaires qui cherchent à obtenir des soins d'affirmation de genre et les objectifs particuliers de ces soins reste incertaine. Le rôle du professionnel de la santé consiste à fournir des renseignements sur les options médicales existantes (et leur disponibilité) qui pourraient aider à soulager la dysphorie ou l'incongruence de genre et à accroître la satisfaction corporelle, sans présumer des options de traitement qui conviendraient le mieux à chaque personne.

Les motivations pour accéder (ou non) aux interventions médicales d'affirmation de genre, y compris l'hormonothérapie, les chirurgies, ou les deux, sont hétérogènes et potentiellement complexes (Burgwal et Motmans, 2021; Vincent, 2019, 2020) et devraient être explorées en collaboration avant de prendre des décisions sur les interventions physiques. Les besoins d'une personne quant à des procédures médicales d'affirmation de genre ne peuvent être prédits en fonction de son rôle, de son expression ou de son identité de genre. Par exemple, certaines femmes transgenres n'ont pas besoin d'une vaginoplastie, alors que certaines personnes non-binaires AMAN peuvent avoir besoin et bénéficier de cette intervention. En outre, les personnes non-binaires qui recherchent des soins d'affirmation de genre étroitement associés à une

voie de transition de leur sexe/genre assigné vers l'autre catégorie binaire (c'est-à-dire l'œstrogénothérapie et la vaginoplastie pour une personne AMAN) ne remettent pas en cause la validité de leur identité non-binaire.

Si les obstacles aux soins restent très répandus pour de nombreuses personnes transgenres, les personnes non-binaires semblent connaître des taux particulièrement élevés de difficultés d'accès à la fois aux soins de santé mentale et aux soins médicaux d'affirmation de genre (Clark et coll., 2018; James, 2016). De nombreuses personnes non-binaires déclarent avoir eu des expériences avec des professionnels de la santé qui n'affirmaient pas leur genre non-binaire, y compris des expériences où les professionnels de la santé véhiculaient des croyances selon lesquelles leur genre n'était pas valide, ou qu'il était fondamentalement plus difficile de leur fournir des soins (Valentine, 2016; Vincent, 2020). Les personnes non-binaires peuvent être confrontées aux hypothèses du professionnel selon lesquelles elles n'ont pas besoin ou ne veulent pas de traitement d'affirmation de genre (Kcomt et coll., 2020; Vincent, 2020). Certaines ont décrit avoir subi des pressions pour se présenter comme des hommes transgenres ou des femmes transgenres (dans un cadre binaire de genre) afin d'accéder au traitement (Bradford et coll., 2019; Taylor et coll., 2019). Parfois, les personnes non-binaires doivent éduquer le professionnel auprès duquel elles recherchent des services même s'il est inapproprié que des professionnels s'appuient principalement sur leurs patients pour l'éducation (Kcomt et coll., 2020). Par rapport aux hommes transgenres et aux femmes transgenres, Burgwal et Motmans (2021) ont constaté que les personnes non-binaires craignaient davantage les préjugés des professionnels de soins de santé, avaient moins confiance envers les services fournis et avaient plus de mal à savoir où s'adresser pour obtenir des soins. Des études menées en Europe et aux États-Unis ont montré que les personnes non-binaires ont tendance à retarder les soins plus souvent que les hommes ou les femmes transgenres binaires, la crainte d'un manque d'égard ou d'un traitement incompetent étant la raison la plus souvent citée (Burgwal et Motmans, 2021; Grant et coll., 2011). Les personnes non-binaires semblent également moins susceptibles de révéler leur identité de genre à leurs professionnels de

soins de santé que les autres personnes transgenres (Kcomt et coll., 2020).

Nécessité d'un niveau de soutien approprié

La prestation de soins d'affirmation de genre aux personnes non-binaires va au-delà de la prestation d'interventions particulières d'affirmation de genre telles que l'hormonothérapie ou la chirurgie, et implique de soutenir la santé et le développement des personnes non-binaires de manière globale. Les modèles du stress minoritaire ont été adaptés pour comprendre comment les facteurs de stress liés au genre vécus par les personnes transgenres sont associés à des disparités en matière de santé physique et mentale (Delozier et coll., 2020; Testa et coll., 2017). Les personnes non-binaires semblent confrontées à des facteurs de stress minoritaire qui sont à la fois similaires et uniques par rapport à ceux vécus par les hommes et les femmes transgenres. Johnson (2020) a signalé que les expériences d'invalidation sont particulièrement élevées chez les personnes non-binaires, par exemple les énoncés ou les actions véhiculant la croyance que les identités non-binaires ne sont pas « réelles » ou sont le résultat d'une « mode » ou d'une « phase », et les personnes non-binaires semblent moins susceptibles que les hommes et les femmes transgenres de voir leurs pronoms et accords corrects utilisés par d'autres. De même, les personnes non-binaires ont décrit se sentir « invisibles » aux yeux des autres (Conlin, 2019; Taylor, 2018) et une étude a révélé que les jeunes non-binaires ont signalé des niveaux inférieurs d'estime de soi par rapport aux jeunes hommes et aux jeunes femmes transgenres (Thorne, Witcomb et coll., 2019).

Si de nombreuses personnes TDG font état d'expériences de discrimination, de victimisation et de rejet interpersonnel (James, 2016), y compris d'intimidation au sein des échantillons de jeunes (Human Rights Campaign, 2018; Witcomb et coll., 2019), la prévalence de ces expériences peut varier d'un groupe à l'autre et semble influencée par d'autres caractéristiques qui se recoupent. Par exemple, Newcomb (2020) a constaté que les femmes transgenres et les jeunes non-binaires AMAN subissaient des niveaux de victimisation plus élevés que les hommes transgenres et les jeunes non-binaires AFAN, les jeunes non-binaires AMAN déclarant les niveaux les plus élevés de stress traumatique. Dans une

autre étude, Poquiz (2021) a constaté que les hommes et les femmes transgenres subissaient des niveaux de discrimination plus élevés que les personnes non-binaires. Cette complexité intersectorielle contribue probablement aussi à la variabilité des résultats des études comparant la santé physique et mentale des personnes non-binaires, des hommes transgenres et des femmes transgenres, certaines études indiquant davantage de problèmes de santé physique et mentale chez les personnes non-binaires, d'autres signalant moins de problèmes, et d'autres encore ne signalant aucune différence entre les groupes (Scandurra, 2019).

Étant donné que les récits d'identités non-binaires peuvent être moins largement disponibles que les récits d'identités davantage orientées vers la binarité, les personnes non-binaires peuvent avoir moins de ressources à leur disposition pour explorer et articuler leur sentiment de soi lié au genre. Par exemple, il peut s'agir de l'accès à des espaces communautaires et à des relations interpersonnelles où l'identité non-binaire peut être explorée, ou de l'accès au langage ou à des concepts qui permettent une prise en compte plus nuancée des expériences non-binaires (Bradford et coll., 2018; Fiani et Han, 2019; Galupo et coll., 2019). Des orientations cliniques se développent actuellement pour aider les professionnels à adapter les soins thérapeutiques d'affirmation de genre pour répondre à ces expériences uniques des personnes non-binaires (Matsuno, 2019; Rider, Vencill et coll., 2019).

Interventions médicales d'affirmation de genre pour les personnes non-binaires

Dans les contextes où une intervention médicale particulière n'a pas de précédent établi, il est important qu'avant d'envisager l'intervention, la personne reçoive une vue d'ensemble des informations disponibles, y compris la reconnaissance des limites potentielles des connaissances. Il est tout aussi important d'entreprendre et de consigner une discussion approfondie sur les changements physiques nécessaires et sur les limites potentielles de l'atteinte de ces caractéristiques, ainsi que sur le fait qu'une intervention donnée peut ou non améliorer la capacité d'une personne à exprimer son genre.

En ce qui concerne l'œstrogénothérapie pour les personnes non-binaires AMAN, il est important de noter que la possibilité de croissance mammaire ne peut

être évitée (Seal, 2017). Bien que l'ampleur de la croissance soit très variable, il convient de le préciser si une personne non-binaire recherche certains des autres changements associés à l'œstrogénothérapie (tels que l'adoucissement de la peau et la réduction de la pilosité faciale), mais ne souhaite pas de croissance mammaire ou est ambivalente à ce sujet. De même, pour les personnes non-binaires AFAN qui peuvent souhaiter accéder à la testostérone pour acquérir certains changements, mais pas d'autres, il faut reconnaître que si le développement de la pilosité faciale est nécessaire, la croissance génitale est inévitable (Seal, 2017). La durée de prise de testostérone signifie que ces changements vont vraisemblablement s'accompagner d'une baisse irréversible du timbre de la voix, bien que l'ampleur de celle-ci varie selon la personne (Vincent, 2019; Ziegler et coll., 2018). Une baisse du timbre de la voix sans développement de la pilosité corporelle représente un autre défi. Pour certaines personnes non-binaires, l'épilation est un élément très important de leur affirmation de genre (Cocchetti, Ristori, Romani et coll., 2020).

Si l'hormonothérapie est interrompue et que les gonades sont conservées, de nombreux changements physiques reviendront à l'état antérieur à l'hormonothérapie, car les hormones gonadiques agiront à nouveau, y compris l'inversion de l'aménorrhée et du développement des poils chez les personnes non-binaires AFAN et la réduction de la définition musculaire et de la dysfonction érectile chez les personnes non-binaires AMAN. D'autres changements seront permanents, comme la calvitie « typiquement masculine », la croissance génitale et la croissance des poils du visage chez les personnes non-binaires AFAN ou le développement des seins chez les personnes non-binaires AMAN (Hembree et coll., 2017). Il faudra d'autres interventions pour les inverser,

comme l'électrolyse ou la mastectomie, et elles sont parfois décrites comme « partiellement réversibles » (Coleman et coll., 2012). Comme les implications de l'utilisation d'une hormonothérapie à faible dose ne sont pas attestées dans cette population de patients, il est important d'envisager une surveillance du risque cardiovasculaire et de la santé osseuse si l'on y a recours. Pour des renseignements plus détaillés, voir le chapitre 12 – Hormonothérapie.

Si l'expression de la testostérone ou de l'œstrogène n'est pas nécessaire, l'inhibition de la production d'œstrogène ou de testostérone est possible. Les implications de cette situation en ce qui concerne l'augmentation du risque cardiovasculaire, la réduction de la minéralisation osseuse et le risque de dépression devraient faire l'objet de discussions, et des mesures devraient être prises pour atténuer le risque (Brett et coll., 2007; Vale et coll., 2010; Wassersug et Johnson, 2007). Pour en savoir plus, voir également le chapitre 9 – Les eunuques et le chapitre 12 – Hormonothérapie. L'exploration de la transition médicale et/ou sociale indépendamment l'une de l'autre et les options d'exploration des hormones, de la chirurgie ou des deux indépendamment l'une de l'autre devraient être accessibles à tous, que la personne soit un homme transgenre, une femme transgenre ou une personne non-binaire.

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des données probantes, d'une évaluation des bénéfices et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas, nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les services peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables.

Énoncés de recommandations

- 8.1 - Nous recommandons que les professionnels de la santé offrent aux personnes non-binaires une évaluation et un traitement personnalisés qui affirment leur expérience du genre.
- 8.2 - Nous recommandons que les professionnels de la santé envisagent des interventions médicales d'affirmation de genre (hormonothérapie ou chirurgie) pour les personnes non-binaires en l'absence de « transition sociale de genre ».
- 8.3 - Nous recommandons que les professionnels de la santé envisagent des interventions chirurgicales d'affirmation de genre en l'absence d'hormonothérapie, à moins que l'hormonothérapie soit nécessaire pour obtenir le résultat chirurgical souhaité.
- 8.4 - Nous recommandons que les professionnels de la santé informent les personnes non-binaires des effets des hormonothérapies/chirurgies sur leur fertilité et discutent des options de préservation de la fertilité avant de commencer un traitement hormonal ou d'obtenir une intervention chirurgicale.

Énoncé 8.1

Nous recommandons que les professionnels de la santé offrent aux personnes non-binaires une évaluation et un traitement personnalisés qui affirment leur expérience du genre.

Une évaluation personnalisée avec une personne non-binaire commence par une compréhension de la façon dont elle vit son propre genre et de l'incidence de cette expérience sur les objectifs des soins qu'elle recherche. La façon dont les personnes conceptualisent leurs expériences liées au genre est susceptible de varier d'un groupe et d'une culture à l'autre et peut intégrer des expériences associées à d'autres aspects de l'identité qui se recoupent (p. ex. l'âge, la sexualité, race, l'origine ethnique, le statut socio-économique, l'état d'incapacité) (Kuper et coll., 2014; Subramanian et coll., 2016).

Les professionnels de la santé doivent éviter de faire des suppositions a priori sur l'expression ou l'identité de genre d'un usager ou sur ses besoins en matière de soins. Ils doivent également garder à l'esprit que l'expérience non-binaire de l'usager en matière de genre peut ou non être pertinente pour l'évaluation et les objectifs liés au traitement. La mesure dans laquelle le genre de l'usager est pertinent par rapport à ses objectifs de traitement doit déterminer le niveau de détail avec lequel son identité de genre sera explorée. Par exemple, si une personne cherche à obtenir des soins pour un problème qui n'est absolument pas lié au genre, il peut suffire de déterminer le prénom, les pronoms et les accords corrects (Knutson et coll., 2019). Lorsqu'il s'agit d'un problème pour lequel le statut hormonal ou chirurgical actuel ou passé est important, il peut être nécessaire de donner plus de détails, même si le problème n'est pas particulièrement lié au genre.

Les environnements cliniques doivent être accueillants, refléter la diversité des genres et affirmer les expériences de genre des personnes non-binaires pour être culturellement compétents. En veillant à ce que les renseignements des cliniques et des professionnels (p. ex. les sites Web), les formulaires (p. ex. les questionnaires d'admission) et d'autres documents tiennent compte des identités et des expériences non-binaires, on fait comprendre que les personnes non-binaires sont les bienvenues et reconnues (Hagen et Galupo, 2014). L'utilisation de

champs de texte libre pour l'identité de genre et les pronoms est plus inclusive que l'utilisation d'une liste d'options de réponse. Garantir le respect de la vie privée à la réception, mettre en place des solutions de rechange à l'inscription des prénoms légaux dans les bases de données numériques (dans les contextes culturels où cela est nécessaire), installer des toilettes non genrées et mettre en place des solutions de rechange à l'annonce du prénom légal dans la salle d'attente sont d'autres exemples de compétence culturelle liée aux personnes TDG (Burgwal et coll., 2021). Dans les établissements de soins, il est important que les préférences en matière de prénoms, de pronoms, d'accords et d'autres termes liés au genre soient demandées et utilisées à la fois initialement et régulièrement, car elles peuvent varier avec le temps et les circonstances.

Les professionnels de la santé sont encouragés à adopter une approche axée sur les forces et la résilience. De plus en plus, des critiques émergent concernant la focalisation excessive des professionnels de la santé sur la détresse liée au genre, car il est également important de prendre en compte les expériences de confort, de joie et d'épanouissement personnel accrus qui peuvent résulter de l'affirmation de soi et de l'accès aux soins (Ashley, 2019a; Benestad, 2010). En plus d'utiliser les diagnostics lorsque cela est nécessaire pour faciliter l'accès aux soins, les professionnels de la santé sont invités à explorer en collaboration avec les usagers cet éventail élargi d'expériences potentielles liées au genre et à savoir comment elles peuvent s'intégrer aux options de traitement (Motmans et coll., 2019). Pour toutes les personnes TDG, les facteurs de résilience tels que les relations soutenantes, la participation à des communautés comprenant des personnes qui leur ressemblent et la fierté identitaire sont essentiels à considérer, car ils sont associés à de nombreux résultats positifs en matière de santé (Bowling et coll., 2019; Budge, 2015; Johns et coll., 2018).

Il est important de prendre conscience des limites des outils qui ont historiquement été utilisés par les professionnels de soins pour évaluer l'expérience de la dysphorie chez les personnes transgenres, car elles peuvent être particulièrement prononcées pour de nombreuses personnes non-binaires. La plupart des mesures liées au genre supposent que les usagers vivent leur genre de façon binaire, entre autres préoccupations

(p. ex. Recalled Gender Identity Scale, Utrecht Gender Dysphoria Scale). Bien que plusieurs mesures plus récentes aient été élaborées pour tenter de mieux capturer les expériences des personnes non-binaires (McGuire et coll., 2018; McGuire et coll., 2020), une discussion ouverte est susceptible de fournir une compréhension plus approfondie et plus précise des expériences uniques de chaque personne en matière de dysphorie et de ses besoins associés en matière de soins. De même, bien que les itérations les plus récentes des catégories diagnostiques (c'est-à-dire « dysphorie de genre » dans le DSM-5 et « incongruence de genre » dans la CIM-11) aient été conçues pour inclure les personnes ayant une expérience non-binaire du genre, elles peuvent ne pas saisir correctement toute la diversité et l'étendue des expériences de détresse liées au genre, en particulier pour les personnes non-binaires. Outre la détresse associée aux aspects du corps et de la présentation physique (y compris les caractéristiques qui peuvent être existantes ou absentes), la détresse peut provenir de la façon dont une personne vit son propre genre, de la façon dont son genre est perçu dans des situations sociales et des expériences de stress minoritaire associées à son genre (Winters et Ehrbar, 2010). Les expériences des personnes non-binaires dans chacun de ces domaines peuvent être similaires ou non à celles des hommes ou des femmes transgenres.

Une approche centrée sur la personne pour les soins d'affirmation comprend une discussion spécifique sur la façon dont les différentes interventions peuvent ou non modifier le confort de l'utilisateur par rapport à sa propre expérience du genre et à la façon dont son genre est perçu par les autres. Les personnes non-binaires peuvent être confrontées à des difficultés pour concilier leur identité personnelle avec les limites des traitements médicaux disponibles et peuvent également se heurter à la confusion et à l'intolérance de la société concernant leurs présentations de genre (Taylor et coll., 2019). Les recherches émergentes laissent penser que les besoins des personnes non-binaires en matière de traitement médical sont particulièrement diversifiés. Certaines déclarent avoir besoin de traitements typiquement associés aux trajectoires de transition historiquement associées aux hommes et aux femmes transgenres et d'autres déclarent de nouvelles approches (p. ex. l'hormonothérapie à faible dose, la chirurgie sans hormonothérapie). Certaines déclarent un manque

d'intérêt envers les traitements médicaux et d'autres déclarent ne pas être sûres de leurs besoins (Burgwal et Motmans, 2021; James et coll., 2016). Il est particulièrement important de concevoir l'évaluation comme un processus continu, étant donné que les expériences liées au genre et les besoins qui y sont associés peuvent évoluer tout au long de la vie. Compte tenu de l'évolution constante des options thérapeutiques et des connaissances sur les effets des traitements, en particulier pour les personnes non-binaires, les usagers bénéficieront de professionnels qui recherchent régulièrement les connaissances les plus récentes et les transmettent à leurs usagers.

Énoncé 8.2

Nous recommandons que les professionnels de la santé envisagent des interventions médicales d'affirmation de genre (hormonothérapie ou chirurgie) pour les personnes non-binaires en l'absence de « transition sociale de genre ».

Les conditions préalables à l'accès à l'hormonothérapie et à la chirurgie, telles que « vivre dans un rôle de genre conforme à son identité de genre », ne reflètent pas les expériences vécues par de nombreuses personnes TDG (Coleman et coll., 2012). En raison de l'enracinement du genre binaire dans la plupart des cultures occidentales contemporaines, dans la plupart des contextes, on ne peut être considéré par les autres que comme un homme ou une femme (Butler, 1993). Par conséquent, la visibilité et la compréhension des incarnations et des expressions non-binaires sont limitées. Ce phénomène est dû à des indices liés au genre étant presque toujours compris en référence à un genre binaire (Butler, 1993). Actuellement, il peut être difficile pour les personnes non-binaires d'être reconnues de manière fiable comme étant de leur genre au moyen d'indices visuels associés à leur expression de genre (p. ex. vêtements, cheveux). Cependant, l'androgynie ou la non-conformité de genre peut être communiquée par le mélange ou la combinaison de marqueurs culturels ayant des connotations traditionnellement masculines ou féminines. Étant donné qu'il n'existe pas de « catégorie non-binaire » communément reconnue dans la plupart des contextes culturels occidentaux contemporains, la visibilité pour les personnes non-binaires nécessite souvent qu'elles disent explicitement leur genre aux autres ou utilisent

des indices qui peuvent être interprétés comme une non-conformité de genre (mais pas nécessairement non-binaire).

Pour ces raisons, le fait de placer l'accès aux soins médicaux dans le contexte d'une personne qui effectue une « transition sociale de genre » où elle « vit dans un rôle de genre qui est congruent avec son identité de genre » n'est pas conforme à la façon dont de nombreuses personnes TDG se comprennent et comprennent leur processus de transition personnelle. Pour certaines, « vivre dans un rôle de genre conforme à son identité de genre » n'implique pas de changer de prénom, de pronom, d'accords ou d'expression de genre, même si une intervention médicale peut être nécessaire. Même si une personne est capable de vivre en accord avec son identité de genre, il peut être difficile pour un observateur extérieur de l'évaluer sans apprendre directement de cette personne comment elle comprend sa propre expérience à cet égard. L'attente d'une « transition sociale de genre » peut n'être d'aucune aide lorsqu'il s'agit de déterminer l'admissibilité à des soins d'affirmation de genre, tels que les hormones et la chirurgie, et des attentes rigides de ce à quoi une « transition sociale de genre » « devrait » ressembler peuvent constituer un obstacle aux soins pour les personnes non-binaires. Il n'existe aucune exigence logique selon laquelle les interventions médicales d'affirmation de genre ne peuvent être effectuées que lorsqu'une personne change légalement de prénom, modifie le marqueur de genre sur ses documents d'identité, ou porte ou s'abstient de porter des vêtements particuliers. Les personnes non-binaires peuvent avoir du mal à faire reconnaître leur genre dans les documents officiels, ce qui peut avoir un effet négatif sur leur santé mentale ou leur bien-être (Goetz et Arcomano, 2021). Les personnes TDG peuvent tirer bénéfice d'un soutien particulier pour accéder à leur marqueur de genre de préférence (ou le conserver). L'obligation de divulguer leur identité de genre dans tous les cercles de leur vie (famille, travail, école, etc.) pour accéder aux soins médicaux peut ne pas correspondre à leurs objectifs et peut les mettre en danger s'il n'est pas prudent de le faire.

Énoncé 8.3

Nous recommandons que les professionnels de la santé envisagent des interventions chirurgicales

d'affirmation de genre en l'absence d'hormonothérapie, à moins que l'hormonothérapie soit nécessaire pour obtenir le résultat chirurgical souhaité.

La trajectoire « hormones avant chirurgie » est une option pour toute une série d'interventions chirurgicales. Certaines personnes non-binaires recherchent un traitement chirurgical d'affirmation de genre pour atténuer l'incongruence de genre et accroître la satisfaction corporelle (Beek et coll., 2015; Burgwal et Motmans, 2021; Jones et coll., 2019; Koehler et coll., 2018), mais ne veulent pas d'hormonothérapie ou ne sont pas en mesure de suivre une hormonothérapie pour d'autres raisons médicales (Nieder, Eyssel et coll., 2020). Actuellement, on ne sait pas à quelle proportion des personnes non-binaires ces options s'appliquent.

La chirurgie qui a peut-être une association particulière avec les personnes non-binaires (plutôt que recherchée par les hommes transgenres ou subie par certaines femmes cisgenres) est la mastectomie chez les personnes non-binaires AFAN qui n'ont pas pris de testostérone – bien que la testostérone ne soit pas une exigence pour ce type de chirurgie – et certaines personnes non-binaires AFAN peuvent avoir besoin d'une réduction mammaire (McTernan et coll., 2020). La métoidioplastie est un exemple d'intervention chirurgicale pour laquelle une période minimale d'hormonothérapie peut être nécessaire; elle permet de renforcer l'hypertrophie du clitoris provoquée par le traitement à la testostérone. Voir le chapitre 13 – Chirurgie et soins postopératoires pour plus de détails sur la nécessité d'une hormonothérapie pour diverses interventions chirurgicales. Les interventions portant sur l'appareil reproducteur interne comprennent l'hystérectomie, la salpingo-ovariectomie unilatérale ou bilatérale et la vaginectomie. L'hormonothérapie n'est nécessaire pour aucune de ces procédures, mais un traitement hormonal substitutif (par œstrogènes, testostérone ou les deux) est conseillé aux personnes obtenant une gonadectomie totale afin de prévenir les effets indésirables sur leur système cardiovasculaire et musculo-squelettique (Hembree et coll., 2017; Seal, 2017). Pour la phalloplastie, bien que la procédure n'exige pas en soi une période minimale de traitement à la testostérone, la virilisation (ou l'absence de virilisation) du clitoris et des petites lèvres peut avoir une incidence sur le choix de la technique chirurgicale

et influencer les options chirurgicales. Pour en savoir plus, veuillez vous reporter au chapitre 13 – Chirurgie et soins postopératoires.

Les usagers non-binaires AMAN doivent être informés que le fait de commencer une thérapie œstrogénique post-chirurgicale sans antécédents de thérapie œstrogénique peut influencer (peut-être négativement) le résultat de la chirurgie (Kanhai, Hage, Asscheman et coll., 1999; Kanhai, Hage, Karim et coll., 1999). Les personnes non-binaires AMAN demandant une orchidectomie bilatérale n'ont pas besoin d'œstrogénothérapie pour obtenir un meilleur résultat (Hembree et coll., 2017). Dans ces contextes, il est de bonne pratique d'informer les usagers des risques et des avantages du traitement hormonal substitutif (œstrogènes, testostérone ou les deux) pour prévenir les effets indésirables sur le système cardiovasculaire et musculo-squelettique, ainsi que des options alternatives de traitement, telles que la supplémentation en calcium et en vitamine D pour prévenir l'ostéoporose (Hembree et coll., 2017; Seal, 2017; Weaver et coll., 2016). Voir également le chapitre 9 – Les eunuques pour les personnes qui choisissent de renoncer au traitement hormonal substitutif. Dans le cas d'une vaginoplastie, les personnes doivent être informées que l'absence de traitement bloquant la testostérone peut entraîner une croissance postopératoire de poils dans le vagin lorsque des greffes et lambeaux de peau pileux ont été utilisés (Giltay et Gooren, 2000).

D'autres demandes chirurgicales de personnes non-binaires AMAN comprennent la vaginoplastie préservant le pénis, la vaginoplastie préservant les testicules et les procédures entraînant une absence de caractères sexuels primaires externes (c'est-à-dire pénectomie, scrotoctomie, orchidectomie, etc.). Il est conseillé que le chirurgien et la personne en demande de traitement discutent afin de comprendre les objectifs et les attentes individuels ainsi que les avantages et les limites de la procédure envisagée (ou demandée), de prendre des décisions sur une base individualisée et de collaborer avec les autres professionnels de soins de santé impliqués (s'il y en a).

Énoncé 8.4.

Nous recommandons que les professionnels de la santé informent les personnes non-binaires des effets des hormonothérapies/chirurgies sur leur fertilité et discutent des options de préservation de la fertilité avant de commencer un traitement hormonal ou d'obtenir une intervention chirurgicale.

Toutes les personnes non-binaires qui ont recours à une hormonothérapie d'affirmation de genre devraient se voir offrir des renseignements et des conseils sur les options de fertilité (Hembree et coll., 2017; De Roo et coll., 2016; Defreyne, Elaut et coll., 2020; Defreyne, van Schuvlenbergh et coll., 2020; Nahata et coll., 2017; Quinn et coll., 2021). Il est important de discuter de l'effet potentiel de l'hormonothérapie sur la fertilité avant de la commencer. Cette discussion doit porter sur les options de préservation de la fertilité, sur la mesure dans laquelle la fertilité peut ou non être retrouvée en cas d'arrêt de l'hormonothérapie et sur le fait que l'hormonothérapie en soi n'est pas un moyen de contraception. Pour en savoir plus, veuillez vous reporter au chapitre 16 – Santé reproductive.

Des études récentes suggèrent que les personnes non-binaires sont moins susceptibles d'accéder aux soins et de pouvoir faire entendre leurs besoins en matière d'interventions potentielles (Beek et coll., 2015; Taylor et coll., 2019). Il va donc de soi que toute personne de la diversité de genre devrait se voir proposer des renseignements sur les options et techniques actuelles de préservation de la fertilité, idéalement avant de commencer un traitement hormonal, car la qualité des spermatozoïdes ou des ovules peut être affectée par l'exposition aux hormones (Hamada et coll., 2015; Payer et coll., 1979). Cependant, cela ne doit en aucun cas les empêcher de se renseigner et d'obtenir plus de renseignements ultérieurement, car il existe des preuves que la fertilité est toujours possible pour les personnes qui prennent des œstrogènes et de la testostérone (Light et coll., 2014). Si une personne non-binaire ou de la diversité de genre décide que la préservation de la fertilité ou le counseling ne sont pas nécessaires, cela ne doit pas servir de base pour refuser ou retarder l'accès à un traitement hormonal.

CHAPITRE 9 • LES EUNUQUES

Parmi les nombreuses personnes qui bénéficient de soins médicaux d'affirmation de genre, celles qui s'identifient comme eunuques sont parmi les moins visibles. La 8^e version des Standards de soins (SDS-8) comprend une discussion sur les eunuques en raison de leur présentation unique et de leur besoin d'obtenir des soins médicalement nécessaires pour affirmer leur genre (voir le chapitre 2 – Applicabilité mondiale, énoncé 2.1). Les eunuques sont des personnes assignées au sexe masculin à la naissance (AMAN) et qui souhaitent éliminer les caractéristiques physiques masculines, les organes génitaux masculins ou le fonctionnement des organes génitaux. Il s'agit également des personnes dont les testicules ont été enlevés chirurgicalement ou rendus non fonctionnels par des moyens chimiques ou physiques et qui s'identifient comme eunuques. Cette définition identitaire de ceux qui adoptent le terme « eunuque » n'inclut pas les autres personnes, comme les hommes qui ont été traités pour un cancer de la prostate avancé et qui rejettent la désignation d'eunuque. Nous nous concentrons ici sur ceux qui s'identifient comme eunuques dans le cadre du contexte de la diversité de genre.

Comme d'autres personnes de la diversité de genre, les eunuques peuvent également chercher à se faire castrer pour que leur corps corresponde mieux à leur identité de genre. En tant que tels, les eunuques sont des personnes de genre non conforme qui ont des besoins nécessitant des soins médicalement nécessaires d'affirmation de genre (Brett et coll., 2007; Johnson et coll., 2007; Roberts et coll., 2008).

Les eunuques identifient leur identité de genre de différentes manières. De nombreux eunuques considèrent leur statut d'eunuque comme leur identité de genre distincte, sans autre appartenance de genre ou transgenre. Le présent chapitre se concentre sur le traitement et la prise en charge de ceux qui s'identifient comme eunuques. Les professionnels de la santé rencontreront des eunuques demandant des interventions hormonales, la castration ou les deux pour devenir eunuques. Ces personnes peuvent également bénéficier de l'appartenance à une communauté d'eunuques en raison de l'identification – avec ou sans castration réelle.

Bien que l'histoire des eunuques dans la société remonte à 4 000 ans, la plus grande richesse de renseignements sur les personnes contemporaines identifiées comme eunuques se trouve dans la grande communauté de soutien par les pairs en ligne qui se réunit sur des sites tels que Eunuch Archive (www.eunuch.org), qui a été créé en 1998. Les modérateurs de ce site tentent de maintenir l'exactitude médicale et historique dans leurs forums de discussion, bien qu'il y ait certainement aussi des renseignements erronés. Selon le site Web, en janvier 2022, il y avait plus de 130 000 membres inscrits provenant de différentes parties du monde et fréquemment plus de 90 % des personnes qui consultent le site sont des « invités » plutôt que des membres. Le site Web répertorie plus de 23 000 fils de discussion et près de 220 000 messages. Par exemple, deux fils de discussion donnant des instructions pour l'autocastration par injection de différentes toxines directement dans les testicules comptent environ 2 500 messages chacun, et chacun a été lu plus d'un million de fois. Depuis 2001, il y a eu 20 rassemblements internationaux annuels de la communauté Eunuch Archive à Minneapolis, en plus de nombreux rassemblements régionaux ailleurs. Bien que le sujet de la castration intéresse la grande majorité des personnes qui participent aux discussions, seule une minorité de membres cherchent sérieusement à se faire castrer ou l'ont déjà fait. De nombreux anciens membres de Eunuch Archive ont atteint leurs objectifs et ne participent plus.

En raison des idées fausses et des préjugés sur les eunuques d'autrefois, de l'invisibilité des eunuques contemporains et de la stigmatisation sociale qui touche toutes les minorités sexuelles et de genre, peu d'eunuques s'affichent publiquement en tant que tel, et beaucoup ne le disent à personne et n'en parlent qu'avec des personnes ayant les mêmes idées dans une communauté en ligne ou ne sont connus en tant que tels que de leur famille proche et de leurs amis (Wassersug et Lieberman, 2010). Les stéréotypes visant les eunuques sont souvent très négatifs (Lieberman, 2018), et les eunuques peuvent souffrir du même stress minoritaire que d'autres groupes stigmatisés (Wassersug et Lieberman, 2010). La recherche sur le stress minoritaire affectant les personnes de la diversité de genre devrait donc inclure les eunuques.

Le présent ensemble de recommandations s'adresse aux professionnels qui travaillent auprès de personnes qui s'identifient comme des eunuques (Johnson et Wassersug, 2016; Vale et coll., 2010) et qui demandent des traitements médicaux ou chirurgicaux d'affirmation de genre nécessaires sur le plan médical. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une catégorie diagnostique précise dans la CIM ou le DSM, l'eunuque est un concept utile, car il évoque les particularités de l'expérience de l'eunuque tout en la reliant à l'expérience de l'incongruence de genre de manière plus générale. Les eunuques se présentent cliniquement de diverses façons. Ils souhaitent un corps compatible avec leur identité d'eunuque – un corps qui n'a pas d'organes génitaux masculins pleinement fonctionnels. D'autres eunuques ressentent un grand embarras par rapport à leurs organes génitaux masculins et ont besoin de se les faire enlever pour se sentir à l'aise dans leur corps (Johnson et coll., 2007; Roberts et coll., 2008). D'autres sont indifférents à la présence d'organes génitaux externes masculins tant qu'ils ne sont que physiquement présents et qu'ils ne servent pas à produire des androgènes et des caractères sexuels secondaires

masculins (Brett et coll., 2007). Des moyens hormonaux peuvent être utilisés pour supprimer la production d'androgènes, bien que l'orchidectomie offre une solution permanente pour ceux qui ne souhaitent pas de fonctionnement génital (Wibowo et coll., 2016). Certains eunuques souhaitent réduire leur taux de testostérone grâce à l'orchidectomie, mais beaucoup opteront pour une forme de remplacement hormonal afin d'éviter les effets indésirables associés à l'hypogonadisme. La plupart des personnes qui choisissent l'hormonothérapie optent pour une dose de remplacement totale ou partielle de testostérone. Un plus petit nombre choisit l'œstrogène.

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des données probantes, d'une évaluation des bénéfices et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas, nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les services peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables.

Énoncés de recommandations

9.1 - Nous recommandons que les professionnels de la santé et les autres utilisateurs des lignes directrices de la version 8 des Standards de Soins appliquent les recommandations de manière à répondre aux besoins des eunuques.

9.2 - Nous recommandons que les professionnels de la santé envisagent une intervention médicale, une intervention chirurgicale ou les deux pour les eunuques lorsqu'il existe un risque élevé que le refus de traitement nuise à la personne en raison d'une autochirurgie, d'une intervention chirurgicale pratiquée par des praticiens non qualifiés ou d'un usage non supervisé de médicaments ayant un effet sur les hormones.

9.3 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui évaluent les eunuques en vue d'un traitement aient démontré leur compétence en la matière.

9.4 - Nous suggérons que les professionnels de la santé qui s'occupent des eunuques intègrent la communication d'information et le counseling en matière de sexualité.

Énoncé 9.1.

Nous recommandons que les professionnels de la santé et les autres utilisateurs des lignes directrices de la version 8 des Standards de Soins appliquent les recommandations de manière à répondre aux besoins des eunuques.

Les eunuques font partie de la population des personnes de la diversité de genre qui vivent une incongruence de genre et peuvent également souhaiter des soins d'affirmation de genre. Comme d'autres personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG), les eunuques ont besoin d'accéder à des soins tenant compte de leur réalité pour se sentir à l'aise avec leur identité de genre. Chaque section des SDS

répond aux besoins de personnes diverses, et les eunuques peuvent être inclus dans ce groupe. Ils peuvent avoir des points communs avec certaines personnes non-binaires en ce sens que la transition sociale n'est peut-être pas une option souhaitée et que l'hormonothérapie ne joue peut-être pas le même rôle que dans le cas d'une transition sociale ou d'une transition au sein du système binaire (Wassersug et Lieberman, 2010).

Comme d'autres personnes de la diversité de genre, les eunuques peuvent prendre conscience de leur identité dès l'enfance ou l'adolescence. En raison du manque de recherches sur le traitement des enfants qui

peuvent s'identifier comme eunuques, nous nous abstenons de faire des suggestions précises.

Les eunuques peuvent avoir recours à des soins médicaux ou chirurgicaux (suppression hormonale, orchidectomie et, dans certains cas, pénectomie) pour obtenir des changements physiques, psychologiques ou sexuels (Wassersug et Johnson, 2007). Il est important que tous les patients, y compris les eunuques et ceux qui cherchent à se faire castrer, établissent et maintiennent une relation avec un professionnel de la santé fondée sur la confiance et la compréhension mutuelle. Étant donné le manque de sensibilisation concernant les eunuques au sein de la communauté médicale générale et la crainte de nombreuses personnes souhaitant une castration de ne pas être acceptées, beaucoup ne reçoivent pas les soins primaires et les tests de dépistage appropriés (Jäggi et coll., 2018). La sensibilisation et l'éducation des professionnels de soins médicaux contribueront à répondre au besoin de s'informer au sujet de la nécessité d'inclure les eunuques dans les discussions sur la diversité de genre (Deutsch, 2016a). Il va sans dire que les eunuques méritent les mêmes services de soins primaires que la population générale. La question des tests de dépistage du cancer, comme le cancer de la prostate et du sein, est un domaine de discussion important, car les risques de cancers liés aux hormones sont probablement différents chez les personnes AMAN dont les taux de testostérone et d'œstrogènes ne sont pas ceux des hommes. En raison du manque d'études portant sur la prévalence et l'incidence des cancers liés aux hormones dans la population d'eunuques, aucune donnée ne permet de déterminer la fréquence nécessaire du dépistage des cancers liés aux hormones au moyen d'examens de la prostate, de mesures du taux de PSA, de mammographies, etc.

L'abondante littérature sur les patients atteints de cancer de la prostate qui ont été castrés médicalement ou chirurgicalement fournit des renseignements sur certains des effets de la castration post-pubertaire (comme l'ostéoporose potentielle, la dépression ou le syndrome métabolique), mais les eunuques volontaires peuvent interpréter les résultats très différemment de ceux qui ont été castrés pour des raisons médicales. La castration chimique ou chirurgicale peut être vue comme une source de détresse par les hommes cisgenres atteints d'un cancer de la prostate, alors que

le même traitement peut être une source d'affirmation et de réconfort pour les eunuques. De même, les personnes transmasculines qui obtiennent une mastectomie pour se sentir à l'aise dans leur corps vivent cette opération différemment des femmes cisgenres qui subissent une mastectomie pour traiter un cancer du sein (Koçan et Gürsoy, 2016; van de Grift et coll., 2016). Les renseignements sur le cancer de la prostate sont bien résumés par Wassersug et coll. (2021) qui fournissent des références qui explorent la vaste littérature sur le sujet. Ces renseignements sur les effets de la castration devraient être mis à la disposition des personnes qui demandent la castration.

Après une évaluation conformément aux SDS-8, les options médicales demandées par le patient peuvent être envisagées et prescrites, le cas échéant. Ces options peuvent être adaptées à la personne afin de créer un plan qui reflète ses besoins et préférences particulières. Le nombre et le type d'interventions appliquées et l'ordre dans lequel elles se déroulent peuvent varier d'une personne à l'autre. Ces options sont conformes aux chapitres sur l'évaluation et la surveillance des SDS-8. Les options de traitement à envisager pour les eunuques sont les suivantes :

- la suppression hormonale pour explorer les effets de la carence en androgènes chez les eunuques souhaitant devenir asexués, non sexués ou androgynes;
- l'orchidectomie pour arrêter la production de testostérone par les testicules;
- l'orchidectomie avec ou sans pénectomie pour modifier le corps afin qu'il corresponde à l'image de soi;
- l'orchidectomie suivie d'une substitution hormonale par la testostérone ou l'œstrogène.

Conformément à l'énoncé 5.6 du chapitre 5 – Évaluation des adultes, les eunuques souhaitant une gonadectomie doivent envisager un minimum de six mois d'hormonothérapie en fonction de leurs objectifs de genre avant d'obtenir une intervention chirurgicale irréversible (à moins que les hormones ne soient pas cliniquement indiquées pour la personne en question).

Énoncé 9.2.

Nous recommandons que les professionnels de la santé envisagent une intervention médicale, une

intervention chirurgicale ou les deux pour les eunuques lorsqu'il existe un risque élevé que le refus de traitement nuise à la personne en raison d'une autochirurgie, d'une intervention chirurgicale pratiquée par des praticiens non qualifiés ou d'un usage non supervisé de médicaments ayant un effet sur les hormones.

Le même processus d'évaluation recommandé dans les SDS-8 devrait s'appliquer aux eunuques (voir le chapitre 5 – Évaluation des adultes). Le site Eunuch Archive contient un grand nombre de messages émanant de personnes qui éprouvent de grandes difficultés à trouver des professionnels de la santé prêts à pratiquer la chirurgie de castration. Il existe un grand nombre d'eunuques qui se sont auto-opérés ou qui ont été opérés par des personnes qui n'étaient pas des professionnels médicaux agréés (Johnson et Irwig, 2014). Il existe également des rapports cliniques d'eunuques qui se sont autocastrés et des récits de patients qui ont trompé les professionnels médicaux pour obtenir une castration (Hermann et Thorstenson, 2015; Mukhopadhyay et Chowdhury, 2009). Il ne fait aucun doute que lorsque les membres de cette population se voient refuser l'accès à un traitement médical de qualité, ils prennent des mesures qui peuvent leur causer de graves préjudices, tels que des saignements et des infections qui peuvent nécessiter une admission à l'hôpital (Hay, 2021; Jackowich et coll., 2014; Johnson et Irwig, 2014). En raison de ces problèmes graves et des dommages causés par l'autochirurgie, la chirurgie pratiquée par des praticiens non qualifiés ou la consommation non supervisée de médicaments qui affectent les hormones, il est important que les professionnels de soins de santé créent un environnement accueillant et envisagent diverses options de traitement après une évaluation minutieuse afin d'éviter les problèmes que le manque d'accès au traitement et le refus de traitement entraîneront.

Lorsqu'elle est souhaitée, la castration peut être réalisée par voie chimique ou chirurgicale. Pour certaines personnes, la castration chimique peut être un essai approprié avant d'obtenir une castration chirurgicale afin de déterminer comment la personne se sentira lorsqu'elle sera hypogonadique (Vale et coll., 2010). La castration chimique est généralement réversible si les médicaments sont interrompus

(Wassersug et coll., 2021). Les types de médicaments les plus couramment utilisés pour abaisser le taux de testostérone sont les antiandrogènes et les œstrogènes.

Les deux antiandrogènes les plus couramment utilisés, l'acétate de cyprotérone et la spironolactone, sont administrés par voie orale. Les œstrogènes sont parfois prescrits aux patients atteints d'un cancer de la prostate afin de réduire le taux de testostérone sérique par une rétroaction négative au niveau de l'hypothalamus et de l'hypophyse. Les œstrogènes et les antiandrogènes peuvent ne pas supprimer complètement les niveaux de testostérone pour les ramener dans la fourchette féminine ou d'une personne castrée, et les œstrogènes oraux augmentent le risque de thromboembolie veineuse. Bien qu'ils ne soient pas couramment utilisés en raison de leur coût, les agonistes de la GnRH sont une méthode très efficace pour supprimer la production de stéroïdes sexuels et la fertilité (Hembree et coll., 2017). Lors du choix d'un médicament, nous conseillons d'utiliser ceux qui ont été étudiés dans plusieurs populations transgenres (p. ex. les œstrogènes, l'acétate de cyprotérone, les agonistes de la GnRH) plutôt que les médicaments ayant peu ou pas d'études scientifiques évaluées par les pairs (p. ex. le bicalutamide, la progestérone rectale, etc.) (Angus et coll., 2021; Butler et coll., 2017; Efstathiou et coll., 2019; Tosun et coll., 2019).

De nombreux eunuques suivent un traitement hormonal substitutif après la castration, car ils ne souhaitent pas la suppression complète des taux d'hormones et les problèmes qui en découlent, tels que le risque accru d'ostéoporose. Les deux principales options pour le remplacement des stéroïdes sexuels sont la testostérone et l'œstrogène, qui peuvent être utilisés à des doses de remplacement complètes ou partielles. La majorité des eunuques choisissent la testostérone, car ils se présentent comme des hommes et ne sont pas intéressés par la féminisation. Une minorité choisit l'œstrogène à une dose suffisamment élevée pour prévenir l'ostéoporose, mais suffisamment faible pour éviter la majorité de la féminisation. Ils peuvent s'identifier comme non-binaires, agenres ou autres (Johnson et coll., 2007; Johnson et Wassersug, 2016).

Bien qu'il n'existe pas d'étude sur le traitement hormonal substitutif chez les eunuques, les résultats chez les hommes cisgenres traités pour un cancer de la prostate peuvent fournir des renseignements sur ses

effets. Dans un essai contrôlé randomisé portant sur 1 694 hommes cisgenres traités pour un cancer de la prostate localement avancé ou métastatique, un groupe a reçu un agoniste de la GnRH et l'autre un œstrogène transdermique (Langley et coll., 2021). Les hommes cisgenres ayant reçu l'agoniste de la GnRH ont présenté des signes et des symptômes de carence en androgènes et en œstrogènes, tandis que les hommes ayant reçu le timbre (la patch) d'œstrogène uniquement ont présenté des symptômes d'épuisement d'androgènes. Les deux groupes présentaient des taux élevés d'effets secondaires sexuels (91 %), et la prise de poids était similaire au sein des deux groupes. Par rapport aux hommes cisgenres recevant l'agoniste de la GnRH, ceux traités par des timbres (des patchs) d'œstrogènes avaient une meilleure qualité de vie autodéclarée, des taux plus faibles de bouffées de chaleur (35 % contre 86 %) et des taux plus élevés de gynécomastie (86 % contre 38 %). Sur le plan métabolique, les hommes cisgenres recevant des timbres (des patchs) d'œstrogènes ont connu des changements favorables avec une diminution de la glycémie moyenne à jeun, du cholestérol total à jeun et de la tension artérielle systolique et diastolique. En revanche, les hommes cisgenres recevant l'agoniste de la GnRH ont connu les effets inverses. Sur la base de cette étude, les eunuques peuvent envisager une faible dose d'œstrogénothérapie transdermique pour éviter les effets indésirables de la diminution en œstrogènes, notamment les bouffées de chaleur, la fatigue, les effets métaboliques et la perte de densité minérale osseuse (Hembree et coll., 2017; Langley et coll., 2021). Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter au chapitre 12 – Hormonothérapie.

Énoncé 9.3.

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui évaluent les eunuques en vue d'un traitement aient démontré leur compétence en la matière.

Un sujet fréquemment abordé sur les forums de discussion du site Eunuch Archive est la difficulté de trouver des praticiens capables de comprendre leurs besoins. Les eunuques et ceux qui cherchent à se faire castrer sont généralement moins visibles que les autres minorités de genre (Wassersug et Lieberman, 2010). En raison de la stigmatisation et de la crainte d'être rejetés

par la communauté médicale, ils peuvent ne pas divulguer volontairement leur identité et leurs désirs à leurs professionnels de soins médicaux ou mentaux. Dans certains milieux, les professionnels de la santé peuvent ignorer l'existence des eunuques et ne pas savoir qu'ils ont traité des patients identifiés comme eunuques.

La section des SDS sur l'évaluation s'applique aux eunuques. Comme d'autres personnes de la diversité de genre, celles qui souhaitent être castrées peuvent s'engager dans un processus de consentement éclairé dans le cadre duquel des professionnels qualifiés procèdent à des évaluations pour s'assurer qu'elles sont capables de donner leur consentement éclairé avant les interventions médicales et qu'un problème de santé mentale n'est pas à l'origine du désir. Comme pour les autres minorités sexuelles et de genre, travailler auprès d'eunuques nécessite de comprendre qu'il s'agit d'une population diverse et que chaque personne est eunuque à sa manière (Johnson et coll., 2007). Le demandeur de services gagne à ce que le professionnel fasse preuve d'acceptation et d'ouverture d'esprit et à ce qu'il ne montre pas de jugement et ait des attentes flexibles, en plus d'avoir des compétences et une expertise.

Pour fournir un traitement approprié, les professionnels doivent établir la confiance et le respect en créant un environnement inclusif pour les personnes identifiées comme eunuques. Pour ces personnes, le formulaire d'admission idéal demanderait le sexe assigné et le genre identifié et offrirait plusieurs options de genre, y compris « eunuque » et « autre ». Les personnes peuvent s'identifier à plus d'une option et doivent être en mesure d'en sélectionner plusieurs.

Les professionnels de la santé peuvent participer à l'évaluation, à la psychothérapie (si elle est souhaitée), à la préparation et au suivi des interventions médicales et chirurgicales d'affirmation de genre. Ils peuvent également apporter un soutien aux partenaires et à leurs familles. Les eunuques qui souhaitent bénéficier du soutien d'un professionnel de santé mentale qualifié auront intérêt à s'adresser à un thérapeute qui possède l'expérience et les critères énoncés au chapitre 4 – Éducation.

Si certaines personnes souhaitant ou envisageant une castration viennent consulter un conseiller ou un thérapeute parce qu'elles veulent un soutien émotionnel ou une aide à la prise de décision, beaucoup viennent

consulter les professionnels pour une évaluation en vue d'interventions médicales précises (Vale et coll., 2010).

Énoncé 9.4.

Nous suggérons que les professionnels de la santé qui s'occupent des eunuques intègrent la communication d'information et le counseling en matière de sexualité.

Plusieurs études ont contribué à notre connaissance des personnes contemporaines identifiées comme eunuques et ont exploré les caractéristiques démographiques et la sexualité (Handy et coll., 2015; Vale et coll., 2013; Wibowo et coll., 2012, 2016). Les médecins et les professionnels de la santé mentale doivent partir du principe que les eunuques sont des personnes sexuelles capables d'avoir une activité sexuelle, du plaisir et des relations, sauf s'ils signalent le contraire (Wibowo et coll., 2021). Des études ont montré qu'il existe une grande diversité parmi les eunuques en ce qui concerne le niveau de désir, le type de contact physique ou sexuel préféré et la nature des relations de prédilection (Brett et coll., 2007; Johnson et coll., 2007; Roberts et coll., 2008). Si certains jouissent d'une vie sexuelle active, avec ou sans relations amoureuses, d'autres s'identifient comme

asexuels ou aromantiques et sont soulagés par la perte de libido obtenue par la castration chirurgicale ou chimique (Brett et coll., 2007). Chaque personne est différente, et le statut génital ne détermine pas l'attraction sexuelle ou romantique (Walton et coll., 2016; Yule et coll., 2015).

Quel que soit le type de suppression chimique ou d'intervention chirurgicale obtenue par une personne, celle-ci peut être capable d'éprouver du plaisir et d'avoir une activité sexuelle. Contrairement à la croyance populaire, les eunuques ne sont pas nécessairement asexués ou non sexués (Aucoin et Wassersug, 2006). L'éducation à la sexualité sans risque est nécessaire pour toutes les personnes qui s'engagent dans une activité sexuelle susceptible d'impliquer un échange de fluides corporels. Voir le chapitre 17 – Santé sexuelle pour des renseignements sur l'éducation sexuelle et les possibilités de rapports sexuels protégés pour les personnes de genre et de sexualité divers. En outre, la question de la préservation de la fertilité doit être abordée si l'on envisage des interventions médicales susceptibles d'avoir une incidence sur les possibilités de parentalité future. Pour plus de détails, voir le chapitre 16 – Santé reproductive.

CHAPITRE 10 • PERSONNES INTERSEXES

La version 7 des Standards de soins comprend un chapitre sur l'applicabilité des standards aux personnes en situation d'intersexuation qui deviennent dysphoriques ou changent de genre parce qu'elles diffèrent des personnes transgenres sans intersexuation sur le plan de la présentation phénoménologique, des trajectoires de vie, de la prévalence, de l'étiologie et des risques de stigmatisation. Le présent chapitre fournit une mise à jour et ajoute des recommandations sur l'approche clinique médicalement nécessaire à la prise en charge des personnes intersexes en général (voir l'énoncé relatif à la nécessité médicale au chapitre 2 – Applicabilité mondiale, énoncé 2.1). Parce qu'un nouveau-né présentant une différenciation sexuelle atypique peut déjà présenter des défis cliniques, notamment la nécessité d'une éducation et d'un soutien de la famille dès le plus jeune âge, la prise de décision concernant l'assignation du genre, la gestion clinique ultérieure du genre, dont les composantes – en particulier la chirurgie génitale – peut être controversée et présenter un risque nettement accru de développement de la dysphorie de genre et de changement de genre (Sandberg et Gardner, 2022).

Terminologie

« Intersexe » (du latin, traduction littérale « entre les sexes ») est un terme fondé sur le système binaire du sexe qui sous-tend la reproduction des mammifères (y compris l'humain). En médecine, le terme est familièrement appliqué aux personnes présentant des variations congénitales atypiques marquées de l'appareil reproducteur. Certaines variations, souvent qualifiées d'« ambiguïté relative aux organes génitaux », empêchent la simple reconnaissance du sexe somatique comme masculin ou féminin et, dans les sociétés riches en ressources, peuvent nécessiter un bilan physique, endocrinien et génétique complet, avant qu'un sexe/genre ne soit « assigné ». Ces dernières années, le terme « intersexe » est également devenu une étiquette identitaire adoptée par certaines personnes ayant une condition intersexe et par un sous-ensemble de personnes (non intersexes) ayant une identité de genre non-binaire (Tamar-Mattis et coll., 2018).

Lors d'une conférence de consensus internationale sur la prise en charge de l'intersexualité en 2005, les

conditions d'intersexuation ont été regroupées sous un nouveau terme médical standard, les « troubles du développement sexuel » (TDS), définis comme une « condition congénitale dans laquelle le développement du sexe chromosomique, gonadique ou anatomique est atypique » (Hughes et coll., 2006). Les TDS couvrent un éventail beaucoup plus large d'états que celles traditionnellement incluses dans l'intersexuation et comprennent des états tels que le syndrome de Turner et le syndrome de Klinefelter, qui sont beaucoup plus répandus. En outre, de nombreuses personnes visées n'aiment pas le terme « trouble », qu'elles considèrent comme stigmatisant en soi (Carpenter, 2018; Griffiths, 2018; Johnson et coll., 2017; Lin-Su et coll., 2015; Lundberg et coll., 2018; Tiryaki et coll., 2018). Les professionnels de la santé n'acceptent pas tous le terme de la même façon (Miller et coll., 2018). L'autre interprétation largement répandue des TDS comme étant des différences dans le développement du genre peut être considérée comme moins pathologisante, mais elle est sémantiquement insatisfaisante, car ce terme ne distingue pas les différences génitales typiques entre les hommes et les femmes de la différenciation sexuelle atypique. D'autres tentatives récentes de trouver des termes moins manifestement stigmatisants, tels que « conditions affectant le développement reproducteur » (Delimata et coll., 2018) ou « variation des caractères sexuels » (Crocetti, et coll., 2021), ne sont pas non plus propres à l'intersexuation.

Compte tenu de ces problèmes de définition, nous utiliserons dans ce chapitre le terme « intersexuation » (ou « intersexe ») pour désigner uniquement les manifestations physiques congénitales. Ce choix est fait à la fois pour des raisons de clarté descriptive et de continuité historique. Il n'indique pas une intention de notre part de prendre parti dans la discussion en cours sur le concept de sexe/genre comme système bipolaire ou comme continuum, qui peut varier en fonction des considérations de contexte et d'utilité (Meyer-Bahlburg, 2019). Dans les sociétés du 21^e siècle, les concepts de sexe et de genre sont en pleine évolution.

Prévalence

La prévalence des troubles d'intersexuation dépend de la définition utilisée. L'anomalie génitale évidente (ambiguïté relative aux organes génitaux) se produit à une fréquence estimée d'environ 1:2000 à 1:4500

personnes (Hughes et coll., 2007). Les définitions les plus inclusives des TDS estiment que la prévalence peut atteindre 1,7 % (Blackless et coll., 2000). Bien que ces chiffres soient élevés dans l'ensemble, les conditions individuelles associées aux variations intersexes tendent à être beaucoup plus rares. Par exemple, le syndrome d'insensibilité aux androgènes se produit dans environ 1 cas sur 100 000 naissances à 46,XY (Mendoza et Motos, 2013), et l'hyperplasie congénitale des surrénales (HCS) dans environ 1 cas sur 15 000 naissances à 46,XX (Therrell, 2001). Les chiffres sur la prévalence des différents syndromes peuvent varier considérablement d'un pays à l'autre et d'un groupe ethnique à l'autre.

Présentation

La présentation des personnes ayant des traits intersexes est très variable. L'intersexuation peut être détectée lors de l'échographie prénatale, bien que la plupart des personnes soient identifiées lors des examens génitaux à la naissance. Dans les sociétés riches en ressources, ces enfants sont soumis à des procédures de diagnostic médical approfondies au cours des premières semaines de leur vie. Compte tenu du diagnostic médical précis, des résultats physiques et hormonaux, et des renseignements provenant d'études de suivi à long terme sur l'évolution du genre, la prise de décision conjointe entre l'équipe soignante et les parents aboutit généralement à l'assignation au nouveau-né du sexe/genre masculin ou féminin. Certaines personnes intersexes n'attirent l'attention des spécialistes qu'à l'âge de la puberté, par exemple, lorsque des adolescent(e)s élevées au féminin sont examinées pour une aménorrhée primaire.

Les professionnels de la santé qui aident les personnes vivant à la fois une intersexuation et une incertitude liée au genre doivent être conscients que le contexte médical dans lequel ces personnes ont grandi est généralement très différent de celui des personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG) non intersexes. Il existe de nombreux syndromes différents d'intersexuation, et chaque syndrome peut varier dans son degré de gravité. Les approches thérapeutiques hormonales et chirurgicales varient donc en conséquence.

Certaines manifestations physiques de l'intersexuation peuvent nécessiter une intervention urgente précoce, comme dans les cas d'obstruction urinaire ou de crise surrénalienne dans l'HCS. La plupart des variations physiques chez les personnes intersexes n'entravent pas le fonctionnement, du moins dans les premières années, et ne compromettent pas la santé de la personne. Pourtant, la stigmatisation psychosociale associée à une apparence génitale atypique motive souvent une chirurgie génitale précoce (communément qualifiée de « corrective » ou de « normalisante ») bien avant que la personne n'atteigne l'âge du consentement. Cette approche est très controversée, car elle va à l'encontre des principes éthiques qui soutiennent l'autonomie d'une personne (Carpenter, 2021; Kon, 2015; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). En outre, quand les manifestations ne posent pas de problème de santé immédiat, certaines personnes, lorsqu'elles sont plus âgées, peuvent opter pour une série d'interventions médicales afin d'optimiser la fonction et l'apparence. Les détails des traitements médicaux dépassent largement le cadre du présent chapitre, et le lecteur intéressé devra consulter la littérature endocrinienne et chirurgicale.

Certains états d'intersexuation sont associés à une plus grande variabilité dans l'identité de genre à long terme que d'autres (Dessens et coll., 2005). Par exemple, l'incidence d'une identité de genre non cisgenre chez les personnes 46,XX avec l'HCS AFAN peut atteindre de 5 à 10 % (Furtado et coll., 2012). La composante biologique substantielle qui sous-tend l'identité de genre est un facteur essentiel qui doit être pris en compte lors des interventions psychosociales, médicales et chirurgicales proposées aux personnes vivant avec une intersexuation.

De nombreuses données probantes montrent également que les personnes vivant avec une intersexuation et leur famille peuvent éprouver une détresse psychosociale (de Vries et coll., 2019; Rosenwohl-Mack et coll., 2020; Wolfe-Christensen et coll., 2017), en partie liée à la stigmatisation psychosociale (Meyer-Bahlburg, Khuri et coll., 2017; Meyer-Bahlburg, Reyes-Portillo et coll., 2017; Meyer-Bahlburg et coll., 2018).

Énoncés de recommandations

- 10.1 - Nous recommandons qu'une équipe multidisciplinaire, connaissant la diversité de l'identité et de l'expression de genre ainsi que l'intersexuation, fournisse des soins aux personnes intersexes et à leur famille.
- 10.2 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui s'occupent des jeunes et des adultes transgenres se forment et s'informent sur les aspects des soins aux personnes intersexes qui relèvent de leur discipline professionnelle.
- 10.3 - Nous recommandons que les professionnels de la santé informent et conseillent les familles d'enfants intersexes, dès le moment du diagnostic, sur la condition particulière de l'enfant et ses implications psychosociales.
- 10.4 - Nous recommandons que les professionnels et les parents aient avec les enfants/personnes intersexes une communication continue et adaptée à leur développement sur leur intersexuation et ses implications psychosociales.
- 10.5 - Nous recommandons que les professionnels de la santé et les parents aident les enfants/personnes intersexes à explorer leur identité de genre tout au long de leur vie.
- 10.6 - Nous recommandons que les professionnels de la santé favorisent le bien-être et minimisent la stigmatisation potentielle d'une intersexuation en travaillant en collaboration avec des personnes/organisations médicales et non médicales.
- 10.7 - Nous recommandons que les professionnels de la santé orientent les enfants/personnes intersexes et leur famille vers des professionnels de soins de santé mentale ainsi que vers des pairs et d'autres soutiens psychosociaux, le cas échéant.
- 10.8 - Nous recommandons que les professionnels de la santé conseillent les personnes intersexes et leur famille sur la suppression de la puberté ou les options d'hormonothérapie dans le contexte de l'identité de genre, de l'âge et des circonstances médicales uniques de la personne.
- 10.9 - Nous recommandons que les professionnels de la santé conseillent aux parents et aux enfants intersexes (lorsqu'ils sont suffisamment développés sur le plan cognitif) de retarder la chirurgie génitale d'affirmation de genre, la chirurgie gonadique, ou les deux, afin d'optimiser l'autodétermination de l'enfant et sa capacité à participer à la décision sur la base d'un consentement éclairé (informé).
- 10.10 - Nous recommandons que seuls les chirurgiens expérimentés en chirurgie génitale ou gonadique intersexue opèrent les personnes intersexes.
- 10.11 - Nous recommandons aux professionnels de la santé qui prescrivent ou orientent vers une hormonothérapie/chirurgie de conseiller les personnes intersexes ayant un potentiel de fertilité, ainsi que leur famille, sur a) les effets connus des hormonothérapies/chirurgies sur la fertilité future; b) les effets potentiels des thérapies qui ne sont pas bien étudiées et dont la réversibilité est inconnue; c) les options de préservation de la fertilité; et d) les implications psychosociales de l'infertilité.
- 10.12 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui s'occupent de personnes intersexes ayant une infertilité congénitale leur présentent, ainsi qu'à leur famille, de façon précoce et progressive, les différentes options de rechange pour la parentalité.

L'intersexuation dans la nomenclature psychiatrique

Depuis 1980, la nomenclature psychiatrique américaine reconnaît les personnes intersexes qui répondent aux critères des variantes de l'identité de genre; cependant, leur catégorisation diagnostique a changé avec les éditions successives du DSM. Par exemple, dans le DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), la catégorie Axe I de « transsexualisme » ne pouvait pas être appliquée à ces personnes à l'âge adulte, mais ces enfants étaient étiquetés comme présentant un « trouble de l'identité sexuelle de l'enfance », la condition médicale d'intersexualité devant être précisée dans l'Axe III. Dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), les personnes intersexes ont été exclues de la catégorie Axe-I des « troubles de l'identité sexuelle », quel que soit leur âge, et ont été regroupées avec d'autres pathologies dans la catégorie des « troubles de l'identité sexuelle non spécifiés ». Dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), qui s'est éloigné du système multiaxial, le « trouble de l'identité sexuelle » a été redéfini comme « dysphorie de genre » et s'applique indépendamment de l'âge et du statut d'intersexuation, mais les personnes intersexes ont reçu la spécification supplémentaire « avec trouble du développement

sexuel » (American Psychiatric Association, 2013). La révision du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2022), qui vient d'être publiée, conserve le terme « dysphorie de genre ». Il convient toutefois de souligner que la récente révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11; World Health Organization, 2019a) a déplacé l'« incongruence de genre » du chapitre « Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux » vers un nouveau chapitre intitulé « Affections liées à la santé sexuelle ».

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des données probantes, d'une évaluation des bénéfices et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas, nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les services peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables.

Énoncé 10.1

Nous recommandons qu'une équipe multidisciplinaire, connaissant la diversité de l'identité et de l'expression de genre ainsi que

L'intersexuation, fournisse des soins aux personnes intersexes et à leur famille.

L'intersexuation, une sous-catégorie des TDS, est une condition congénitale complexe qui nécessite l'implication d'experts de diverses disciplines médicales et comportementales (Hughes et coll., 2006). La composition et le fonctionnement de l'équipe peuvent varier en fonction de l'emplacement de l'équipe, des ressources locales, du diagnostic et des besoins de la personne intersexe et de sa famille. L'équipe idéale comprend des pédiatres ayant une sous-spécialité en endocrinologie, en chirurgie ou en urologie, en psychologie ou psychiatrie, en gynécologie, en génétique et, le cas échéant, du personnel formé au travail social, aux soins infirmiers et à l'éthique médicale (Lee et coll., 2006). La structure de l'équipe peut être conforme 1) au modèle médical multidisciplinaire traditionnel; 2) au modèle interprofessionnel; ou 3) au modèle transdisciplinaire. Bien que ces structures puissent sembler similaires, elles sont en fait très différentes et peuvent exercer des influences diverses sur le fonctionnement de l'équipe (Sandberg et Mazur, 2014). Le Consensus Statement de 2006 ne se prononce pas sur le meilleur modèle – multidisciplinaire, interdisciplinaire ou transdisciplinaire – et se contente d'affirmer que les modèles « impliquent différents degrés de collaboration et d'autonomie professionnelle » (Lee, Nordenström et coll., 2016). Depuis la publication du Consensus Statement en 2006, de telles équipes ont été créées en Europe et aux États-Unis. Une liste des équipes aux États-Unis est disponible sur le site Web du DSD-Translational Network. Il existe également des équipes dans certains pays européens (Thyen et coll., 2018). Bien qu'il existe des obstacles à la création d'équipes, comme le notent Sandberg et Mazur (2014), les équipes multidisciplinaires aident à résoudre des problèmes qui ont sapé la réussite des soins des personnes ayant reçu un diagnostic d'intersexuation et de leur famille, comme la nature dispersée des services, la communication limitée ou absente entre les professionnels, et la nature fragmentée des explications que les personnes reçoivent et qui provoquent plus de confusion que de clarté.

La plupart des personnes nées avec des traits intersexes seront identifiées à la naissance ou peu après, tandis que d'autres le seront à des moments ultérieurs

du cycle de vie, par exemple à la puberté (voir Brain et coll., 2010, Tableau 1). Dans ce cas, l'approche de l'équipe sera modifiée en fonction du diagnostic et de l'âge de la personne. Dans certaines circonstances, la composition de l'équipe peut être élargie pour inclure d'autres spécialistes s'il y a lieu.

Il a été rapporté que les enfants vus par une équipe multidisciplinaire étaient nettement plus susceptibles de recevoir la quasi-totalité des services plutôt que les seuls services offerts par un seul professionnel (Crerand et coll., 2019). Les parents qui ont bénéficié de ces soins ont approuvé les services psychosociaux et l'approche d'équipe et ont déclaré avoir reçu plus de renseignements que ceux qui n'ont pas interagi avec une telle équipe (Crerand et coll., 2019).

Énoncé 10.2

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui s'occupent des jeunes et des adultes transgenres se forment et s'informent sur les aspects des soins aux personnes intersexes qui relèvent de leur discipline professionnelle.

Les résultats d'entrevues avec des stagiaires médicaux (Liang et coll., 2017; Zelin et coll., 2018) et d'autoévaluations et d'enquêtes sur les programmes (DeVita et coll., 2018; Khalili et coll., 2015) suggèrent que les programmes de formation médicale ne préparent pas suffisamment les praticiens à fournir des soins compétents aux personnes présentant une dysphorie de genre et une intersexuation. Les professionnels et les parties prenantes qui participent à des événements propres à l'intersexuation ont déterminé que la formation continue et la collaboration constituaient un important besoin en matière de perfectionnement professionnel (Bertalan et coll., 2018; Mazur et coll., 2007). Cela peut être particulièrement vrai pour les professionnels de soins pour adultes qui peuvent avoir moins de conseils cliniques ou de soutien pour aider les personnes qui font la transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes (Crouch et Creighton, 2014).

Cependant, il existe peu de lignes directrices pour la formation ou l'évaluation des compétences des praticiens dans la gestion de ces sujets, et celles qui sont disponibles s'appliquent principalement aux professionnels de la santé mentale (Hollenbach et coll., 2014), à l'exception d'un guide sur les soins primaires

(National LGBTQIA + Health Education Center, 2020).

Les professionnels de la santé qui souhaitent améliorer leur compétence peuvent consulter des experts quand l'éducation formelle ou les directives empiriques ne sont pas disponibles. Étant donné l'adoption relativement répandue des équipes multidisciplinaires spécialisées dans le traitement de l'intersexuation (Pasterski et coll., 2010), les personnes qui font partie de ces équipes sont bien placées pour renseigner et former d'autres membres du personnel de soins de santé qui n'ont peut-être pas reçu une formation adéquate (Hughes et coll., 2006). Par conséquent, il est recommandé que la formation d'autres professionnels soit un volet central du développement de l'équipe (Auchus et coll., 2010) et que les membres des équipes multidisciplinaires reçoivent une formation propre au travail en équipe, y compris des stratégies pour prendre part à l'apprentissage interprofessionnel (Bisbey, et coll., 2019; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

Énoncé 10.3

Nous recommandons que les professionnels de la santé informent et conseillent les familles d'enfants intersexes, dès le moment du diagnostic, sur la condition particulière de l'enfant et ses implications psychosociales.

La divulgation complète des renseignements médicaux aux familles d'enfants intersexes, au moyen de l'éducation et du counseling, devrait commencer au moment du diagnostic et être conforme aux multiples lignes directrices internationales reconnues. L'un des problèmes les plus difficiles à résoudre concernant un nouveau-né intersexe, en particulier lorsqu'il est associé à une ambiguïté notable relative aux organes génitaux, est l'assignation du sexe et, du point de vue des parents, le genre adopté lors de l'éducation (Fisher, Ristori et coll., 2016). Étant donné qu'il s'agit d'une situation très stressante pour la plupart des parents, il est généralement recommandé que les décisions concernant le sexe/genre soient prises aussi rapidement que le permet une évaluation diagnostique approfondie (Houk et Lee, 2010). Toutefois, les critères de décision en matière de sexe/genre ont changé au fil du temps. Dans la seconde moitié du 20^e siècle, les décisions ont

été prises en faveur de l'assignation féminine, car la chirurgie génitale féminisante était considérée comme plus facile et moins sujette à des effets secondaires que la chirurgie masculinisante. Cependant, dans certaines conditions d'intersexuation, par exemple la déficience 46,XY 5 α -RD-2, on a découvert que l'assignation du sexe/genre féminin était associée à des taux élevés de dysphorie et de changement de genre ultérieurs (Yang et coll., 2010). Par conséquent, depuis l'International Consensus Conference on Intersex Management en 2005, l'assignation du sexe/genre tient compte des données qui s'accumulent progressivement sur l'évolution du genre à long terme dans les diverses conditions de l'intersexuation.

La pratique de la divulgation vise à permettre une prise de décision plus éclairée en matière de soins. En outre, alors que la honte et la stigmatisation entourant l'intersexuation sont associées à de moins bons résultats psychosociaux, une communication ouverte et proactive des renseignements sur la santé a été proposée comme stratégie pour réduire ces risques (de Vries et coll., 2019). Selon le diagnostic et le stade de développement de la personne, les conditions d'intersexuation peuvent avoir une incidence différente sur les personnes et leurs besoins en matière de soins de santé. La communication relative à la santé des personnes intersexes doit donc être continue et adaptée à la personne. La recherche sur la prise de décision dans les soins intersexes suggère que les familles sont influencées par la façon dont les équipes cliniques communiquent (Timmermans et coll., 2018). Conformément aux SDS, nous encourageons les professionnels à adopter un langage et des attitudes normalisants et affirmatifs dans toutes les fonctions d'éducation et de counseling. Par exemple, décrire l'atypie génitale comme une « variation » ou une « différence » est plus affirmatif que d'utiliser les termes « anomalie congénitale » ou « anormalité ».

Tous les professionnels de la santé impliqués dans les soins d'une personne peuvent fournir une éducation et des renseignements essentiels aux familles. Dans les équipes multidisciplinaires, le type d'éducation peut s'aligner sur le domaine d'expertise d'un professionnel de la santé, par exemple, un chirurgien peut enseigner l'anatomie d'une personne, un endocrinologue peut enseigner les particularités du développement hormonal ou un professionnel de la santé mentale peut

expliquer l'éventail des genres et des identités sexuelles. D'autres professionnels de la santé peuvent être amenés à fournir une éducation complète. Les familles doivent recevoir des renseignements pertinents sur la variation intersexuelle particulière de la personne, lorsqu'elle est connue. Tous les professionnels de la santé peuvent compléter ces renseignements par des ressources centrées sur le patient et disponibles auprès de groupes de soutien. Des personnes intersexes ont également été embauchées comme membres de l'équipe pour dispenser un enseignement basé sur leur expérience vécue.

Les lignes directrices reconnues recommandent également d'offrir aux familles un soutien psychosocial continu par des pairs et des professionnels (Hughes et coll., 2006), ce qui peut impliquer des conseils axés sur la résolution des problèmes et une orientation anticipée (Hughes et coll., 2006). Par exemple, les familles peuvent demander des conseils pour éduquer d'autres personnes – frères et sœurs, famille élargie et l'accompagnant – sur la condition précise d'une personne. D'autres familles peuvent avoir besoin d'un soutien ou de soins de santé mentale pour gérer le stress lié au traitement de l'intersexuation. Les adolescent(e)s peuvent bénéficier de conseils sur la manière de divulguer des renseignements à leurs pairs, ainsi que d'un soutien dans leurs relations amoureuses et sexuelles. Le counseling peut également consister à guider les familles et les personnes de tous âges dans un processus de prise de décision commune concernant les soins médicaux ou chirurgicaux. Les professionnels peuvent utiliser des aides à la décision pour soutenir ce processus (Sandberg et coll., 2019; Weidler et coll., 2019).

Énoncé 10.4

Nous recommandons que les professionnels et les parents aient avec les enfants/personnes intersexes une communication continue et adaptée à leur développement sur leur intersexuation et ses implications psychosociales.

La communication de renseignements sur la santé est un processus multidirectionnel qui comprend la transmission de renseignements des professionnels aux patients, des parents aux patients, ainsi que des patients à leurs professionnels (Weidler et Peterson, 2019). Alors que l'accent a été mis sur la communication avec

les parents sur les questions de diagnostic et de prise de décision chirurgicale, les jeunes ayant un TDS ont fait état d'obstacles à l'engagement avec les professionnels de soins de santé et ne se tournent pas toujours vers leurs parents pour obtenir du soutien (Callens et coll., 2021). Pour préparer les personnes à s'engager pleinement et à être autonomes dans leur traitement, il est essentiel que les professionnels et les parents communiquent en permanence avec les enfants/personnes.

Les professionnels doivent définir dès que possible les attentes concernant une communication continue et ouverte entre toutes les parties, d'autant plus que les parents peuvent ressentir de la détresse en raison de l'incertitude associée aux TDS et rechercher des solutions rapides (Crissman et coll., 2011; Roberts et coll., 2020). Des modèles de prise de décision commune ainsi que des outils décisionnels connexes ont été élaborés pour soutenir la communication continue entre les professionnels de la santé et les familles/personnes (Karkazis et coll., 2010; Sandberg et coll., 2019; Siminoff et Sandberg, 2015; Weidler et coll., 2019). En plus de définir les attentes en matière de dialogue, les professionnels peuvent également donner le ton de la communication. Les professionnels peuvent aider les parents et les personnes à tolérer l'incertitude diagnostique tout en les informant sur les variations anatomiques, en leur montrant l'ouverture au genre et à l'identité sexuelle et en accueillant les questions de l'enfant ou de la personne. En vieillissant, les enfants/personnes peuvent avoir des questions ou avoir besoin de renseignements adaptés à leur âge sur les questions de sexualité, de menstruation, de fertilité, sur la nécessité d'un traitement hormonal (surrénale/sexe), sur la santé osseuse et sur le risque de cancer.

Les parents jouent également un rôle essentiel dans l'éducation de leurs enfants et peuvent être les premières personnes à divulguer des renseignements sur la santé à leur enfant (Callens et coll., 2021). Dans le cadre de la définition des attentes en matière de communication, les professionnels doivent préparer les parents à informer leur enfant et les membres de leur système de soutien du diagnostic d'intersexualité et de l'historique des traitements. Certains parents font état de difficultés à savoir ce qu'ils doivent révéler aux autres ainsi qu'à leurs propres enfants (Crissman et

coll., 2011; Danon et Kramer, 2017). Le stress que les parents subissent en élevant des enfants intersexes est accru s'ils adoptent une approche qui minimise la divulgation/discussion quant au diagnostic de leur enfant (Crissman et coll., 2011). Le niveau de stress varie également en fonction du stade de développement, les parents d'adolescent(e)s faisant état de taux de stress plus élevés (Hullman et coll., 2011). Par conséquent, les professionnels de la santé doivent aider les parents à élaborer des stratégies propres au stade de développement de leur enfant qui tiennent compte de leurs préoccupations et valeurs psychosociales ou culturelles (Danon et Kramer, 2017; Weidler et Peterson, 2019). Enfin, des recherches élargies sur la variance dans la sexualité et le genre ont révélé – contrairement aux associations entre la honte/stigmatisation et les résultats négatifs en matière de santé – que les comportements familiaux favorables (notamment le fait de parler avec les enfants de leur identité et de les mettre en contact avec des pairs) permettaient de prédire une meilleure estime de soi et de meilleurs résultats en matière de santé chez les personnes (Ryan et coll., 2010).

Énoncé 10.5

Nous recommandons que les professionnels de la santé et les parents aident les enfants/personnes intersexes à explorer leur identité de genre tout au long de leur vie.

Les constructions psychologiques, sociales et culturelles s'entrecroisent avec les facteurs biologiques pour former l'identité de genre d'une personne. En tant que groupe, les personnes intersexes présentent des taux accrus de comportements non conformes au genre, de questionnements sur le genre et de souhaits transgenres pendant l'enfance, qui dépendent en partie de l'écart entre le milieu hormonal sexuel prénatal dans lequel le cerveau du fœtus s'est différencié et le sexe assigné à la naissance (Callens et coll., 2016; Hines, et coll., 2015; Meyer-Bahlburg et coll., 2016; Pasterski et coll., 2015). Les problèmes d'identité de genre sont observés à des taux différents chez les personnes présentant différentes conditions d'intersexuation (de Vries et coll., 2007). Plus récemment, certaines personnes ont été recensées comme développant une identité non-binaire, au moins en privé (Kreukels et coll., 2018). Bien que la majorité des personnes

intersexes ne ressentent pas de dysphorie de genre et ne souhaitent pas de transition de genre, elles peuvent toujours éprouver des sentiments d'incertitude et des questions sans réponse concernant leur genre (Kreukels et coll., 2018). Les questions relatives à l'identité de genre peuvent découler de facteurs tels que l'apparence génitale, le développement pubertaire et la connaissance d'éléments tels que le terme diagnostique de la condition médicale, le statut gonadique, le statut des chromosomes sexuels et les antécédents de chirurgie génitale. Par conséquent, les professionnels de la santé doivent se rendre disponibles pour permettre aux usagers de discuter de ces questions et de ces sentiments, de parler ouvertement de la diversité de genres et d'adopter une approche moins binaire quant au genre. Il est conseillé que les professionnels de la santé aident les parents à soutenir leurs enfants dans l'exploration du genre.

En outre, ce soutien ne devrait pas se limiter à la période de l'enfance. Au contraire, les personnes devraient avoir la possibilité d'explorer leur identité de genre tout au long de leur vie, car les différentes phases peuvent entraîner de nouvelles questions concernant le genre (p. ex. la puberté/l'adolescence, l'âge de la procréation). Les enfants en général peuvent se poser des questions sur leur identité de genre à des moments importants de leur maturation et de leur évolution. Quand les personnes intersexes sont confrontées à des facteurs de stress supplémentaires, par exemple l'ambiguïté relative aux organes génitaux, les examens et les procédures génitales, ainsi que l'intersection des préjugés et des influences culturelles, elles peuvent avoir besoin de soutien et devraient être encouragées à rechercher une assistance et des conseils professionnels bien informés en cas de besoin. En outre, les professionnels de la santé devraient s'informer régulièrement pour déterminer si les usagers intersexes ont besoin d'un tel soutien. En cas d'incongruence de genre, des interventions visant à affirmer le genre peuvent être envisagées. Les procédures à appliquer lors de ces interventions sont décrites dans d'autres chapitres.

Énoncé 10.6

Nous recommandons que les professionnels de la santé favorisent le bien-être et minimisent la stigmatisation potentielle d'une intersexuation en

travaillant en collaboration avec des personnes/organisations médicales et non médicales.

Les personnes intersexes seraient victimes de stigmatisation et de sentiments de honte, de culpabilité, de colère, de tristesse et de dépression (Carroll et coll., 2020; Joseph et coll., 2017; Schützmann et coll., 2009). Les niveaux de problèmes psychologiques sont plus élevés dans cette population que dans la population générale (Liao et Simmonds, 2014; de Vries et coll., 2019). En outre, l'équipe clinique ne doit pas négliger la peur de la stigmatisation des parents et leur adaptation au diagnostic de leur enfant. Les parents peuvent bénéficier de counseling de soutien pour les aider à gérer les décisions cliniques (Fleming et coll., 2017; Rolston et coll., 2015; Timmermans et coll., 2019) et à comprendre l'incidence de ces décisions sur leur vision de leur enfant (Crissman et coll., 2011; Fedele et coll., 2010).

Thyen et coll. (2005) ont constaté que les examens génitaux répétés semblent liés à la honte, à la peur et à la douleur, et peuvent augmenter la probabilité de développer un trouble de stress post-traumatique (TSPT) plus tard (Alexander et coll., 1997; Money et Lamacz, 1987). L'exposition à des examens génitaux répétés, la peur des interventions médicales et le secret maintenu par les parents et les médecins sur son intersexuation finissent par miner l'autonomisation et l'estime de soi de la personne intersexe (Meyer-Bahlburg et coll., 2018; Thyen et coll., 2005; Tishelman et coll., 2017; van de Grift, Cohen-Kettenis et coll., 2018). Pour des recommandations sur la façon de procéder aux examens génitaux afin de minimiser les effets secondaires psychologiques indésirables, voir Tishelman et coll. (2017).

Il existe un mouvement actif au sein de la communauté intersexe pour atténuer la stigmatisation et rendre aux personnes intersexes leurs droits de la personne et leur dignité plutôt que de les considérer comme des anomalies médicales et des curiosités (Yogyakarta Principles, 2007, 2017). Chase (2003) résume les principales raisons du mouvement de défense de l'intersexuation et souligne que la stigmatisation et le traumatisme émotionnel sont le résultat de l'ignorance et de l'injonction silencieuse au secret. La sensibilisation du public aux conditions d'intersexuation est très limitée, et les images et l'histoire des personnes intersexes sont encore

présentées comme des « anomalies de la nature ». Nous conseillons donc aux professionnels de la santé d'éduquer activement leurs collègues, les personnes intersexes, leurs familles et leurs communautés, de sensibiliser le public et d'améliorer les connaissances sur l'intersexuation. La prise de conscience et la connaissance de l'intersexuation par la société peuvent contribuer à réduire la discrimination et la stigmatisation. Des outils et du matériel d'éducation/d'information peuvent également aider les personnes intersexes à révéler leur état, si elles le souhaitent (Ernst et coll., 2016).

Les professionnels de la santé devraient être en mesure de reconnaître et de traiter la stigmatisation chez leurs usagers (Meyer-Bahlburg et coll., 2018) et devraient encourager les personnes intersexes de différents âges à créer des liens au moyen de groupes de soutien. Il est nécessaire d'élaborer des techniques/méthodes précises pour aider les usagers à faire face à la stigmatisation liée à l'intersexuation.

Énoncé 10.7

Nous recommandons que les professionnels de la santé orientent les enfants/personnes intersexes et leur famille vers des professionnels de soins de santé mentale ainsi que vers des pairs et d'autres soutiens psychosociaux, le cas échéant.

Pour presque tous les parents, la naissance d'un enfant intersexe est totalement inattendue et crée un choc. Leur incapacité à répondre immédiatement à la question omniprésente « Votre bébé est-il un garçon ou une fille? », leur manque de connaissances sur la condition de l'enfant, l'incertitude quant à l'avenir de l'enfant et le stigma intersexe omniprésente sont susceptibles de causer de la détresse, parfois jusqu'à un TSPT, et peuvent conduire à une anxiété prolongée et à la dépression (Pasterski et coll., 2014; Roberts et coll., 2020; Wisniewski et Sandberg, 2015). Cette situation peut nuire aux soins parentaux et aux résultats à long terme de leur enfant intersexe (Schweizer et coll., 2017). En grandissant, ces enfants risquent également de subir la stigmatisation quant à l'intersexuation sous ses trois formes principales (réelle, anticipée, internalisée) dans toutes les sphères de la vie (Meyer-Bahlburg et coll., 2018), ainsi que d'autres difficultés potentielles telles que des problèmes d'image corporelle, un comportement atypique du point de vue

du genre et un questionnement sur l'identité de genre. Nombre d'entre eux peuvent être confrontés au défi supplémentaire que représente la prise de conscience de l'incongruence de genre par rapport au genre qui leur a été assigné et aux caractéristiques biologiques telles que le caryotype sexuel, les gonades, le milieu hormonal sexuel passé ou présent, et la configuration de l'appareil reproducteur. Cette situation peut également avoir un effet négatif sur la santé mentale de la personne (Godfrey, 2021; Meyer-Bahlburg, 2022). Une récente étude en ligne portant sur un très large échantillon de jeunes LGBTQ a indiqué que les jeunes LGBTQ qui se catégorisaient comme ayant une variation physique intersexe avaient un taux de problèmes de santé mentale plus élevé que les jeunes LGBTQ sans intersexuation (Trevor Project, 2021). L'intersexuation étant rare, les parents de ces enfants et, plus tard, les personnes elles-mêmes peuvent vivre leur situation comme unique et très difficile à comprendre pour les autres. Ainsi, sur la base de l'expérience clinique, il y a un consensus parmi les professionnels de la santé qui ont de l'expérience dans les soins intersexes, que le soutien social est un volet crucial des soins intersexes, non seulement dans le cadre du soutien professionnel des professionnels de la santé mentale (Pasterski et coll., 2010), mais aussi au moyen de groupes de soutien de personnes intersexes (Baratz et coll., 2014; Cull et Simmonds, 2010; Hughes et coll., 2006; Lampalzer et coll., 2021). Une liste internationale détaillée des groupes de soutien et de défense des personnes intersexes et ayant des TDS, avec leurs sites Web, a été fournie par Lee, Nordenström et coll. (2016). Étant donné l'hétérogénéité des conditions intersexes et des traitements, une personne intersexe peut trouver plus utile de s'associer à un groupe de soutien dont les membres présentent une pathologie identique ou semblable à la sienne. Il est important que les professionnels de la santé spécialisés dans les soins aux personnes intersexes collaborent étroitement avec ces groupes de soutien afin que les divergences d'opinion occasionnelles sur des aspects particuliers des soins puissent être résolues par des discussions approfondies. Des contacts étroits entre les professionnels de la santé et les groupes de soutien facilitent également la recherche participative à l'échelle locale, ce qui est bénéfique pour les deux parties.

Énoncé 10.8

Nous recommandons que les professionnels de la santé conseillent les personnes intersexes et leur famille sur la suppression de la puberté ou les options d'hormonothérapie dans le contexte de l'identité de genre, de l'âge et des circonstances médicales uniques de la personne.

Bien que de nombreuses personnes intersexes aient une identité de genre correspondant à leur caryotype XX ou XY, il existe une hétérogénéité suffisante pour que les professionnels de la santé soient en mesure de proposer des approches personnalisées. Par exemple, parmi les personnes XX ayant une HCS virilisante, une minorité plus importante que prévu a une identité de genre masculine (Dessens et coll., 2005). Chez les personnes XY ayant un syndrome partiel d'insensibilité aux androgènes, l'identité de genre peut varier de manière notable (Babu et Shah, 2021). De plus, chez les personnes XY présentant un déficit en 5 α -réductase-2 (5 α -RD -2) et un déficit en 17-bêta-hydroxystéroïde déshydrogénase-3 qui sont assignés au sexe féminin à la naissance, une grande partie (de 56 à 63 % et de 39 à 64 %, respectivement) passe d'un rôle de genre féminin typique à un rôle de genre masculin typique en vieillissant (Cohen-Kettenis, 2005).

Les personnes intersexes disposent d'un large éventail d'options médicales en fonction de leur identité de genre et de son adéquation avec l'anatomie. Ces options comprennent des médicaments de suppression de la puberté, des traitements hormonaux et des interventions chirurgicales, tous adaptés aux circonstances uniques de la personne (Weinand et Safer, 2015; Safer et Tangpricha, 2019) (pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter au chapitre 6 – Adolescent(e)s et au chapitre 12 – Hormonothérapie). Plus précisément, quand des gonades fonctionnelles sont présentes, la puberté peut être temporairement suspendue à l'aide d'analogues de l'hormone de libération de gonadotrophine (GnRH). Cette intervention peut faciliter le passage du temps nécessaire à la personne pour explorer l'identité de genre et participer activement à la désignation du sexe, en particulier pour les conditions dans lesquelles le changement de rôle sexuel est courant (c'est-à-dire chez les personnes élevées comme des femmes avec

déficit en 5 α -RD -2; Cocchetti, Ristori, Mazzoli et coll., 2020; Fisher, Castellini et coll., 2016).

Les professionnels de la santé peuvent conseiller directement les personnes et leur famille s'ils disposent d'une expertise suffisante et s'ils peuvent tirer parti de l'expertise nécessaire pour déterminer un traitement approprié pour la personne et la logistique nécessaire à la mise en œuvre de l'option thérapeutique choisie.

Énoncé 10.9

Nous recommandons que les professionnels de la santé conseillent aux parents et aux enfants intersexes (lorsqu'ils sont suffisamment développés sur le plan cognitif) de retarder la chirurgie génitale d'affirmation de genre, la chirurgie gonadique, ou les deux, afin d'optimiser l'autodétermination de l'enfant et sa capacité à participer à la décision sur la base d'un consentement éclairé (informé).

Les organisations internationales de défense des droits de la personne s'inquiètent de plus en plus du fait que les interventions chirurgicales pratiquées avant qu'un enfant puisse véritablement participer à la prise de décision peuvent mettre en péril les droits de l'enfant à l'autonomie, à l'autodétermination et à un avenir ouvert (p. ex. Human Rights Watch, 2017). De nombreuses organisations médicales et de défense des personnes intersexes ainsi que plusieurs pays ont rejoint ces groupes internationaux de défense des droits de la personne en recommandant de retarder l'intervention chirurgicale lorsque c'est médicalement possible (Dalke et coll., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Cependant, il est important de souligner que certaines variations anatomiques, telles que l'obstruction du flux urinaire ou l'exposition des organes pelviens, présentent un risque imminent pour la santé physique (Mouriquand et coll., 2016). D'autres situations, comme l'obstruction menstruelle ou le risque de tumeur maligne à long terme dans le cas de testicules non descendus, ont des conséquences physiques possibles. Un troisième groupe de variations, à savoir les variations de l'apparence des organes génitaux externes ou de la profondeur du vagin, ne présente aucun risque physique immédiat ou à long terme. La recommandation ci-dessus ne concerne que les variations anatomiques qui, si elles ne sont pas traitées, n'ont pas de conséquences physiques négatives immédiates et pour lesquelles le

report du traitement chirurgical ne présente pas de risque pour la santé physique.

Les soins chirurgicaux non urgents pour les personnes présentant ces variations sont complexes et souvent contestés, en particulier lorsqu'il s'agit d'un nourrisson ou d'un jeune enfant qui ne peut pas encore participer au processus de prise de décision. Des personnes intersexes plus âgées ont fait état de problèmes psychosociaux et de santé sexuelle, notamment de dépression, d'anxiété et de stigmatisation sexuelle et sociale (de Vries et coll., 2019; Rosenwohl-Mack et coll., 2020). Certaines études ont suggéré que les personnes présentant une variation particulière (p. ex. HCS 46,XX) sont d'accord pour que la chirurgie soit effectuée avant l'adolescence (Bennecke et coll., 2021). Des études récentes suggèrent que certain(e)s adolescent(e)s et adultes sont satisfaits de l'apparence et de la fonction des organes génitaux après la chirurgie infantile (Rapp et coll., 2021). Le fait que l'enfant ait des organes génitaux différents peut également devenir une source de stress pour les parents, et des recherches font état d'une corrélation entre la chirurgie visant à créer des organes génitaux binaires et une réduction limitée de la détresse parentale (Wolfe-Christensen et coll., 2017), bien qu'une minorité de parents disent regretter leur décision (Ellens et coll., 2017). Par conséquent, certaines organisations recommandent de proposer la chirurgie aux très jeunes enfants (American Urological Association, 2019; Pediatric Endocrine Society, 2020).

Cela montre la division dans le milieu médical en ce qui concerne les lignes directrices pour la prise en charge de la chirurgie génitale précoce. Les auteurs du présent chapitre ne sont pas non plus parvenus à un consensus complet. Certains spécialistes de l'intersexuation considèrent qu'il est potentiellement nuisible d'insister sur un report universel de la chirurgie génitale précoce pour les variations génitales ne présentant pas de risques médicaux immédiats. Les raisons qui soutiennent ce point de vue sont les suivantes : 1) les conditions intersexes sont très hétérogènes en ce qui concerne le type et la gravité ainsi que la structure gonadique, la fonction et le risque de malignité; 2) les sociétés et les familles varient énormément en ce qui concerne les normes de genre et le potentiel de stigmatisation de l'intersexuation; 3) une intervention chirurgicale précoce peut présenter

certaines avantages techniques; et 4) un examen des enquêtes menées auprès de personnes intersexes (dont la plupart avaient déjà subi une chirurgie génitale) montre que la majorité d'entre elles approuvent la chirurgie avant l'âge du consentement, en particulier dans le cas des personnes atteintes d'une HCS 46,XX et moins fortement pour les personnes intersexes XY (Meyer-Bahlburg, 2022). Les experts qui soutiennent ce point de vue préconisent une approche individualisée pour les décisions concernant la chirurgie génitale et à quel moment. Cette approche a été adoptée par des sociétés médicales ayant des taux élevés de spécialistes de l'intersexuation (Bangalore Krishna et coll., 2021; Pediatric Endocrine Society, 2020; Speiser et coll., 2018; Stark et coll., 2019) et par certaines organisations de soutien (CARES Foundation; Krege et coll., 2019).

Néanmoins, les études sur les résultats à long terme sont limitées et la plupart des études faisant état de résultats positifs ne comportent pas de groupe de comparaison n'ayant pas subi de chirurgie (Dalke, et coll., 2020; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Il n'y a pas non plus de données probantes prouvant que la chirurgie protège les enfants intersexes de la stigmatisation (Roen, 2019). Des adultes intersexes sont victimes de stigmatisation, de dépression et d'anxiété liées à leurs organes génitaux, mais ils peuvent également être victimes de stigmatisation, qu'ils aient ou non subi une intervention chirurgicale (Ediati et coll., 2017; Meyer-Bahlburg, Khuri et coll., 2017; Meyer-Bahlburg et coll., 2018). Il est également prouvé que les chirurgies peuvent entraîner des complications esthétiques, urinaires et sexuelles importantes qui se prolongent à l'âge adulte (Gong et Cheng, 2017; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020). Des études récentes suggèrent que certains groupes de personnes peuvent avoir des expériences particulièrement négatives avec la gonadectomie, bien que ce risque doive être évalué par rapport à celui d'une tumeur maligne des gonades (Duranteau et coll., 2020; Rapp et coll., 2021). Les personnes intersexes sont également beaucoup plus susceptibles que la population générale d'être transgenres, de présenter une diversité de genre ou de souffrir de dysphorie de genre (Almasri et coll., 2018; Pasterski et coll., 2015). Les chirurgies génitales pratiquées sur de jeunes enfants peuvent donc renforcer de façon irréversible une assignation sexuelle

binaire qui ne correspond pas à l'avenir de ces personnes. Ces conclusions, ainsi que les perspectives en matière de droits de la personne, soutiennent l'appel en faveur d'un report de la décision d'intervention chirurgicale jusqu'à ce que la personne puisse décider d'elle-même.

Il est urgent de réaliser des études systématiques de suivi à long terme afin de comparer les personnes présentant les mêmes conditions intersexes, qui diffèrent par l'âge auquel elles ont été opérées ou qui n'ont pas subi d'intervention chirurgicale, en ce qui concerne l'identité de genre, la santé mentale et la qualité de vie en général.

Énoncé 10.10

Nous recommandons que seuls les chirurgiens expérimentés en chirurgie génitale ou gonadique intersexue opèrent les personnes intersexes.

Les pathologies intersexes sont rares, et l'anatomie génitale et gonadique des personnes intersexes est hétérogène. Les interventions chirurgicales ont été associées à un risque de complications importantes à long terme (p. ex. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020), et la plupart des programmes de formation chirurgicale ne préparent pas les stagiaires à fournir ces soins spécialisés (Grimstad, Kremen et coll., 2021). En reconnaissance de la complexité des soins chirurgicaux tout au long de la vie, les normes produites par des experts et un consensus international recommandent que ces soins soient fournis par des équipes multidisciplinaires d'experts (Krege et coll., 2019; Lee, Nordenström et coll., 2016; Pediatric Endocrine Society, 2020). Par conséquent, nous conseillons de limiter les soins chirurgicaux à des structures multidisciplinaires spécialisées dans l'intersexuation et comprenant des chirurgiens ayant de l'expérience dans ce domaine.

Énoncé 10.11

Nous recommandons aux professionnels de la santé qui prescrivent ou orientent vers une hormonothérapie/chirurgie de conseiller les personnes intersexes ayant un potentiel de fertilité, ainsi que leur famille, sur a) les effets connus des hormonothérapies/chirurgies sur la fertilité future; b) les effets potentiels des thérapies qui ne sont pas bien étudiées et dont la réversibilité est inconnue; c)

les options de préservation de la fertilité; et d) les implications psychosociales de l'infertilité.

Certaines personnes présentant une condition intersexe peuvent avoir des organes génitaux fonctionnels sur le plan de la reproduction, mais être infertiles en raison d'un développement gonadique atypique. D'autres peuvent avoir des gonades fonctionnelles avec des cellules germinales viables, mais une incapacité à atteindre la fertilité naturelle en raison d'une incongruence des organes génitaux internes ou externes (van Batavia et Kolon, 2016). La suppression de la puberté, l'hormonothérapie à base de stéroïdes sexuels et les chirurgies d'affirmation de genre peuvent tous avoir un effet négatif sur la fertilité. Les conséquences potentielles du traitement et les options de préservation de la fertilité doivent donc être examinées et faire l'objet de discussions.

Les personnes dont les testicules fonctionnent doivent être informées qu'un traitement prolongé aux œstrogènes et une suppression de la testostérone, tels qu'étudiés chez les personnes TDG sans intersexuation, peuvent provoquer une atrophie testiculaire et une réduction du nombre de spermatozoïdes (Mattawanon et coll., 2018). Bien que l'interruption d'un tel traitement hormonal d'affirmation de genre puisse améliorer la qualité du sperme, une inversion complète de l'altération du sperme ne peut être garantie (Sermondade et coll., 2021). La principale option de préservation de la fertilité pour les personnes dont les testicules sont fonctionnels est la cryoconservation du sperme recueilli par masturbation ou stimulation vibratoire (de Roo et coll., 2016). Bien qu'il n'y ait pas de données sur la réussite chez l'humain, il existe une proposition visant à offrir l'extraction testiculaire directe et la cryoconservation du tissu testiculaire immature aux adolescent(e)s qui n'ont pas encore atteint la première éjaculation (Mattawanon et coll., 2018).

Les personnes dont les ovaires fonctionnent doivent être informées que la thérapie à la testostérone entraîne généralement la disparition des menstruations et de l'ovulation, souvent dans les quelques mois qui suivent le début du traitement. Les connaissances concernant les effets potentiels de la testostérone sur les ovocytes et la fertilité ultérieure sont très lacunaires. Chez les personnes transgenres, une étude a rapporté que le traitement à la testostérone peut être associé au

développement d'une morphologie ovarienne polykystique (Grynberg et coll., 2010). Cependant, d'autres chercheurs n'ont pas trouvé de preuves du syndrome des ovaires polykystiques chez les hommes transgenres recevant une hormonothérapie d'affirmation de genre sur la base de paramètres métaboliques (Chan et coll., 2018) ou histologiques (de Roo et coll., 2017). Les personnes dont l'utérus est intact et les ovaires fonctionnels peuvent retrouver leur potentiel de fertilité si le traitement à la testostérone est interrompu.

Les options de préservation de la fertilité chez les personnes post-pubères présentant une intersexuation et des ovaires fonctionnels comprennent la stimulation hormonale pour la cryoconservation d'ovocytes matures ou la cryoconservation de tissu ovarien. Par ailleurs, l'extraction d'ovocytes stimulés a été rapportée même chez un homme transgenre poursuivant une thérapie à la testostérone (Greenwald, 2021). De même, la cryoconservation d'ovocytes après stimulation ovarienne a été rapportée chez un garçon transgenre recevant un traitement par analogue de la GnRH (Rothenberg et coll., 2019). Il convient de noter que la stimulation ovarienne, l'arrêt temporaire des analogues de la GnRH, du traitement à base de testostérone, ou les deux, ainsi que les interventions gynécologiques, peuvent tous être psychologiquement pénibles pour les personnes, la réaction au stress étant influencée par la santé mentale, l'identité de genre et d'autres expériences médicales. L'applicabilité de certaines interventions peut dépendre du soutien d'autres personnes dans le réseau social de la personne, y compris de partenaires potentiels.

Énoncé 10.12

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui s'occupent de personnes intersexes ayant une infertilité congénitale leur présentent, ainsi qu'à leur famille, de façon précoce et progressive, les différentes options de rechange pour la parentalité.

Pour les personnes présentant des caractéristiques intersexes, la probabilité d'infertilité peut être reconnue dans la petite enfance, l'enfance, l'adolescence ainsi qu'à l'âge adulte, sans qu'il y ait eu au préalable de tentative de conception. Pour de nombreuses personnes, un diagnostic d'infertilité accompagne le diagnostic d'intersexuation (Jones, 2019). Pour certaines

personnes, la fécondation hétérologue assistée (p. ex. don d'ovocytes ou de sperme) peut être une option. Il existe de multiples voies d'adoption. Certaines peuvent nécessiter un engagement et un investissement considérable en temps. Les personnes qui ne souhaitent pas s'engager dans les efforts de fertilité décrits précédemment ou pour lesquelles la fertilité n'est pas possible peuvent bénéficier d'une exposition précoce

aux options de rechange disponibles en matière d'adoption et de parentalité. Bien que la transplantation d'utérus ait connu un succès préliminaire chez les personnes atteintes d'agénésie mullérienne (Richards et coll., 2021), il n'existe à ce jour aucun protocole permettant d'éviter d'exposer le fœtus en développement aux risques associés aux médicaments utilisés pour éviter le rejet de la greffe.

CHAPITRE 11 • MILIEUX INSTITUTIONNELS

Ce chapitre traite des soins aux personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG) qui résident dans des milieux institutionnels. Par définition, les milieux institutionnels sont des installations ou des établissements dans lesquels des personnes vivent et reçoivent des soins dans un cadre collectif ou en grand groupe, où les personnes peuvent ou non avoir la liberté de mouvement, et où elles peuvent ou non avoir droit au consentement individuel ou à l'autonomie. Les établissements carcéraux (établissements pénitentiaires, centres de détention pour immigrés, prisons, centres de détention pour mineurs) et non carcéraux (établissements de soins de longue durée, établissements psychiatriques, services de visites à domicile, hospices/soins palliatifs, résidences-services) sont des établissements résidentiels où l'accès aux soins de santé pour les personnes transgenres peut être assuré. La plupart des données probantes à l'appui d'une prise en charge adéquate des personnes TDG proviennent du milieu carcéral. Toutefois, les recommandations formulées ici s'appliquent à tous les établissements qui hébergent des personnes TDG, qu'ils soient carcéraux ou non (Porter et coll., 2016). Toutes les recommandations des Standards de soins (SDS) s'appliquent de la même manière aux personnes vivant dans les deux types d'établissements. Les personnes devraient avoir accès aux traitements médicalement nécessaires indépendamment de leur situation de logement au sein d'un établissement (Brown, 2009). Les soins prodigués à une personne institutionnalisée doivent tenir compte du fait qu'elle n'a pas la possibilité, comme les personnes non institutionnalisées, d'obtenir des soins par ses propres moyens. Pour cette raison, les personnes institutionnalisées doivent être soutenues pour pouvoir bénéficier des SDS établis par la WPATH.

Les personnes TDG résidant dans des établissements carcéraux signalent le manque d'accès aux soins de santé médicalement nécessaires propres aux personnes transgenres (voir le chapitre 2 – Applicabilité mondiale, énoncé 2.1), qui est leur principale préoccupation lorsqu'elles sont incarcérées (Brown, 2014; Emmer et coll., 2011). Les inégalités raciales systémiques inhérentes à de nombreux environnements carcéraux (Sawyer, 2020), les

disparités raciales dans les résultats de santé (Nowotny et coll., 2017) et la surreprésentation des personnes TDG de couleur dans certains établissements (Reisner et coll., 2014) ponctuent la nécessité pour les dirigeants des établissements de s'occuper des questions d'accès aux soins de transition. Des études contrôlées montrent des disparités cliniquement importantes en matière de santé physique et mentale pour les personnes transgenres ayant eu des démêlés avec la justice par rapport à des groupes appariés de personnes transgenres qui n'ont pas été incarcérées ou emprisonnées (Brown et Jones, 2015). Trop souvent, les organismes, les structures et le personnel qui fournissent des soins manquent de connaissances, de formation et de capacités pour s'occuper des personnes de la diversité de genre (Clark et coll., 2017). La discrimination à l'égard des résidents TDG dans les établissements de soins palliatifs, y compris les hospices, est fréquente, et les besoins des patients TDG ou de leurs accompagnants ont été ignorés dans ces établissements (Stein et coll., 2020). C'est l'une des raisons pour lesquelles les patients lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres (LGBT) peuvent choisir de cacher leur identité sexuelle et/ou de genre lorsqu'ils entrent dans une maison de retraite, même si, avant leur admission dans l'établissement, ils vivaient publiquement en tant que personne LGBT (Carroll, 2017; Serafin et coll., 2013).

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des données probantes, d'une évaluation des bénéfices et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas, nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les services peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables. La majorité de la littérature disponible relative aux établissements se concentre sur les personnes incarcérées dans des prisons ou d'autres milieux carcéraux. La littérature concernant d'autres types d'établissements a également été prise en compte et référencée lorsqu'elle était disponible. Nous espérons que de futures études permettront de remédier à ce manque relatif de données provenant d'établissements non carcéraux. Les recommandations résumées ci-dessous peuvent être généralisées à une variété de milieux institutionnels qui ont des

caractéristiques communes, notamment des périodes de séjour prolongées, la perte ou la limitation de l'autonomie, et la dépendance à l'égard du personnel de

l'établissement pour tout ou une partie des besoins essentiels de la vie.

Énoncés de recommandations

11.1 - Nous recommandons que les professionnels de la santé chargés de fournir des soins d'affirmation de genre aux personnes résidant dans des établissements (ou associées à des établissements ou à des organismes) reconnaissent que la liste complète des recommandations des SDS-8 s'applique également aux personnes vivant dans des établissements.

11.2 - Nous suggérons que les établissements dispensent à l'ensemble de leur personnel une formation sur la diversité de genre.

11.3 - Nous recommandons que les professionnels de la santé chargés de prescrire et d'assurer le suivi hormonal pour les personnes TDG vivant dans des établissements et qui ont besoin d'une hormonothérapie d'affirmation de genre le fassent sans retard injustifié et conformément aux SDS-8.

11.4 - Nous recommandons que le personnel et les professionnels chargés de fournir des soins de santé aux personnes TDG vivant dans des établissements recommandent et soutiennent les traitements chirurgicaux d'affirmation de genre conformément aux SDS-8 lorsque la personne le demande, sans retard injustifié.

11.5 - Nous recommandons que les administrateurs, les professionnels de la santé et toutes autres personnes travaillant dans des établissements chargés de s'occuper de personnes TDG permettent aux personnes qui demandent des vêtements et des articles de toilette appropriés d'obtenir ces articles conformes à leur expression de genre.

11.6 - Nous recommandons que l'ensemble du personnel de l'établissement s'adresse en tout temps aux personnes TDG par le prénom, les pronoms et les accords qu'elles ont choisis.

11.7 - Nous recommandons que les administrateurs d'établissements, les professionnels de la santé et les autres responsables chargés de prendre des décisions en matière d'hébergement pour les résidents TDG tiennent compte des préférences de la personne en matière d'hébergement, d'identité et d'expression de genre, de sécurité, plutôt que de se limiter à son anatomie ou à son sexe assigné à la naissance.

11.8 - Nous recommandons que le personnel de l'établissement applique des politiques d'hébergement qui garantissent la sécurité des résidents TDG sans les séparer ou les isoler.

11.9 - Nous recommandons que le personnel de l'établissement permette aux résidents TDG d'utiliser en privé les douches et les toilettes sur demande.

Énoncé 11.1

Nous recommandons que les professionnels de la santé chargés de fournir des soins d'affirmation de genre aux personnes résidant dans des établissements (ou associées à des établissements ou à des organismes) reconnaissent que la liste complète des recommandations des SDS-8 s'applique également aux personnes vivant dans des établissements.

Tout comme les personnes vivant dans des établissements ont besoin de soins de santé mentale et médicale généraux et spécialisés et les méritent, nous reconnaissons que les personnes TDG se trouvent dans ces institutions et ont donc besoin de soins propres aux préoccupations des personnes TDG. Nous recommandons l'application des SDS aux personnes vivant dans des établissements en tant que principes de base des soins de santé et de l'éthique (Beauchamp et Childress, 2019; Pope et Vasquez, 2016). En outre, de nombreux tribunaux confirment depuis longtemps la nécessité de fournir aux personnes vivant en établissement des soins tenant compte des besoins des personnes TDG et axés sur les SDS de la WPATH (p. ex. Koselik v. Massachusetts, 2002; Edmo v. Idaho

Department of Corrections, 2020). Les organismes qui fournissent du personnel pour des services à domicile à long terme doivent également être conscients de l'applicabilité des SDS.

Énoncé 11.2

Nous suggérons que les établissements dispensent à l'ensemble de leur personnel une formation sur la diversité de genre.

Étant donné que les soins aux personnes TDG ne concernent qu'un faible pourcentage de la population, ils nécessitent une formation spécialisée telle que décrite dans la version 8 des SDS. Bien que le niveau de formation varie en fonction du rôle du membre du personnel au sein de l'établissement, tous les membres du personnel doivent être formés à s'adresser aux résidents de manière appropriée, tandis que d'autres membres du personnel clinique peuvent avoir besoin d'une formation ou d'une consultation plus intensives. Ces recommandations en matière de formation s'appliquent également aux organismes qui fournissent du personnel pour les soins de longue durée à domicile. Le mégenrage des résidents institutionnalisés, leur interdire d'avoir des vêtements, des douches ou des

logements adaptés à leur genre et ne pas utiliser les prénoms qu'ils ont choisis, traduit un manque de respect pour les résidents TDG qui peuvent ressentir des indignités répétées comme émotionnellement traumatisantes, déprimantes et génératrices d'anxiété. En offrant à l'ensemble du personnel de l'établissement une formation sur la diversité de genre et des compétences de base en matière de soins de santé transgenre, il est possible de prévenir ces préjudices (Hafford-Letchfield et coll., 2017). Des enquêtes indiquent que les personnes travaillant auprès de personnes incarcérées ainsi que celles travaillant dans des environnements non carcéraux comme les soins palliatifs présentent d'importantes lacunes en matière de connaissances (Stein et coll., 2020; White et coll., 2016). Hafford-Letchfield et coll. (2017) ont montré que la formation du personnel des établissements de soins de longue durée était bénéfique lorsqu'elle commençait par « la reconnaissance des problèmes des personnes LGBT » et qu'elle se déroulait dans des « maisons de soins ». Si les professionnels de soins de santé désignés ne disposent pas de l'expertise nécessaire pour évaluer ou traiter les personnes de la diversité de genre dont ils ont la charge, il convient de consulter à l'externe des professionnels ayant une expertise dans la prestation de soins de santé d'affirmation de genre (Brömdal et coll., 2019; Sevelius et Jenness, 2017).

Énoncé 11.3

Nous recommandons que les professionnels de la santé chargés de prescrire et d'assurer le suivi hormonal pour les personnes TDG vivant dans des établissements et qui ont besoin d'une hormonothérapie d'affirmation de genre le fassent sans retard injustifié et conformément aux SDS-8.

Les personnes TDG peuvent être admises dans des établissements en ayant besoin d'une évaluation pour des soins hormonaux d'affirmation de genre ou peuvent développer ce besoin après y avoir résidé pendant une période plus ou moins longue. Il n'est pas rare que les personnes TDG se voient refuser l'accès aux soins hormonaux pendant des mois ou des années après avoir fait connaître leurs besoins, ou qu'elles reçoivent un traitement insuffisant et soient mal suivies, ce qui retarde le dosage nécessaire des médicaments pour qu'ils soient sûrs et efficaces (Keohane, 2018; Kosilek

v. Massachusetts, 2002; Monroe v. Baldwin et coll., 2019). Cela peut avoir d'importantes conséquences négatives sur la santé mentale, notamment la dépression, l'anxiété, la suicidalité et les risques d'autotraitement chirurgical (Brown, 2010). Comme pour tous les soins de santé médicalement nécessaires, l'accès aux hormonothérapies d'affirmation de genre devrait être offert en temps opportun lorsqu'il est indiqué pour un résident TDG, dans les milieux institutionnels carcéraux et non carcéraux. Les professionnels de la santé doivent doser les hormones de façon appropriée sur la base des résultats de laboratoire et des résultats cliniques afin de s'assurer que les résultats se situent dans la fourchette des normes recommandées dans le domaine de l'endocrinologie. Ces analyses doivent être effectuées à une fréquence telle qu'elles ne retardent pas le dosage approprié.

Les personnes âgées TDG vivant dans des établissements de soins de longue durée ont des besoins uniques (Boyd, 2019; Caroll, 2017; Porter, 2016). Lorsque des personnes âgées demandent un traitement hormonal, les médecins doivent évaluer les affections préexistantes, mais il est rare que ces affections contre-indiquent absolument l'administration d'hormones dans cette population (Ettner, 2013). Les personnes présentant une incongruence de genre dans les institutions peuvent également souffrir de troubles mentaux coexistants (Brown et Jones, 2015; Cole et coll., 1997). Ces troubles doivent être évalués et traités de manière appropriée dans le cadre de l'évaluation globale. Les personnes recevant des hormones doivent faire l'objet d'un suivi médical étroit afin d'éviter les interactions médicamenteuses potentielles et la polypharmacie (Hembree et coll., 2017).

Les personnes TDG qui entrent dans un établissement sous un régime approprié d'hormonothérapie d'affirmation de genre doivent continuer à suivre les mêmes thérapies ou des thérapies similaires et être suivies conformément à la version 8 des SDS. Une approche de type « plan figé » est inappropriée et dangereuse (Kosilek v. Massachusetts, 2002). L'approche « plan figé » est une pratique dépassée qui consiste à refuser les hormones aux personnes qui n'en prennent pas déjà ou à maintenir les personnes TDG à la même dose d'hormones tout au long de leur institutionnalisation que celle qu'elles recevaient lors de leur admission, même si cette dose

était une dose d'initiation (faible). Les personnes TDG qui sont jugées aptes à bénéficier d'une nouvelle hormonothérapie d'affirmation de genre devraient commencer cette thérapie comme elles le feraient en dehors d'une institution (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO, 7 juin 2010]; Brown 2009). Les conséquences de l'arrêt brutal des hormones ou de l'absence d'initiation d'une hormonothérapie lorsque cela est médicalement nécessaire comprennent une probabilité importante de résultats négatifs (Brown, 2010; Sundstrom et Fields v. Frank, 2011), tels que l'autotraitement chirurgical par autocastration, l'humeur dépressive, l'augmentation de la dysphorie de genre, et/ou la suicidalité (Brown, 2010; Maruri, 2011).

Si une personne placée dans une institution reçoit des hormones ou des chirurgies d'affirmation de genre, les décisions concernant l'hébergement dans des installations séparées par genre peuvent devoir être réévaluées pour la sécurité et le bien-être de la personne TDG (Ministry of Justice [Royaume-Uni], 2016).

Énoncé 11.4

Nous recommandons que le personnel et les professionnels chargés de fournir des soins de santé aux personnes TDG vivant dans des établissements recommandent et soutiennent les traitements chirurgicaux d'affirmation de genre conformément aux SDS-8 lorsque la personne le demande, sans retard injustifié.

Les personnes TDG souffrant de dysphorie de genre devraient bénéficier d'un plan de traitement approprié pour recevoir des traitements chirurgicaux médicalement nécessaires qui contiennent des éléments similaires à ceux fournis aux personnes résidant en dehors des institutions (Adams v. Federal Bureau of Prisons, No. 09-10272 [D. MO, 7 juin 2010]; Brown 2009; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Les conséquences du refus ou du manque d'accès aux interventions chirurgicales d'affirmation de genre pour les résidents d'établissements qui ne peuvent accéder à de tels soins en dehors de leur établissement peuvent être graves, comme une aggravation substantielle des symptômes de dysphorie de genre, la dépression, l'anxiété, la suicidalité et la possibilité d'un autotraitement chirurgical (p. ex. autocastration ou autopenectomie; Brown, 2010; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Maruri,

2011). Il n'est pas rare que des résidents se voient refuser l'accès à une évaluation en vue d'une chirurgie d'affirmation de genre, ainsi que le traitement lui-même, même s'il est médicalement nécessaire (Kosilek v. Massachusetts/Dennehy, 2012; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020). Le refus des évaluations médicalement nécessaires pour la prestation de traitements chirurgicaux d'affirmation de genre et de soins postopératoires nécessaires est inapproprié et incompatible avec les présents Standards de soins.

Énoncé 11.5

Nous recommandons que les administrateurs, les professionnels de la santé et toutes autres personnes travaillant dans des établissements chargés de s'occuper de personnes TDG permettent aux personnes qui demandent des vêtements et des articles de toilette appropriés d'obtenir ces articles conformes à leur expression de genre.

L'expression de genre fait référence aux personnes qui ont des coiffures, des produits cosmétiques, des vêtements, des prénoms, des pronoms et des accords associés à leur identité de genre dans leur culture ou leur communauté (American Psychological Association, 2015; Hembree et coll., 2017). L'expression de genre est la norme pour la plupart des personnes au sein d'une culture ou d'une communauté. La transition sociale est le processus par lequel les personnes TDG commencent et continuent à exprimer leur identité de genre de manière authentique et socialement perceptible. Souvent, la transition sociale implique un comportement et une présentation publique qui diffèrent de ce que l'on attend habituellement des personnes auxquelles on a attribué un marqueur de genre légal donné à la naissance. Un marqueur de genre est l'étiquette légale du sexe d'une personne qui est généralement assigné ou désigné à la naissance sur des documents officiels (American Psychological Association, 2015). Le plus souvent, on consigne cette information au moyen de la mention « homme » ou « femme », mais aussi « intersexe » ou « X » dans certains pays et circonscriptions. Les personnes TDG ont les mêmes droits à l'expression de genre que les personnes cisgenres vivant à l'extérieur et à l'intérieur des milieux institutionnels. L'acceptation de la transition sociale par le personnel reflète également un

ton de respect et d'affirmation qui peut renforcer le respect et l'affirmation des autres personnes résidant dans l'établissement, ce qui augmente la sécurité et réduit certains aspects de l'incongruence de genre.

La recherche indique que la transition sociale et l'expression congruente du genre ont un effet bénéfique important sur la santé mentale des personnes TDG (Bockting et Coleman, 2007; Boedecker, 2018; Devor, 2004; Glynn et coll., 2016; Russell et coll., 2018). Pour permettre l'expression de l'identité de genre, les recommandations comprennent l'autorisation de porter des vêtements et des coiffures conformes au genre, d'obtenir et d'utiliser des produits d'hygiène et de toilette adaptés au genre, d'être appelé par un prénom de son choix ou un nom de famille légal (même s'il n'est pas encore possible de changer légalement le prénom attribué), et d'être appelé par un pronom conforme à son identité. Ces éléments d'expression de genre et de transition sociale, individuellement ou collectivement selon les besoins de la personne, réduisent la dysphorie/l'incongruence de genre, la dépression, l'anxiété, les idées et comportements d'automutilation et les idées et tentatives suicidaires (Russell et coll., 2018). En outre, ces éléments de l'expression congruente du genre améliorent le bien-être et le fonctionnement (Glynn et coll., 2016).

Énoncé 11.6

Nous recommandons que l'ensemble du personnel de l'établissement s'adresse en tout temps aux personnes TDG par le prénom, les pronoms et les accords qu'elles ont choisis.

Étant donné qu'un pourcentage croissant de personnes s'identifient ouvertement comme étant de la diversité de genre, il est nécessaire d'élaborer et de mettre en œuvre des pratiques et des politiques qui répondent aux besoins de ces personnes, quel que soit leur lieu de résidence (McCauley et coll., 2017). Par exemple, les établissements devraient utiliser des systèmes de dossiers médicaux et administratifs pour leurs résidents qui permettent de suivre les marqueurs de genre correspondant à l'identité de genre et pas seulement au sexe assigné à la naissance. Lors de l'élaboration des recommandations, il a été reconnu que l'ouverture au genre peut remettre en cause certaines normes institutionnelles dans les pays où vivent les personnes TDG. Cependant, tous les établissements ont

la responsabilité d'assurer la sécurité et le bien-être de toutes les personnes qui y vivent (Australie, 2015; Corrective Services New South Wales, 2015; Edmo v. Idaho Department of Corrections, 2020; Kosilek v. Massachusetts, 2002; NCCHC, 2015). Sevelius et ses collègues (2020) ont démontré que l'utilisation des pronoms justes sert d'affirmation de genre pour les femmes transgenres et est corrélé avec des résultats positifs en matière de santé mentale et de VIH. Si le résident d'un établissement a légalement changé de prénom, les dossiers de l'établissement doivent être modifiés pour refléter ces changements.

Énoncé 11.7

Nous recommandons que les administrateurs d'établissements, les professionnels de la santé et les autres responsables chargés de prendre des décisions en matière d'hébergement pour les résidents TDG tiennent compte des préférences de la personne en matière d'hébergement, d'identité et d'expression de genre, de sécurité, plutôt que de se limiter à son anatomie ou à son sexe assigné à la naissance.

La séparation des personnes en fonction du sexe assigné à la naissance, une politique presque universellement mise en œuvre dans les établissements (Brown et McDuffie, 2009; Routh et coll., 2017), peut créer un environnement intrinsèquement dangereux (Ledesma et Ford, 2020). Les personnes de la diversité de genre sont extrêmement vulnérables à la stigmatisation, à la victimisation, à la négligence, à la violence et aux agressions sexuelles (Banbury, 2004; Beck, 2014; Jenness et Fenstermaker, 2016; Malkin et DeJong, 2018; Oparah, 2012; Stein et coll., 2020). Cette rigidité systémique fondée sur la ségrégation sexuelle ne permet souvent pas d'assurer la sécurité des personnes TDG et peut entraver l'accès à des soins d'affirmation de genre (Stohr, 2015). Par conséquent, les établissements devraient suivre des procédures qui évaluent régulièrement les besoins et les préférences des détenus TDG en matière d'hébergement (p. ex. Federal Bureau of Prisons, 2016). De même, la *Prison Rape Elimination Act* cite précisément les personnes TDG comme une population vulnérable et demande aux prisons de l'ensemble des États-Unis de prendre en compte les préférences de ces détenus en matière d'hébergement (Bureau of Justice Assistance, 2017).

Énoncé 11.8

Nous recommandons que le personnel de l'établissement applique des politiques d'hébergement qui garantissent la sécurité des résidents TDG sans les séparer ou les isoler.

Le placement d'un résident TDG sur la seule base de son anatomie génitale ou du sexe qui lui a été assigné à la naissance est malavisé et expose ces personnes à un risque de préjudice physique et/ou psychologique (Scott, 2013; Simopoulos et Khin, 2014; Yona et Katri, 2020). Il est bien établi qu'en milieu carcéral, les personnes transgenres sont bien plus susceptibles que les autres détenus d'être harcelées sexuellement, agressées, ou les deux (James et coll., 2016; Jenness et Fenstermaker, 2016; Malkin et DeJong, 2019). Si les décisions de placement doivent tenir compte des questions de sécurité, les décisions communes tenant compte de l'avis de la personne doivent être prises au cas par cas (Federal Bureau of Prisons, 2016; Jenness et Smyth, 2011). Certaines femmes transgenres préfèrent résider dans un établissement pour hommes, tandis que d'autres se sentent plus en sécurité dans un établissement pour femmes. Étant donné le degré d'hétérogénéité de l'éventail des identités et des expressions de genre et des statuts de transition parmi les personnes de la diversité de genre, des processus décisionnels flexibles sont nécessaires pour assurer la sécurité des résidents (Yona et Katri, 2020). L'une des craintes des personnes âgées LGBT vivant dans un établissement de soins de longue durée est d'être maltraitées par leurs compagnons de chambre (Jablonski et coll., 2013). Par conséquent, les maisons de retraite et les centres d'aide à la vie autonome devraient envisager d'attribuer des chambres aux personnes âgées en fonction de leur genre auto-identifié, sans tenir compte de l'assignation à la naissance ou des antécédents chirurgicaux, et en collaboration avec le patient TDG.

L'isolement cellulaire, parfois appelé isolement préventif dans les établissements carcéraux, désigne l'isolement physique de personnes pendant lequel elles sont confinées dans leur cellule pendant environ vingt-trois heures par jour. L'isolement est utilisé dans certains établissements carcéraux comme mesure disciplinaire et comme moyen de protéger les détenus qui sont considérés comme un risque pour eux-mêmes ou pour autrui ou qui risquent d'être victimes

d'agressions sexuelles de la part d'autres détenus. Toutefois, l'isolement des détenus pour des raisons de sécurité, s'il est nécessaire, doit être bref, car il peut causer de graves dommages psychologiques et des perturbations flagrantes du fonctionnement (Ahalt et coll., 2017; Scharff Smith, 2006). Les organisations nationales chargées d'établir les standards des milieux carcéraux ainsi que les Nations Unies considèrent l'isolement de plus de 15 jours comme de la torture (NCCHC, 2016; United Nations, 2015).

Énoncé 11.9

Nous recommandons que le personnel de l'établissement permette aux résidents TDG d'utiliser en privé les douches et les toilettes sur demande.

La nécessité et l'importance de la protection de la vie privée sont universelles, quelle que soit l'identité de genre. Des personnes TDG déclarent éviter les toilettes publiques, limiter leur consommation de nourriture et de boisson pour ne pas avoir à utiliser une installation publique, ce qui entraîne souvent des infections des voies urinaires et des problèmes rénaux (James et coll., 2016). Les personnes TDG placées en établissement sont souvent privées d'intimité dans les salles de bain et les douches, ce qui peut entraîner des dommages psychologiques et/ou des abus physiques et sexuels (Bartels et Lynch, 2017; Brown, 2014; Cook-Daniels, 2016; Mann, 2006). De même, en milieu carcéral, les fouilles sommaires, les fouilles à nu et les examens des cavités corporelles devraient être effectués par des membres du personnel du même sexe, étant entendu que cela peut être impossible dans des situations d'extrême urgence. Il faut éviter que d'autres employés assistent de façon fortuite aux fouilles (Bureau of Justice Assistance, 2017). L'utilisation privée des douches et des toilettes pour les personnes transgenres incarcérées est également exigée par certaines lois, notamment la loi fédérale *Prison Rape Elimination Act* aux États-Unis.

Le nombre de personnes TDG vieillissantes/âgées qui ont besoin d'être prises en charge par les établissements augmente (Carroll, 2017; Witten et Eyler, 2016). De nombreux établissements de soins de longue durée et autres établissements répondant aux besoins des personnes âgées doivent prendre en considération les besoins de leurs résidents non

cisgenres (Ettner, 2016; Ettner et Wiley, 2016). Des enquêtes menées auprès de professionnels de la santé travaillant auprès de personnes âgées dans des établissements de soins palliatifs et d'autres établissements de soins de longue durée indiquent que les patients qui s'identifient comme TDG ne voient souvent pas leurs besoins fondamentaux satisfaits, sont victimes de discrimination dans l'accès aux soins médicaux ou sont victimes de violences physiques et/ou émotionnelles (Stein et coll., 2020). Une enquête menée

auprès de professionnels de soins de retraite et de soins résidentiels en Australie a révélé une faible expérience ou une faible compréhension concernant les problèmes auxquels est confrontée cette population. En effet, de nombreux résidents TDG âgés ont admis avoir dissimulé leur identité de genre, par crainte d'un traitement insensible ou d'une franche discrimination (Cartwright et coll., 2012; Cook-Daniels, 2016; Grant et coll., 2012; Horner et coll., 2012; Orel et Fruhauf, 2015).

CHAPITRE 12 · HORMONOTHÉRAPIE

Les personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG) peuvent avoir besoin d'une hormonothérapie d'affirmation de genre médicalement nécessaire pour obtenir des changements conformes à leurs objectifs d'image, à leur identité de genre ou aux deux (voir l'énoncé relatif à la nécessité médicale au chapitre 2 – Applicabilité mondiale, énoncé 2.1). Le présent chapitre décrit les recommandations en matière d'hormonothérapie pour les adultes et les adolescent(e)s TDG. Veuillez vous reporter au chapitre 5 – Évaluation des adultes et au chapitre 6 – Adolescent(e)s pour les critères d'évaluation relatifs à l'instauration d'une hormonothérapie pour les adultes et les adolescent(e)s, respectivement. Un résumé des recommandations et des critères d'évaluation figure à l'[annexe D](#).

Depuis la publication des premiers Standards de soins (SDS) de la WPATH en 1979 et dans les mises à jour ultérieures des SDS, y compris la version 7, l'hormonothérapie d'affirmation de genre a été acceptée comme médicalement nécessaire (Coleman et coll., 2012). La WPATH a approuvé les lignes directrices de l'Endocrine Society sur l'hormonothérapie d'affirmation de genre pour les personnes TDG en 2009 et 2017 (Hembree et coll., 2009; Hembree et coll., 2017). La European Society for Sexual Medicine a également publié un énoncé de position sur la gestion hormonale chez les adolescent(e)s et les adultes TDG (T'Sjoen et coll., 2020). Lorsqu'elle est pratiquée sous supervision médicale, l'hormonothérapie d'affirmation de genre chez les adultes est sécuritaire (Tangpricha et den Heijer, 2017; Safer et Tangpricha, 2019). Cependant, il existe certains risques à long terme, et un suivi et un dépistage attentifs sont nécessaires pour réduire les effets indésirables (Hembree et coll., 2017; Rosenthal, 2021).

En général, l'objectif consiste à cibler des taux sériques des stéroïdes sexuels pour qu'ils correspondent aux niveaux associés à l'identité de genre de la personne, bien que des fourchettes cibles optimales n'aient pas été établies (Hembree et coll., 2017). Les professionnels de la santé peuvent utiliser les taux sériques de testostérone ou d'œstradiol pour surveiller la plupart des traitements aux stéroïdes sexuels.

Cependant, l'utilisation d'œstrogènes conjugués ou d'œstrogènes synthétiques ne peut pas être contrôlée. L'hypothèse selon laquelle le rapport œstrone/œstradiol devrait être surveillé n'a pas été confirmée par une étude de cohorte récente, car il n'y avait pas de relation entre la concentration d'œstrone et l'évolution de la graisse corporelle ou du développement mammaire observé dans une cohorte européenne de 212 femmes transgenres adultes au cours d'un suivi d'un an du traitement hormonal (Tebbens et coll., 2021). Cette étude a démontré que des concentrations plus élevées d'œstrone ou des rapports œstrone/œstradiol plus élevés ne sont pas associés à des effets antagonistes sur la féminisation (pourcentage de graisse et développement des seins) (Tebbens et coll., 2021). Par conséquent, la surveillance du rapport œstrone/œstradiol n'est pas étayée par les données publiées actuelles. Les œstrogènes conjugués utilisés auparavant ont été abandonnés au profit des œstrogènes bioéquivalents. Même si plusieurs études ont montré que le risque de complications thromboemboliques et cardiovasculaires est significativement plus élevé avec l'utilisation d'œstrogènes conjugués oraux qu'avec l'œstradiol oral chez les femmes ménopausées, aucun essai contrôlé randomisé n'a été réalisé, que ce soit chez les femmes postménopausées ou chez les personnes transgenres sous traitement œstrogénique (Smith et coll., 2014).

L'approche de l'hormonothérapie d'affirmation de genre diffère et dépend du stade de développement de la personne au moment de l'initiation de l'hormonothérapie ainsi que de ses objectifs de traitement. L'hormonothérapie n'est pas recommandée pour les enfants qui n'ont pas commencé leur puberté endogène. Chez les jeunes admissibles (voir le chapitre 6 – Adolescent(e)s) qui ont atteint les premiers stades de la puberté, l'objectif est généralement de retarder la progression de la puberté à l'aide d'agonistes de la GnRH jusqu'à ce que le moment soit venu d'introduire l'hormonothérapie d'affirmation de genre. Dans ces cas, la suppression de la puberté est considérée comme médicalement nécessaire. Les adultes admissibles peuvent entamer une hormonothérapie d'affirmation de genre s'ils remplissent les critères énoncés au chapitre 5 – Évaluation des adultes. En outre, les professionnels de soins de santé doivent discuter des objectifs de fertilité

et des procédures de préservation de la fertilité avant d'entamer un traitement hormonal d'affirmation de genre. Voir le chapitre 16 – Santé reproductive.

Le traitement hormonal d'affirmation de genre avec des objectifs de corporéité féminine se compose typiquement d'œstrogènes et d'un médicament abaissant les androgènes (Hembree et coll., 2017). Bien qu'il existe des rapports isolés sur l'utilisation de la progestérone pour le développement des seins et la gestion de l'humeur, il n'y a actuellement pas suffisamment de données probantes montrant que les avantages potentiels de l'administration de progestérone l'emportent sur les risques (Iwamoto, T'Sjoen et coll., 2019). L'hormonothérapie d'affirmation de genre masculinisante consiste généralement en de la testostérone. La WPATH et l'Endocrine Society recommandent toutes deux de surveiller les niveaux d'hormones sexuelles. Bien que l'hormonothérapie d'affirmation de genre soit personnalisée pour répondre aux besoins individuels de la personne TDG, les niveaux d'hormones sont généralement maintenus à une concentration suffisante pour favoriser une bonne santé osseuse et sont non supraphysiologiques (Hembree et coll., 2017; Rosen et coll., 2019).

Dans la plupart des cas, l'hormonothérapie d'affirmation de genre est maintenue tout au long de la vie. On ne sait pas si les doses d'hormonothérapie d'affirmation de genre doivent être réduites chez les personnes âgées TDG. L'arrêt de l'hormonothérapie entraînera possiblement une perte osseuse chez les personnes TDG et assurément chez les personnes dont les gonades ont été enlevées (Wiepjes et coll., 2020). Les soins primaires de routine doivent également être dispensés (voir le chapitre 15 – Soins primaires). Des études épidémiologiques ont fait état d'une incidence accrue de maladies cardiovasculaires et de thromboembolie veineuse (TEV) chez les personnes TDG recevant des œstrogènes, plus particulièrement chez les personnes plus âgées et avec différentes préparations d'hormonothérapie d'affirmation de genre (Irwig, 2018; Maraka et coll., 2017). Les personnes TDG traitées à la testostérone peuvent également présenter des risques et des événements cardiovasculaires indésirables accrus, tels qu'une augmentation des infarctus du myocarde et de la

pression artérielle, une diminution du cholestérol à lipoprotéines de haute densité (HDL) et un excès de poids (Alzahrani et coll., 2019; Irwig, 2018; Kyinn et coll., 2021). Les professionnels de la santé doivent discuter du mode de vie et du traitement pharmacologique avec les patients qui présentent le risque le plus élevé de développer une maladie cardiovasculaire (voir le chapitre 15 – Soins primaires). La polycythémie est un autre trouble qui peut se manifester chez les personnes TDG qui prennent de la testostérone (Antun et coll., 2020). Il est donc important de surveiller en permanence l'apparition de problèmes susceptibles d'être exacerbés par l'hormonothérapie d'affirmation de genre tout au long de la vie (Hembree et coll., 2017).

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des données probantes, d'une évaluation des bénéfices et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas, nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les services peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables.

Hormonothérapie d'affirmation de genre chez les jeunes

Les sections suivantes traitent de l'hormonothérapie chez les jeunes TDG. En fonction du stade de développement du jeune, l'hormonothérapie comprend généralement deux phases, à savoir la suppression de la puberté suivie de l'ajout d'une hormonothérapie d'affirmation de genre. Au cours de la première phase, le développement pubertaire est interrompu pour permettre au jeune d'explorer son identité de genre et ses objectifs d'image afin de se préparer à la phase suivante, qui peut comprendre l'hormonothérapie d'affirmation de genre. La présente section aborde les recommandations relatives à l'utilisation des agonistes de la GnRH ainsi que d'autres approches de la suppression de la puberté, qui seront suivies de recommandations pour le traitement hormonal d'affirmation de genre. Les sections applicables aux jeunes et aux adultes sont présentées dans la section suivante.

Énoncés de recommandations

12.1 - Nous recommandons que les professionnels de la santé commencent la suppression hormonale de la puberté chez les adolescent(e)s TDG admissibles* dès qu'ils présentent les premiers changements physiques de la puberté (stade 2 de la classification de Tanner).

12.2 - Nous recommandons que les professionnels de la santé utilisent des agonistes de l'hormone de libération des gonadotrophines (GnRH) pour obtenir une suppression des hormones sexuelles endogènes chez les personnes TDG admissibles* pour lesquelles un blocage de la puberté est indiqué.

12.3 - Nous suggérons que les professionnels de la santé prescrivent des progestatifs (dépôt oral ou injectable) pour la suspension pubertaire chez les jeunes TDG admissibles* lorsque les agonistes de la GnRH ne sont pas disponibles ou sont trop coûteux.

12.4 - Nous suggérons que les professionnels de la santé prescrivent des agonistes de la GnRH pour la suppression des stéroïdes sexuels sans substitution hormonale concomitante des stéroïdes sexuels chez les adolescent(e)s TDG admissibles* qui recherchent une telle intervention et qui sont bien engagés dans le développement pubertaire ou l'ont achevé (après le stade 3 de la classification de Tanner), mais qui ne sont pas certains de vouloir commencer une hormonothérapie aux stéroïdes sexuels ou qui ne le souhaitent pas.

12.5 - Nous recommandons que les professionnels de la santé prescrivent des traitements aux hormones sexuelles dans le cadre d'un traitement d'affirmation de genre pour les adolescent(e)s TDG admissibles* qui sont au moins au stade 2 de la classification de Tanner, avec la participation des parents ou des accompagnants, à moins que leur participation ne soit jugée préjudiciable ou sans utilité pour l'adolescent(e).

12.6 - Nous recommandons que les professionnels de la santé mesurent les taux d'hormones pendant le traitement d'affirmation de genre pour s'assurer que les stéroïdes sexuels endogènes sont réduits et que les stéroïdes sexuels administrés sont maintenus à des taux appropriés pour les objectifs de traitement des personnes TDG, en fonction du stade de la classification de Tanner.

12.7 - Nous recommandons que les professionnels de la santé prescrivent des progestatifs ou un agoniste de la GnRH aux adolescent(e)s TDG admissibles* ayant un utérus pour réduire la dysphorie causée par leur cycle menstruel lorsque l'utilisation de la testostérone pour affirmer le genre n'est pas encore indiquée.

12.8 - Nous recommandons que les professionnels de soins de santé fassent participer des professionnels de plusieurs disciplines qui sont des experts de la santé transgenre et de la gestion des soins requis pour les adolescent(e)s TDG.

12.9 - Nous recommandons que les professionnels de la santé mettent en place des évaluations cliniques régulières pour détecter les changements physiques et les réactions indésirables potentielles aux hormones stéroïdes sexuelles, y compris une surveillance en laboratoire des hormones stéroïdes sexuelles tous les trois mois pendant la première année de l'hormonothérapie ou avec des changements de dose jusqu'à ce qu'une dose adulte stable soit atteinte, suivie par des examens cliniques et en laboratoire une ou deux fois par an une fois qu'une dose d'entretien adulte a été atteinte.

12.10 - Nous recommandons que les professionnels de la santé informent et conseillent toutes les personnes cherchant un traitement médical d'affirmation de genre au sujet des options disponibles pour la préservation de la fertilité avant d'initier la suppression de la puberté et avant de traiter au moyen d'une hormonothérapie.

12.11 - Nous recommandons que les professionnels de la santé évaluent et abordent les problèmes de santé qui peuvent être exacerbés par la baisse des concentrations d'hormones sexuelles endogènes et le traitement par hormones sexuelles exogènes avant de commencer le traitement des personnes TDG.

12.12 - Nous recommandons que les professionnels de la santé informent les personnes TDG qui suivent un traitement d'affirmation de genre de l'apparition et de l'évolution des changements physiques induits par le traitement hormonal sexuel.

12.13 - Nous recommandons que les professionnels de la santé ne prescrivent pas l'éthinylestradiol aux personnes TDG dans le cadre d'une hormonothérapie d'affirmation de genre.

12.14 - Nous suggérons que les professionnels de la santé prescrivent des œstrogènes transdermiques aux personnes TDG admissibles* qui présentent un risque accru de thromboembolie veineuse parce qu'elles ont plus de 45 ans ou ont des antécédents de thromboembolie veineuse, lorsqu'un traitement aux œstrogènes d'affirmation de genre est recommandé.

12.15 - Nous suggérons que les professionnels de la santé ne prescrivent pas d'œstrogènes conjugués aux personnes TDG lorsque l'œstradiol est disponible dans le cadre d'une hormonothérapie d'affirmation de genre.

12.16 - Nous recommandons que les professionnels de la santé prescrivent des médicaments réduisant la testostérone (acétate de cyprotérone, spironolactone ou agonistes de la GnRH) aux personnes TDG admissibles* ayant des testicules et prenant des œstrogènes dans le cadre d'un plan de traitement hormonal, si l'objectif de la personne consiste à se rapprocher des concentrations d'hormones sexuelles circulantes chez les femmes cisgenres.

12.17 - Nous recommandons que les professionnels de la santé surveillent l'hématocrite (ou le taux d'hémoglobine) chez les personnes TDG traitées à la testostérone.

12.18 - Nous suggérons que les professionnels de la santé collaborent avec les chirurgiens en ce qui concerne l'utilisation d'hormones avant et après la chirurgie d'affirmation de genre.

12.19 - Nous suggérons que les professionnels de la santé conseillent les personnes TDG au sujet des différentes options disponibles pour la chirurgie d'affirmation de genre, à moins que la chirurgie ne soit pas indiquée ou qu'elle soit médicalement contre-indiquée.

12.20 - Nous recommandons que les professionnels de la santé initient et poursuivent une hormonothérapie d'affirmation de genre pour les personnes TDG admissibles* qui ont besoin de ce traitement en raison d'une amélioration démontrée du fonctionnement psychosocial et de la qualité de vie.

12.21 - Nous recommandons que les professionnels de la santé maintiennent l'hormonothérapie existante si la santé mentale de la personne TDG se détériore et évaluent la raison de cette détérioration, à moins de contre-indication.

* Pour les critères d'admissibilité des adolescent(e)s et des adultes, veuillez vous reporter au chapitre 5 - Évaluation des adultes et au chapitre 6 - Adolescent(e)s, ainsi qu'à l'annexe D.

Énoncé 12.1

Nous recommandons que les professionnels de la santé commencent la suppression hormonale de la puberté chez les adolescent(e)s TDG admissibles* dès qu'ils présentent les premiers changements physiques de la puberté (stade 2 de la classification de Tanner).

En général, l'objectif de l'administration d'agonistes de la GnRH chez les adolescent(e)s TDG consiste à empêcher le développement des caractères sexuels secondaires endogènes correspondant au sexe assigné à la naissance. Ce traitement étant entièrement réversible, il est considéré comme un sursis permettant aux adolescent(e)s d'explorer leur identité de genre au moyen d'une transition sociale précoce (Ashley, 2019e). Le traitement par agonistes de la GnRH a également des vertus thérapeutiques puisqu'il permet souvent de réduire considérablement le niveau de détresse lié aux changements physiques qui se produisent au début de la puberté endogène (Rosenthal, 2014; Turban, King et coll., 2020).

Pour les enfants TDG prépubères qui ont persisté dans leur identité de genre, tout développement permanent des caractères sexuels secondaires pourrait entraîner une détresse importante. Bien que l'on puisse envisager l'utilisation d'un agoniste de la GnRH pour empêcher l'initiation de la puberté chez ces personnes qui restent au stade 1 de la classification de Tanner, cette utilisation n'a pas été recommandée (Hembree et coll., 2017). Lorsqu'un enfant atteint l'âge où le développement pubertaire devrait normalement commencer (généralement entre 7-8 et 13 ans pour ceux qui ont des ovaires et entre 9 et 14 ans pour ceux qui ont des testicules), il serait approprié de lui faire passer des examens plus fréquemment, peut-être à des intervalles de 4 mois, pour détecter les signes de développement pubertaire (p. ex. bourgeonnement des seins ou volume des testicules $> 4 \text{ cm}^3$). Compte tenu du rythme typique du développement pubertaire (de 3,5 à 4 ans pour le développement complet), il est très peu probable que des changements pubertaires permanents se développent si la puberté n'a duré que 4 mois ou moins. Ainsi, grâce à un suivi fréquent, l'initiation de la puberté peut être facilement détectée avant qu'il n'y ait des changements physiques irréversibles, et un traitement par agonistes de la GnRH peut être mis en place à ce moment-là avec une grande efficacité. Il

convient de souligner qu'après l'initiation d'un traitement par agonistes de la GnRH, on observe généralement une régression d'un stade de la classification de Tanner. Ainsi, si les seins ne sont développés qu'au stade 2 de la classification de Tanner, ils régressent généralement jusqu'au stade 1 de la classification de Tanner avant la puberté; il en va de même pour les testicules au stade 2 de la classification de Tanner (qui ne sont souvent même pas perceptibles par le patient et ne sont pas associés au développement des caractères sexuels secondaires).

Étant donné que les agonistes de la GnRH agissent par désensibilisation des récepteurs de GnRH, s'il n'y a pas d'augmentation de la stimulation endogène de l'hypophyse par GnRH (le premier signe biochimique de la puberté), il n'est pas nécessaire de désensibiliser les récepteurs de GnRH. En outre, en raison de la grande variabilité du déclenchement de la puberté (comme indiqué ci-dessus), il est difficile de justifier l'utilisation d'un agoniste de la GnRH qui pourrait présenter un risque inconnu s'il n'y a pas d'avantage physiologique avant le début de la puberté. L'utilisation d'agonistes de la GnRH chez un enfant au stade 1 de la classification de Tanner ne serait indiquée qu'en cas de retard constitutionnel de la croissance et de la puberté, probablement en même temps que le début de l'hormonothérapie d'affirmation de genre.

Cependant, l'utilisation d'agonistes de la GnRH pourrait être envisagée chez un enfant qui, en raison d'un retard constitutionnel de la croissance et de la puberté, commence le traitement hormonal d'affirmation de genre alors qu'il est encore au stade 1 de la classification de Tanner. La mise en place d'une hormonothérapie d'affirmation de genre peut activer l'axe hypothalamo-hypophysaire gonadique au début, mais peut aussi masquer les effets de cette activation sur l'organisme. Pour éviter les changements corporels susceptibles d'exacerber l'incongruence de genre d'une personne, des agonistes de la GnRH peuvent être commencés en tant que thérapie complémentaire à l'hormonothérapie d'affirmation de genre peu de temps après le début de l'hormonothérapie d'affirmation de genre afin de permettre le développement pubertaire du phénotype choisi.

En outre, la suppression du développement des caractères sexuels secondaires est plus efficace lorsque le traitement hormonal sexuel est initié au début ou au

milieu de la puberté, par rapport à l'initiation du traitement hormonal sexuel après la fin de la puberté (Bangalore-Krishna et coll., 2019). De même, pour les adolescent(e)s qui ont déjà terminé la puberté endogène et qui envisagent de commencer le traitement hormonal d'affirmation de genre, les agonistes de la GnRH peuvent être utilisés pour inhiber les fonctions physiques, telles que les menstruations ou les érections, et peuvent servir de pont jusqu'à ce que l'adolescent(e), le ou les accompagnants (si elle n'est pas en mesure de donner son consentement de manière indépendante) et l'équipe de traitement parviennent à une décision (Bangalore-Krishna et coll., 2019; Rosenthal, 2021).

L'apparition de la puberté est due à la réactivation de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique. L'évaluation clinique des stades de la puberté est basée sur les caractéristiques physiques qui reflètent cette réactivation. Chez les personnes dont les ovaires fonctionnent, le stade 2 de la classification de Tanner se caractérise par le bourgeonnement de la glande mammaire. Le développement de la glande mammaire résulte de l'exposition aux œstrogènes produits par les ovaires. Chez les personnes dont les testicules fonctionnent, le stade 2 de la classification de Tanner se caractérise par une augmentation du volume testiculaire (généralement supérieure à 4 ml). La croissance des testicules est médiée par les gonadotrophines que sont l'hormone lutéinisante (HL) et l'hormone folliculo-stimulante (HFS). Aux stades ultérieurs, les testicules produisent suffisamment de testostérone pour induire la masculinisation de l'organisme.

Énoncé 12.2

Nous recommandons que les professionnels de la santé utilisent des agonistes de l'hormone de libération des gonadotrophines (GnRH) pour obtenir une suppression des hormones sexuelles endogènes chez les personnes TDG admissibles* pour lesquelles un blocage de la puberté est indiqué. Pour le texte justificatif, voir l'énoncé 12.4.

Énoncé 12.3

Nous suggérons que les professionnels de la santé prescrivent des progestatifs (dépôt oral ou injectable) pour la suspension pubertaire chez les jeunes TDG admissibles* lorsque les agonistes de la

GnRH ne sont pas disponibles ou sont trop coûteux. Pour le texte justificatif, voir l'énoncé 12.4.

Énoncé 12.4.

Nous suggérons que les professionnels de la santé prescrivent des agonistes de la GnRH pour la suppression des stéroïdes sexuels sans substitution hormonale concomitante des stéroïdes sexuels chez les adolescent(e)s TDG admissibles* qui recherchent une telle intervention et qui sont bien engagés dans le développement pubertaire ou l'ont achevé (après le stade 3 de la classification de Tanner), mais qui ne sont pas sûrs de vouloir commencer une hormonothérapie aux stéroïdes sexuels ou qui ne le souhaitent pas.

Les agonistes de la GnRH réduisent les concentrations de gonadotrophine et de stéroïdes sexuels chez les adolescent(e)s TDG et stoppent ainsi le développement des caractères sexuels secondaires (Schagen et coll., 2016). Leur utilisation est généralement sécuritaire, le développement d'une hypertension étant le seul effet indésirable à court terme rapporté dans la littérature (Delemarre-van de Waal et Cohen-Kettenis, 2006; Klink, Bokenkamp et coll., 2015). Les agonistes de la GnRH empêchent l'hypophyse de sécréter l'HL et l'HFS (Gava et coll., 2020). Lorsque les gonadotrophines diminuent, la gonade n'est plus stimulée pour produire des hormones sexuelles (œstrogènes ou androgènes), et les taux d'hormones sexuelles dans le sang diminuent jusqu'aux taux prépubères. Le traitement aux agonistes de la GnRH entraîne une régression partielle des stades initiaux des caractères sexuels secondaires déjà développés (Bangalore et coll., 2019). Les adolescent(e)s TDG dont les ovaires fonctionnent verront la croissance de leur tissu mammaire diminuer, et si le traitement est commencé au stade 2 de la classification de Tanner, le tissu mammaire peut disparaître complètement (Shumer et coll., 2016). La ménarche peut être évitée ou interrompue après l'administration d'agonistes de la GnRH chez les adolescent(e)s ayant un utérus. Chez les adolescent(e)s TDG dont les testicules fonctionnent, le volume testiculaire va régresser pour atteindre un volume plus faible.

Lorsque le traitement par agonistes de la GnRH est instauré chez les adolescent(e)s aux dernières phases du

développement pubertaire, certains changements physiques du développement pubertaire, tels que le développement tardif des seins chez les personnes adolescent(e)s TDG dont les ovaires fonctionnent et une voix plus grave et la croissance de la pilosité faciale chez celles dont les testicules fonctionnent, ne régresseront pas complètement, mais toute nouvelle progression sera interrompue (Delemarre-van de Waal et Cohen-Kettenis, 2006). Les agonistes de la GnRH sont utilisés depuis 1981 pour le traitement de la puberté précoce centrale (Comite et coll., 1981; Laron et coll., 1981), et leurs avantages sont bien établis (voir également les énoncés du chapitre 6 – Adolescent(e)s). Le recours aux agonistes de la GnRH chez les personnes atteintes de puberté précoce centrale est considéré à la fois comme sûr et efficace, sans effets indésirables connus à long terme (Carel et coll., 2009). Cependant, le recours aux agonistes de la GnRH chez les adolescent(e)s TDG est considéré comme non conforme, car ils n'ont pas été initialement développés à cette fin. Néanmoins, les données concernant les adolescent(e)s auxquels on a prescrit des agonistes de la GnRH à une dose et d'une manière similaires démontrent leur efficacité à retarder l'apparition de la puberté, bien que les effets à long terme sur la masse osseuse n'aient pas été bien établis (Klink, Caris et coll., 2015). Bien que les données à long terme soient plus limitées chez les adolescent(e)s TDG que chez les adolescent(e)s présentant une puberté précoce, la collecte de données propres à cette population est en cours (Klaver et coll., 2020; Lee, Finlayson et coll., 2020; Millington et coll., 2020; Olson-Kennedy, Garofalo et coll., 2019).

Nous reconnaissons que même si les agonistes de la GnRH sont un traitement médicalement nécessaire, ils peuvent ne pas être disponibles pour les adolescent(e)s admissibles parce qu'ils ne sont pas couverts par les régimes d'assurance maladie dans certains pays ou parce que leur coût est trop élevé. Par conséquent, d'autres approches doivent être envisagées dans ces cas, telles que les formules progestatives orales ou injectables. En outre, pour les adolescent(e)s de plus de 14 ans, il n'existe actuellement aucune donnée permettant aux professionnels de la santé de savoir si les agonistes de la GnRH peuvent être administrés en monothérapie (et pour quelle durée) sans présenter de risque important pour la santé osseuse. En effet, les os

ne seraient pas exposés à des taux adéquats d'hormones stéroïdes sexuelles (Rosenthal, 2021).

Un état hypogonadique prolongé à l'adolescence, qu'il soit dû à des conditions médicales telles que l'hypogonadisme hypergonadotrope, à des causes iatrogènes telles que la monothérapie par agonistes de la GnRH ou à des conditions physiologiques telles que le retard conditionnel de croissance et de développement, est souvent associé à un risque accru de mauvaise santé osseuse plus tard dans la vie (Bertelloni et coll., 1998; Finkelstein et coll., 1996). Cependant, l'acquisition de la masse osseuse est un processus multifactoriel qui implique une interaction complexe entre les facteurs endocriniens, génétiques et de mode de vie (Anai et coll., 2001). Au moment de décider de la durée de la monothérapie par agonistes de la GnRH, tous les facteurs contributifs doivent être pris en compte, y compris des facteurs tels que la masse osseuse avant traitement, l'âge osseux et le stade pubertaire d'un point de vue endocrinien et de croissance, ainsi que des facteurs psychosociaux tels que la maturité mentale et le stade de développement par rapport à la cohorte d'adolescent(e)s et les objectifs de traitement individuels de l'adolescent(e) (Rosenthal, 2021). Pour ces raisons, une équipe multidisciplinaire et une relation clinique continue avec l'adolescent(e) et sa famille doivent être maintenues lors de l'instauration d'un traitement par agonistes de la GnRH (voir les énoncés 6.8, 6.9 et 6.12 au chapitre 6 – Adolescent(e)s). L'évolution clinique du traitement, par exemple l'évolution de la masse osseuse pendant le traitement par agonistes de la GnRH et la réponse de l'adolescent(e) au traitement, peut aider à déterminer la durée de la monothérapie aux agonistes de la GnRH.

Énoncé 12.5

Nous recommandons que les professionnels de la santé prescrivent des traitements aux hormones sexuelles dans le cadre d'un traitement d'affirmation de genre pour les adolescent(e)s TDG admissibles* qui sont au moins au stade 2 de la classification de Tanner, avec la participation des parents ou des accompagnants, à moins que leur participation ne soit jugée préjudiciable ou sans utilité pour l'adolescent(e). Pour le texte justificatif, voir l'énoncé 12.6.

Énoncé 12.6

Nous recommandons que les professionnels de la santé mesurent les taux d'hormones pendant le traitement d'affirmation de genre pour s'assurer que les stéroïdes sexuels endogènes sont réduits et que les stéroïdes sexuels administrés sont maintenus à des taux appropriés pour les objectifs de traitement des personnes TDG, en fonction du stade de la classification de Tanner.

L'hormonothérapie à base de stéroïdes sexuels comprend généralement deux schémas thérapeutiques, en fonction du moment où le traitement par agonistes de la GnRH est administré. Lorsque le traitement par agonistes de la GnRH est instauré aux premiers stades du développement pubertaire endogène, la puberté correspondant à l'identité de genre ou aux objectifs de corporéité est induite par des doses d'hormones stéroïdes sexuelles similaires à celles utilisées chez les adolescent(e)s hypogonadiques péripubères. Dans ce contexte, les doses adultes d'hormones stéroïdes sexuelles sont généralement atteintes sur une période d'environ 2 ans (Chantrapanichkul et coll., 2021). Lorsque le traitement par agonistes de la GnRH est instauré à la fin de l'adolescence ou chez des adolescent(e)s postpubères, les hormones stéroïdes sexuelles peuvent être administrées à une dose initiale plus élevée et augmentées plus rapidement jusqu'à l'obtention d'une dose d'entretien, ce qui ressemble aux protocoles de traitement utilisés chez les adultes transgenres (Hembree et coll., 2017). Un autre avantage du traitement par agonistes de la GnRH est qu'il n'est pas nécessaire d'administrer des hormones stéroïdiennes à des doses supraphysiologiques, ce qui serait autrement nécessaire pour stimuler la production endogène de stéroïdes sexuels (Safer et Tangpricha, 2019). Pour les personnes TDG dont les testicules fonctionnent, le traitement par agonistes de la GnRH (ou un autre médicament bloquant la testostérone) doit être poursuivi jusqu'à ce que l'adolescent(e)/jeune adulte obtienne une gonadectomie, si cette procédure chirurgicale est considérée comme une partie médicalement nécessaire de leurs soins d'affirmation de genre. Une fois que les niveaux de testostérone adultes sont atteints chez les personnes TDG avec des ovaires fonctionnels qui ont été initialement supprimés par agonistes de la GnRH, la testostérone seule à des doses physiologiques est généralement suffisante pour

réduire la sécrétion ovarienne d'œstrogènes, et les agonistes de la GnRH peuvent être interrompus comme indiqué ci-dessous (Hembree et coll., 2017). Pour les adolescent(e)s TDG dont les ovaires fonctionnent et qui sont nouvellement prises en charge, le traitement hormonal d'affirmation de genre peut être réalisé avec des doses physiologiques de testostérone seule, sans nécessiter l'administration concomitante d'agonistes de la GnRH (Hembree et coll., 2017).

L'hormonothérapie à base de stéroïdes sexuels induit le développement de caractères sexuels secondaires de l'identité de genre. En outre, le taux de minéralisation osseuse, qui diminue pendant le traitement par agonistes de la GnRH, se rétablit rapidement (Klink, Caris et coll., 2015). Pendant le traitement par agonistes de la GnRH chez les adolescent(e)s TDG en début de puberté, les plaques épiphysaires osseuses ne sont pas encore fusionnées (Kvist et coll., 2020; Schagen et coll., 2020). Après le début du traitement aux hormones stéroïdes sexuelles, une poussée de croissance peut se produire, et la maturation osseuse se poursuit (Vlot et coll., 2017). Chez les adolescent(e)s TDG postpubères, le traitement aux hormones stéroïdes sexuelles n'affectera pas la taille, car les plaques épiphysaires ont fusionné et la maturation osseuse est terminée (Vlot et coll., 2017).

Chez les adolescent(e)s TDG dont les testicules fonctionnent, l'utilisation du 17- β -estradiol pour l'induction de la puberté est préférable à celle des œstrogènes synthétiques, tels que l'éthinylestradiol, plus thrombogène (voir l'[annexe D](#)) (Asscheman et coll., 2015). Il est toujours nécessaire de poursuivre l'administration d'agonistes de la GnRH ou de passer à un autre médicament pour supprimer la production de testostérone endogène (Rosenthal et coll., 2016). Le développement des seins et une répartition des graisses typiquement féminine font partie des changements physiques qui se produisent en réponse au traitement œstrogénique. Voir l'[annexe C](#)—Tableau 1.

Pour les adolescent(e)s TDG souhaitant un traitement masculinisant, les androgènes sont disponibles sous forme de préparations injectables, de formulations transdermiques et de pastilles sous-cutanées. Pour l'induction pubertaire, l'utilisation de l'injection d'ester de testostérone est généralement recommandée par la plupart des experts en raison du coût, de la disponibilité et de l'expérience (Shumer et

coll., 2016). Il est conseillé de poursuivre l'administration d'agonistes de la GnRH au moins jusqu'à ce qu'un taux de testostérone de maintien soit atteint. En réponse au traitement androgénique, une virilisation du corps se produit, y compris un abaissement de la voix, un développement musculaire plus important, en particulier dans la partie supérieure du corps, la croissance des poils du visage et du corps, et l'élargissement du clitoris (Rosenthal et coll., 2016). Voir l'[annexe C](#) – Tableau 1.

Dans presque toutes les situations, le consentement des parents ou de l'accompagnant doit être obtenu. Les exceptions à cette recommandation, en particulier lorsque la participation de l'accompagnant ou des parents est jugée préjudiciable à l'adolescent(e), sont décrites plus en détail dans le chapitre 6 – Adolescent(e)s (voir l'énoncé 6.11), où les raisons de faire participer les parents/l'accompagnant au processus de consentement sont également décrites.

Énoncé 12.7

Nous recommandons que les professionnels de la santé prescrivent des progestatifs ou un agoniste de la GnRH aux adolescent(e)s TDG admissibles* ayant un utérus pour réduire la dysphorie causée par leur cycle menstruel lorsque l'utilisation de la testostérone pour affirmer le genre n'est pas encore indiquée.

La suppression des menstruations est une option de traitement couramment utilisée par les personnes TDG qui éprouvent une détresse liée aux menstruations ou à l'anticipation de la ménarche. L'énoncé 6.7 du chapitre 6 – Adolescent(e)s décrit cela plus en détail. Pour atteindre l'aménorrhée, la suppression menstruelle peut être initiée comme une option seule avant d'initier la testostérone ou parallèlement à la thérapie à la testostérone (Carswell et Roberts, 2017). Certains jeunes, qui ne sont pas prêts pour une thérapie à la testostérone ou qui ne sont pas encore à un stade pubertaire/développemental approprié pour commencer un tel traitement, bénéficieront de l'induction d'une aménorrhée (Olson-Kennedy, Rosenthal et coll., 2018). Les adolescent(e)s qui connaissent une exacerbation de la dysphorie liée à l'apparition de la puberté peuvent choisir d'être traités avec des agonistes de la GnRH pour la suppression de

la puberté (voir également le chapitre sur les adolescent(e)s).

Les progestatifs peuvent être efficaces chez les adolescent(e)s dont l'objectif est uniquement la suppression des menstruations. L'administration continue de pilules orales à base de progestatifs uniquement (y compris les options contraceptives et non contraceptives), les injections de médroxyprogestérone ou le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel peuvent être utilisés pour l'induction de l'aménorrhée (Pradhan et Gomez-Lobo, 2019). Les personnes TDG dont les ovaires fonctionnent et qui commencent un traitement à la testostérone peuvent avoir de 1 à 5 cycles menstruels avant d'atteindre l'aménorrhée (Taub et coll., 2020). Une fois l'aménorrhée obtenue, certaines personnes TDG dont les ovaires fonctionnent peuvent également choisir de poursuivre le traitement progestatif à des fins de contraception, si cela s'avère pertinent pour leurs pratiques sexuelles.

Les personnes TDG qui ont des ovaires fonctionnels et un utérus doivent être informées du risque de saignements menstruels intermittents au cours des premiers mois suivant l'instauration de la suppression menstruelle. Avec le traitement par agonistes de la GnRH, des saignements intermittents peuvent survenir de 2 à 3 semaines après l'instauration du traitement. Pour les personnes à la recherche d'une contraception ou pour celles qui continuent à avoir des saignements menstruels sous traitement progestatif, une combinaison d'œstrogènes et de progestatifs peut être envisagée pour le maintien de l'aménorrhée, mais elles doivent être informées des effets indésirables possibles du développement mammaire (Schwartz et coll., 2019).

Énoncé 12.8

Nous recommandons que les professionnels de soins de santé fassent participer des professionnels de plusieurs disciplines qui sont des experts de la santé transgenre et de la gestion des soins requis pour les adolescent(e)s TDG.

Comme pour les soins aux adolescent(e)s, nous suggérons que, dans la mesure du possible, une équipe multidisciplinaire d'experts composée de professionnels de la médecine et de la santé mentale soit constituée pour gérer ce traitement. Chez les adolescent(e)s qui poursuivent le traitement hormonal

d'affirmation de genre (étant donné qu'il s'agit d'un traitement partiellement irréversible), nous suggérons d'initier le traitement en utilisant un calendrier de doses progressivement croissantes après qu'une équipe multidisciplinaire de médecins et de professionnels de la santé mentale a confirmé la persistance de l'incongruence/dysphorie de genre et a établi que la personne possède la capacité mentale de donner un consentement éclairé (Hembree et coll., 2017). Les aspects particuliers concernant l'évaluation des adolescent(e)s et l'implication de leurs parents/l'accompagnant et d'une équipe multidisciplinaire sont décrits plus en détail au chapitre 6 – Adolescent(e)s.

Si possible, les adolescent(e)s TDG devraient avoir accès à des experts en santé transgenre pédiatrique issus de plusieurs disciplines, notamment les soins primaires, l'endocrinologie, la fertilité, la santé mentale, l'orthophonie, le travail social, le soutien spirituel et la chirurgie (Chen, Hidalgo et coll., 2016; Eisenberg et coll., 2020; Keo-Meier et Ehrensaft, 2018). Les professionnels individuels sont encouragés à établir des relations de travail collaboratives avec des professionnels d'autres disciplines afin de faciliter l'orientation des jeunes et de leur famille s'il y a lieu (Tishelman et coll., 2015). Cependant, le manque d'experts et de ressources disponibles ne doit pas constituer un obstacle aux soins (Rider, McMorris et coll., 2019). Un soutien utile pour les adolescent(e)s comprend l'accès à des renseignements précis et pertinents à la culture sur les identités de genre et sexuelles, les options de transition, l'incidence du soutien familial et les contacts avec d'autres personnes ayant des expériences similaires et avec des adultes TDG au moyen de groupes de soutien en ligne et en personne pour les adolescent(e)s et les membres de leur famille (Rider, McMorris et coll., 2019).

Il a été constaté que bon nombre d'adolescent(e)s TDG sont victimes de disparités en matière de santé mentale et qu'un dépistage initial de la santé mentale (p. ex. questionnaire sur la santé des patients-2, trouble d'anxiété généralisée) peut être utilisé comme indiqué (Rider, McMorris et coll., 2019). Les professionnels doivent garder à l'esprit que le fait d'être transgenre ou de s'interroger sur son genre ne constitue pas une pathologie ou un trouble. Par conséquent, les personnes ne doivent pas être orientées vers un traitement de santé

mentale exclusivement sur la base de leur identité transgenre. Les professionnels de la santé et de la santé mentale qui traitent ces jeunes et les orientent vers des services spécialisés doivent, au minimum, connaître l'incidence des traumatismes, de la dysphorie de genre et des facteurs de stress minoritaire de genre sur toute symptomatologie potentielle de santé mentale, telle que les troubles de l'alimentation, les idées suicidaires et l'anxiété sociale. Ces professionnels de soins de santé devraient également connaître le niveau de préparation des services de santé mentale en milieu hospitalier dans leur région pour fournir des soins compétents d'affirmation de genre aux jeunes TDG (Barrow et Apostle, 2018; Kuper, Wright et coll., 2018; Kuper, Mathews et coll., 2019; Tishelman et Neumann-Mascis, 2018). Les énoncés 6.3, 6,4 et 6,12d du chapitre 6 – Adolescent(e)s abordent cette question plus en détail. Étant donné que les parents de ces jeunes éprouvent généralement des niveaux élevés d'anxiété immédiatement après avoir appris que leur jeune est TDG, et que leur réponse à leur enfant prédit les résultats à long terme de la santé physique et mentale de cet enfant, des orientations appropriés pour le soutien des parents en matière de santé mentale peuvent être d'une grande utilité (Coolhart et coll., 2017; Pullen Sansfaçon et coll., 2015; Taliaferro et coll., 2019).

Énoncé 12.9

Nous recommandons que les professionnels de la santé mettent en place des évaluations cliniques régulières pour détecter les changements physiques et les réactions indésirables potentielles aux hormones stéroïdes sexuelles, y compris une surveillance en laboratoire des hormones stéroïdes sexuelles tous les trois mois pendant la première année de l'hormonothérapie ou avec des changements de dose jusqu'à ce qu'une dose adulte stable soit atteinte, suivie par des examens cliniques et en laboratoire une ou deux fois par an une fois qu'une dose d'entretien adulte a été atteinte.

L'hormonothérapie aux stéroïdes sexuels est associée à un large éventail de changements physiques et psychologiques (Irwig, 2017; Tangpricha et den Heijer, 2017) (voir l'[annexe C](#) – Tableau 1). Après l'instauration d'un traitement hormonal à base de stéroïdes sexuels, le professionnel de la santé doit régulièrement évaluer les progrès et la réponse de la

personne au traitement (voir également le chapitre 6 – Adolescent(e)s). Cette évaluation doit porter sur la présence de tout changement physique ainsi que sur l'incidence du traitement sur la dysphorie de genre (le cas échéant) et le bien-être psychologique (voir l'[annexe C](#) – Tableau 1). Les visites cliniques sont des occasions importantes pour les professionnels de la santé d'informer les patients sur le temps nécessaire pour que les changements physiques se manifestent et de les encourager à avoir des attentes réalistes. Au cours de la première année d'hormonothérapie, les doses d'hormones stéroïdes sexuelles sont souvent augmentées. Le taux sérique de l'hormone sexuelle stéroïde correspondante est un facteur déterminant pour le choix de la dose. En général, l'objectif consiste à faire correspondre les taux sériques de stéroïdes sexuels aux taux associés à l'identité de genre de la personne, bien que les fourchettes optimales n'aient pas été établies (Hembree et coll., 2017).

En plus d'évaluer les changements positifs associés à l'hormonothérapie stéroïdienne, le professionnel de la santé doit régulièrement vérifier si le traitement a entraîné des effets indésirables (voir l'[annexe C](#) – Tableau 2). Parmi les exemples de signes indésirables et de symptômes, on peut citer l'acné androgénique ou les troubles sexuels embarrassants (Braun et coll., 2021; Kerckhof et coll., 2019). L'hormonothérapie d'affirmation de genre est également susceptible d'influencer négativement plusieurs examens de laboratoire. Par exemple, la spironolactone peut provoquer une hyperkaliémie, bien qu'il s'agisse d'un phénomène rare et transitoire (Millington et coll., 2019). La testostérone augmente le nombre de globules rouges (hématocrite), ce qui peut parfois provoquer une érythrocytose (Antun et coll., 2020) (voir l'énoncé 12.17) (Hembree et coll., 2017). Les œstrogènes et la testostérone peuvent tous deux modifier les paramètres lipidiques, tels que le cholestérol HDL et les triglycérides (Maraka et coll., 2017). Voir l'[annexe C](#) – Tableaux 3 et 4.

La fréquence des évaluations cliniques doit être personnalisée et guidée par la réponse de la personne au traitement. Nous suggérons que des évaluations cliniques soient effectuées environ tous les trois mois au cours de la première année d'hormonothérapie chez les patients qui sont stables et qui ne présentent pas d'effets indésirables significatifs ([annexe C](#) –

Tableau 5). Nous suggérons, plutôt que de recommander, que les examens soient effectués tous les trois mois au cours de la première année, afin de permettre une certaine flexibilité quant au calendrier de ces examens, étant donné qu'il n'existe pas de preuves solides ou d'études publiées en faveur d'intervalles d'examen précis. Si une personne présente un effet indésirable, des analyses de laboratoire ou des visites cliniques plus fréquentes sont souvent nécessaires. Compte tenu des effets nocifs potentiels associés à des taux d'hormones sexuelles supérieurs aux valeurs attendues chez l'humain, nous recommandons vivement d'effectuer des examens réguliers dans le cadre d'une pratique standard lors de l'instauration d'une hormonothérapie d'affirmation de genre chez les personnes TDG. Quand la personne a atteint une dose adulte stable d'hormone stéroïde sexuelle sans effets indésirables importants, la fréquence des visites cliniques peut être réduite à une ou deux par an (Hembree et coll., 2017).

Énoncé 12.10

Nous recommandons que les professionnels de la santé informent et conseillent toutes les personnes cherchant un traitement médical d'affirmation de genre au sujet des options disponibles pour la préservation de la fertilité avant d'initier la suppression de la puberté et avant de traiter au moyen d'une hormonothérapie.

La suppression de la puberté et le traitement hormonal à base de stéroïdes sexuels peuvent avoir des effets indésirables potentiels sur la fertilité d'une personne (Cheng et coll., 2019) (voir également le chapitre 6 – Adolescent(e)s et le chapitre 16 – Santé reproductive). Bien que certaines personnes TDG puissent ne pas avoir beaucoup réfléchi à leur potentiel reproductif futur au moment de leur évaluation initiale pour commencer un traitement médical, les implications potentielles du traitement et les options de préservation de la fertilité devraient être examinées par le prescripteur d'hormones et discutées avec la personne qui cherche ces thérapies (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine et coll., 2015; De Roo et coll., 2016).

Les personnes ayant des testicules doivent être informées qu'un traitement prolongé à l'œstrogène provoque souvent une atrophie testiculaire et une

réduction du nombre de spermatozoïdes et d'autres paramètres du sperme (Adeleye et coll., 2018). Néanmoins, les connaissances sont très lacunaires, et les résultats concernant la fertilité des personnes transféminines qui prennent des œstrogènes et des antiandrogènes ne sont pas uniformes (Cheng et coll., 2019). Dans une étude, l'hétérogénéité de l'histologie testiculaire était évidente, que les patients aient cessé ou poursuivi le traitement avant l'orchidectomie (Schneider et coll., 2015). Par exemple, l'arrêt des œstrogènes et des antiandrogènes pendant six semaines a entraîné une spermatogenèse complète chez 45 % des personnes, les autres présentant un arrêt méiotique ou un arrêt spermatogonial (Schneider et coll., 2015). Cependant, des niveaux de testostérone sérique confirmés comme étant dans les plages de référence féminines entraînent une suppression complète de la spermatogenèse chez la plupart des femmes transgenres (Vereecke et coll., 2020). La principale option de préservation de la fertilité pour les patients dont les testicules fonctionnent est la cryoconservation du sperme, également connue sous le nom de banque de sperme (Mattawanon et coll., 2018). Chez les patients prépubères, la suppression de la puberté par les GnRH interrompt la maturation des spermatozoïdes (Finlayson et coll., 2016).

Les personnes dont les ovaires fonctionnent doivent être informées que la thérapie à la testostérone entraîne généralement l'arrêt des menstruations et de l'ovulation, souvent dans les quelques mois qui suivent le début du traitement (Taub et coll., 2020). Les connaissances sur les effets potentiels de la testostérone sur les ovocytes et la fertilité ultérieure des patients TDG sont également très lacunaires (Eisenberg et coll., 2020; Stuyver et coll., 2020). Une étude a révélé que le traitement à la testostérone pouvait être associé à la morphologie des ovaires polykystiques, tandis que d'autres études n'ont rapporté aucune preuve métabolique (Chan et coll., 2018) ou histologique (De Roo et coll., 2017; Grynberg et coll., 2010) de syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) à la suite d'un traitement à la testostérone. Certaines études ont révélé une prévalence plus élevée de SOPK chez les patientes transgenres ayant des ovaires (Baba, 2007; Gezer et coll., 2021). Les patientes TDG dont l'utérus et les ovaires sont intacts retrouvent souvent leur potentiel de fertilité si le traitement à la testostérone est

interrompu (Light et coll., 2014). En effet, une naissance vivante après une technique de procréation assistée a été rapportée à la suite d'un prélèvement d'ovules par stimulation hormonale sur une personne TDG qui n'a pas interrompu son traitement à la testostérone (Greenwald et coll., 2021; Safer et Tangpricha, 2019). D'autres options de préservation de la fertilité pour les personnes TDG ayant des ovaires sont la cryoconservation d'ovocytes et la cryoconservation d'embryons avec le sperme d'un.e partenaire ou donneur. Les options ci-dessus nécessitent une stimulation hormonale pour le prélèvement d'ovules et l'utilisation de techniques de procréation assistée.

Pour les jeunes transgenres pubères précoces, la suppression de la puberté avec des agonistes de la GnRH interrompt la maturation des cellules germinales, bien qu'un rapport récent ait noté que la stimulation ovarienne d'adolescent(e) TDG traitée avec un agoniste de la GnRH au début de la puberté (et poursuivie pendant la stimulation ovarienne) a produit un petit nombre d'ovocytes matures qui ont été cryoconservés (Rothenberg et coll., 2019). Le traitement par agonistes de la GnRH d'adolescent(e) TDG dont les testicules fonctionnaient au début de la puberté permet non seulement d'interrompre la maturation des cellules germinales, mais aussi de maintenir le pénis à une taille prépubertaire. Cela aura probablement une incidence sur les considérations chirurgicales si cette personne obtient éventuellement une vaginoplastie par inversion du pénis, car il y aura moins de tissu pénien avec lequel travailler. Dans ces cas, il est plus probable qu'une vaginoplastie nécessite une intervention chirurgicale plus complexe, par exemple une vaginoplastie intestinale (Dy et coll., 2021; van de Grift et coll., 2020). Ces considérations doivent être incluses dans toute discussion avec les patients et les familles concernant l'utilisation de bloqueurs de puberté chez les adolescent(e)s en début de puberté dont les testicules fonctionnent.

Énoncé 12.11

Nous recommandons que les professionnels de la santé évaluent et abordent les problèmes de santé qui peuvent être exacerbés par la baisse des concentrations d'hormones sexuelles endogènes et le

traitement par hormones sexuelles exogènes avant de commencer le traitement des personnes TDG.

Les personnes TDG désireuses de se masculiniser doivent être informées des possibilités, des conséquences, des limites et des risques associés au traitement à la testostérone. Ce traitement est contre-indiqué pendant la grossesse ou la tentative de grossesse en raison de ses effets iatrogènes potentiels sur le fœtus. Les contre-indications relatives à la testostérone sont l'hypertension sévère, l'apnée du sommeil et la polyglobulie, car ces troubles peuvent être exacerbés par la testostérone. Le contrôle de la tension artérielle et des profils lipidiques doit être effectué avant et après le début du traitement à la testostérone. L'augmentation de la pression artérielle se produit généralement dans les 2 à 4 mois qui suivent l'instauration d'un traitement à la testostérone (Banks et coll., 2021). Les patients qui développent une hypercholestérolémie ou une hypertriglycéridémie peuvent avoir besoin d'un traitement par des modifications du régime alimentaire, des médicaments ou les deux.

Les personnes TDG qui cherchent un traitement féminisant et qui ont des antécédents d'événements thromboemboliques, tels que la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire, doivent subir une évaluation et un traitement avant d'entamer une hormonothérapie. En effet, l'œstrogénothérapie est fortement associée à un risque accru de thromboembolie, une complication potentiellement mortelle. En outre, les facteurs de risque susceptibles d'augmenter le risque de troubles thromboemboliques, tels que le tabagisme, l'obésité et la sédentarité, doivent être suivis. Chez les patientes présentant des facteurs de risque non modifiables, tels que des antécédents connus de thrombophilie, des antécédents de thrombose ou des antécédents familiaux importants de thromboembolie, le traitement par œstrogènes transdermiques en association avec des anticoagulants peut diminuer le risque de thromboembolie. Cependant, il existe peu de données permettant de guider les décisions thérapeutiques. La présence d'une maladie au départ, comme un cancer hormonosensible, une maladie coronarienne, une maladie cérébrovasculaire, une hyperprolactinémie, une hypertriglycéridémie et une cholélithiase, doit être évaluée avant l'instauration d'une hormonothérapie d'affirmation de genre, car les

risques relatifs peuvent être modifiés en association avec un traitement hormonal exogène (Hembree et coll., 2017).

Énoncé 12.12

Nous recommandons que les professionnels de la santé informent les personnes TDG qui suivent un traitement d'affirmation de genre de l'apparition et de l'évolution des changements physiques induits par le traitement hormonal sexuel.

Les effets du traitement à la testostérone sont multiples et peuvent comprendre une augmentation de la pilosité corporelle et faciale, une calvitie masculine, une augmentation de la masse et de la force musculaires, une diminution de la masse adipeuse, une baisse du ton de la voix, l'interruption des menstruations (si elles sont encore présentes), l'augmentation de la prévalence et de la gravité de l'acné, l'élargissement du clitoris et l'augmentation du désir sexuel (Defreyne, Elaut et coll., 2020; Fisher, Castellini et coll., 2016; Giltay et Gooren, 2000; T'Sjoen et coll., 2019; Yeung et coll., 2020). D'autres changements associés à la testostérone comprennent l'augmentation de la masse corporelle maigre et l'aspect huileux de la peau (de Blok et coll., 2020; Hembree et coll., 2017; Kuper, Mathews et coll., 2019; Taliaferro et coll., 2019; Tishelman et Neumann-Mascis, 2018) (voir l'[annexe C](#) – Tableau 1).

Le traitement aux œstrogènes induit le développement des seins. Cependant, moins de 20 % des personnes atteignent les stades 4 ou 5 de la classification de Tanner après 2 ans de traitement (de Blok et coll., 2021). D'autres changements comprennent une diminution du volume des testicules, de la masse corporelle maigre, de l'aspect gras de la peau, du désir sexuel, des érections spontanées, de la pilosité faciale et corporelle, ainsi qu'une augmentation de la graisse corporelle sous-cutanée (voir l'[annexe C](#) – Tableau 1). Chez les patientes adultes, les œstrogènes ne modifient pas la voix ou la taille (Iwamoto, Defreyne et coll., 2019; Wiepjes et coll., 2019).

Le calendrier et l'ampleur des changements physiques varient d'une personne à l'autre et sont liés à des facteurs tels que la génétique, l'âge au début du traitement et l'état de santé général (Deutsch, Bhakri et coll., 2015; van Dijk et coll., 2019). La connaissance de l'ampleur et du moment des changements induits par

les hormones sexuelles, si elle est disponible, peut prévenir les dommages et les dépenses potentiels liés à des changements de traitement inutiles, à des augmentations de dosage et à des interventions chirurgicales prématurées (Dekker et coll., 2016).

Énoncé 12.13

Nous recommandons que les professionnels de la santé ne prescrivent pas l'éthinylestradiol aux personnes TDG dans le cadre d'une hormonothérapie d'affirmation de genre. Pour le texte justificatif, voir l'énoncé 12.15.

Énoncé 12.14

Nous suggérons que les professionnels de la santé prescrivent des œstrogènes transdermiques aux personnes TDG admissibles* qui présentent un risque accru de thromboembolie veineuse parce qu'elles ont plus de 45 ans ou ont des antécédents de thromboembolie veineuse, lorsqu'un traitement aux œstrogènes d'affirmation de genre est recommandé. Pour le texte justificatif, voir l'énoncé 12.15.

Énoncé 12.15

Nous suggérons que les professionnels de la santé ne prescrivent pas d'œstrogènes conjugués aux personnes TDG lorsque l'œstradiol est disponible dans le cadre d'une hormonothérapie d'affirmation de genre.

Il est important de déterminer le composé œstrogénique et la voie d'administration les plus sûrs et les plus efficaces pour les personnes TDG. Les schémas recommandés à base d'œstrogènes sont présentés dans le tableau 4 de l'[annexe C](#). L'Amsterdam Medical Center (AMC) a rapporté pour la première fois 45 cas de TEV survenus chez 816 femmes transgenres, soit un taux d'incidence attendu de TEV 20 fois plus élevé que celui rapporté dans une population de référence (van Kesteren et coll., 1997). À la suite de ce rapport, la clinique du AMC a recommandé l'utilisation de l'œstradiol transdermique pour les femmes transgenres âgées de plus de 40 ans, ce qui a permis de réduire l'incidence de la TEV (Nota et coll., 2019; Toorians et coll., 2003). D'autres études suggèrent que l'éthinylestradiol est associé à un risque accru de coagulation sanguine en raison d'une résistance accrue

aux effets anticoagulants de la protéine C activée et de concentrations élevées des facteurs de coagulation que sont la protéine C et la protéine S (Toorians et coll., 2013). D'autres études publiées au cours des 15 dernières années par d'autres cliniques ont indiqué que les femmes transgenres prenant d'autres formes d'œstrogènes présentaient des taux de TEV inférieurs à ceux des femmes transgenres prenant de l'éthinylestradiol (Asscheman et coll., 2013). En outre, un examen systématique de 2019 a conclu que l'administration d'éthinylestradiol était associée au risque le plus élevé de TEV chez les femmes transgenres, et un lien entre l'utilisation de progestérone et la TEV a également été déterminé (Goldstein et coll., 2019).

Les lignes directrices de 2017 de l'Endocrine Society ne recommandent pas les œstrogènes conjugués équinés (OCE) comme option thérapeutique, car les taux sanguins d'œstrogènes conjugués ne peuvent pas être mesurés chez les femmes transgenres, ce qui rend difficile la prévention d'un dosage supraphysiologique d'œstrogènes et augmente ainsi le risque de TEV (Hembree et coll., 2017). Une étude rétrospective menée au Royaume-Uni a examiné les risques liés à l'utilisation d'OCE par voie orale par rapport au valérate d'œstradiol par voie orale et à l'éthinylestradiol par voie orale et a constaté une augmentation jusqu'à 7 fois du pourcentage de femmes transgenres dans le groupe d'OCE par voie orale qui ont développé une TEV par rapport aux femmes transgenres utilisant d'autres formes d'œstrogènes (Seal et coll., 2012). Dans une étude de cas-témoins emboîtés, plus de 80 000 femmes cisgenres âgées de 40 à 79 ans ayant développé une TEV ont été appariées à environ 390 000 femmes cisgenres sans TEV. Les résultats ont montré que l'œstradiol par voie orale présentait un risque de TEV plus faible que les œstrogènes conjugués, et que l'œstrogène transdermique n'était pas associé à un risque accru de TEV (Vinogradova et coll., 2019).

Un examen systématique a évalué plusieurs formulations d'œstrogènes et a permis de trouver une étude rétrospective et une étude transversale qui ont fait des comparaisons directes des risques associés à différentes formulations (Wierckx, Mueller et coll., 2012; Wierckx et coll., 2013). Aucune étude évaluant le risque des différentes formulations d'œstrogènes n'a

utilisé un modèle interventionnel prospectif. L'étude rétrospective a examiné 214 femmes transgenres prenant de l'œstradiol transdermique (gel de 17β-œstradiol 1,5 mg/j ou timbre (patch) d'œstradiol 50 µg/j) ou une prise quotidienne d'œstrogènes oraux (œstradiol 2 mg/j, estriol 2 mg/j, éthinylestradiol 50 mcg/jour, ou éthinylestradiol 30-50 µg dans un contraceptif oral) (Wierckx et coll., 2013). Au cours de la période d'observation de 10 ans, 5 % de la cohorte a développé une TEV, 1,4 % (3 sur 214) a connu un infarctus du myocarde (IM), et 2,3 % (5 sur 214) un accident ischémique transitoire ou un accident vasculaire cérébral (AIT/AVC). La prévalence de la TEV, de l'IM et de l'AIT/AVC a augmenté après l'instauration de l'œstrogénothérapie. Cependant, les auteurs n'ont pas signalé de différences entre les régimes d'œstrogènes en ce qui concerne ces paramètres.

Le même groupe de chercheurs a mené une étude transversale portant sur 50 femmes transgenres (âge moyen de 43 ± 10 ans) prenant de l'œstrogène par voie orale (valérate d'œstradiol 2 mg/j, estriol 2 mg/j ou éthinylestradiol 50-120 µg/j) ou de l'œstradiol transdermique (17β-œstradiol 1,5 mg/j ou œstradiol 50 µg/j) sur une durée de suivi de 9,2 ans (Wierckx, Mueller et coll., 2012). Chez ces personnes, 12 % (n = 6) ont développé une TEV, un IM ou un AIT/AVC. Deux des participantes prenaient des œstrogènes conjugués à raison de 0,625 mg/j (dont une en association avec de l'acétate de cyprotérone), 2 participantes prenaient de l'éthinylestradiol à raison de 20-50 µg/j, 1 prenait de l'acétate de cyprotérone à raison de 50 mg/j, alors que la posologie d'œstrogènes utilisée par la sixième participante n'a pas été définie. Aucun des sujets prenant de l'œstradiol par voie orale ou transdermique n'a présenté de TEV, d'IM ou d'AIT/AVC.

Une étude prospective a examiné la voie d'administration des œstrogènes chez 53 femmes transgenres dans le cadre d'une étude multicentrique menée dans toute l'Europe. Les femmes transgenres âgées de moins de 45 ans (n = 40) ont reçu de la valérate d'œstradiol (4 mg/j) en association avec de l'acétate de cyprotérone (50 mg/j), et les femmes transgenres âgées de plus de 45 ans (n = 13) ont reçu du 17β-œstradiol transdermique, également avec de l'acétate de cyprotérone. Aucun cas de TEV, d'IM ou d'AIT/AVC

n'a été signalé après un suivi d'un an, que ce soit dans le groupe des œstrogènes oraux ou transdermiques. Une autre étude rétrospective réalisée à Vienne n'a révélé aucun cas de TEV chez 162 femmes transgenres utilisant de l'œstradiol transdermique et suivies pendant une durée moyenne de 5 ans (Ott et coll., 2010).

Nous sommes fermement confiants dans notre recommandation contre l'utilisation de l'éthinylestradiol sur la base des données historiques de la clinique d'Amsterdam démontrant une réduction de l'incidence de TEV après l'arrêt de l'utilisation de l'éthinylestradiol et du récent examen systématique démontrant un risque accru de TEV chez les femmes transgenres prenant de l'éthinylestradiol (Weinand et Safer, 2015). Nous sommes confiants de notre recommandation contre l'utilisation des OCE sur la base de l'étude de 2012 de Seal et coll. démontrant un risque accru de TEV chez les femmes transgenres prenant des OCE par rapport à d'autres formulations d'œstrogènes et des données de femmes cisgenres sous traitement hormonal substitutif (Canonica et coll., 2007; Seal et coll., 2012). Des études prospectives et rétrospectives menées chez des femmes transgenres ont fait état de cas de TEV/IM/AVC uniquement chez celles qui prenaient des OCE ou de l'éthinylestradiol. Comme l'œstradiol est peu coûteux, plus largement disponible et semble plus sûr que les OCE dans des études limitées, le comité recommande de ne pas utiliser les OCE lorsque l'œstradiol est une option de traitement disponible. La qualité des études peut être limitée aux études prospectives, transversales ou de cohorte; cependant, le niveau de recommandation le plus élevé est basé sur les données probantes uniformes qui soutiennent l'association entre l'utilisation de l'éthinylestradiol et des OCE et un risque accru de TEV/IM/AVC chez les femmes transgenres.

Nous sommes également confiants de notre recommandation concernant l'administration de préparations transdermiques d'œstrogènes chez les femmes transgenres plus âgées (âge > 45 ans) ou ayant des antécédents de TEV. Cette confiance est basée sur la diminution de l'incidence de TEV rapportée par la clinique d'Amsterdam lorsque les femmes transgenres passent à l'utilisation de préparations transdermiques après l'âge de 40 ans (van Kesteren et coll., 1997). En outre, l'étude de cohorte prospective et multicentrique ENIGI n'a révélé aucune incidence de TEV/IM/AVC

chez les femmes transgenres qui passent systématiquement à l'œstrogène transdermique à l'âge de 45 ans (Dekker et coll., 2016). En outre, une étude réalisée par Ott et coll. n'a démontré aucune incidence de TEV chez 162 femmes transgenres traitées par des timbres (des patches) d'œstradiol (Ott et coll., 2010).

À l'exception de l'acétate de cyprotérone (dont l'utilisation n'est pas autorisée aux États-Unis en raison des risques d'hépatotoxicité), l'utilisation de progestatifs dans les schémas d'hormonothérapie reste controversée. À ce jour, aucune étude de qualité n'a évalué le rôle des progestérones dans l'hormonothérapie pour les patients transgenres.

Nous savons que certains praticiens qui prescrivent des progestatifs, y compris de la progestérone micronisée, ont l'impression qu'il peut y avoir des améliorations dans le développement des seins ou des aréoles, l'humeur, la libido et la forme générale pour ceux qui le souhaitent, ainsi que d'autres avantages qui restent à démontrer (Deutsch, 2016a; Wierckx, van Caenegem et coll., 2014). Toutefois, ces améliorations restent anecdotiques, et il n'existe pas de données de qualité pour étayer cette utilisation des progestatifs. Une tentative d'examen systématique que nous avons commandée pour cette version des SDS n'a pas permis d'obtenir suffisamment de données pour formuler une recommandation en faveur d'un quelconque progestatif. Les données existantes suggèrent plutôt que l'exposition prolongée aux progestatifs est nocive (Safer, 2021).

Pour les femmes cisgenres qui ont un utérus, les progestatifs en association avec des œstrogènes sont nécessaires pour éviter le risque de cancer de l'endomètre associé à l'administration d'œstrogènes non opposés. Pour les femmes cisgenres qui n'ont pas d'utérus, les progestatifs ne sont pas utilisés. Les meilleures données concernant les préoccupations liées à l'utilisation de progestatifs proviennent de comparaisons entre les deux populations cisgenres susmentionnées, ce qui, nous le reconnaissons, n'est pas nécessairement généralisable à cette population. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un effet de classe définitif pour tous les progestatifs, la médroxyprogestérone ajoutée aux œstrogènes équinés combinés est associée à un risque accru de cancer du sein et de problèmes cardiaques (Chlebowski 2020; Manson, 2013). Il est important de souligner que les données des études de la

Women's Health Initiative peuvent ne pas être généralisables aux populations transgenres. Par rapport aux femmes cisgenres étudiées, les populations transgenres qui recherchent une hormonothérapie sont généralement plus jeunes, n'utilisent pas d'œstrogènes équinés et, dans ces cas, l'hormonothérapie porte sur la santé mentale et la qualité de vie actuelles et pas uniquement sur la prévention des risques (Deutsch, 2016a).

Les effets indésirables potentiels des progestatifs comprennent la prise de poids, la dépression et les changements lipidiques. La progestérone micronisée peut être mieux tolérée et avoir une incidence plus favorable sur le profil lipidique que la médroxyprogestérone (Fitzpatrick et coll., 2000). Lorsqu'il est associé aux œstrogènes pour les femmes transgenres, le progestatif acétate de cyprotérone est associé à une augmentation de la prolactine, à une diminution du cholestérol HDL et à de rares cas de méningiomes, ce qui n'est pas le cas lorsque les œstrogènes sont associés à des agonistes de la GnRH ou à la spironolactone (Bisson, 2018; Borghei-Razavi, 2014; Defreyne, Nota et coll., 2017; Sofer et coll., 2020).

Ainsi, les données à ce jour ne fournissent pas de données probantes de qualité soutenant un avantage de la thérapie progestative pour les femmes transgenres. Cependant, la littérature suggère que certains progestatifs peuvent être nocifs, au moins dans le cadre d'une exposition sur plusieurs années. Si, après une discussion sur les risques et les avantages du traitement à la progestérone, la décision de commencer un essai de traitement à la progestérone est prise en collaboration, le prescripteur doit évaluer la réponse de la personne à ce traitement dans un délai d'un an.

Énoncé 12.16

Nous recommandons que les professionnels de la santé prescrivent des médicaments réduisant la testostérone (acétate de cyprotérone, spironolactone ou agonistes de la GnRH) aux personnes TDG admissibles* ayant des testicules et prenant des œstrogènes dans le cadre d'un plan de traitement hormonal, si l'objectif de la personne consiste à se rapprocher des concentrations d'hormones sexuelles circulantes chez les femmes cisgenres.

La plupart des cliniques d'affirmation de genre aux États-Unis et en Europe prescrivent des œstrogènes associés à un médicament diminuant le taux de testostérone (Mamoojee et coll., 2017) (voir le tableau 5 de l'[annexe C](#)). Aux États-Unis, la spironolactone est le médicament le plus couramment prescrit pour réduire le taux de testostérone, tandis que les agonistes de la GnRH sont couramment utilisés au Royaume-Uni et que l'acétate de cyprotérone est le plus souvent prescrit dans le reste de l'Europe (Angus et coll., 2021; Kuijpers et coll., 2021). L'ajout d'un médicament abaissant le taux de testostérone est justifié par deux raisons : 1) abaisser le taux de testostérone dans la fourchette de référence des femmes cisgenres; et 2) réduire la quantité d'œstrogènes nécessaire pour obtenir des effets physiques adéquats. Chaque médicament diminuant la testostérone a un profil d'effets secondaires différent. La spironolactone est un diurétique antihypertenseur et épargneur de potassium, et peut donc entraîner une hyperkaliémie, une augmentation de la fréquence des mictions et une réduction de la pression artérielle (Lin et coll., 2021). L'acétate de cyprotérone a été associé au développement de méningiomes et à l'hyperprolactinémie (Nota et coll., 2018). Les agonistes de la GnRH, bien que très efficaces pour abaisser les taux de testostérone, peuvent entraîner une ostéoporose si les doses d'œstrogènes administrées simultanément sont insuffisantes (Klink, Caris et coll., 2015).

Une revue systématique a permis de relever une étude qui a rapporté les résultats d'une comparaison directe entre deux médicaments abaissant la testostérone : l'acétate de cyprotérone et le leuprolide (Gava et coll., 2016). Deux études ont comparé un groupe de femmes transgenres prenant des œstrogènes et des médicaments réduisant la testostérone à un groupe ne recevant que des œstrogènes. L'examen systématique n'a pas fourni de données probantes suffisantes pour suggérer que l'un des trois médicaments réduisant la testostérone avait un meilleur profil de sécurité en matière d'amélioration de la santé osseuse, des taux de testostérone, des taux de potassium ou de l'incidence de l'hyperprolactinémie ou des méningiomes (Wilson et coll., 2020). Par conséquent, aucune recommandation ne peut être formulée. La revue a indiqué que les régimes à base de

spironolactone étaient associés à une augmentation de 45 % des taux de prolactine, tandis que les régimes à base de cyprotérone augmentaient les taux de prolactine de plus de 100 %. Cependant, la signification clinique des taux élevés de prolactine n'est pas claire, car les taux de prolactinomes n'étaient pas significativement élevés dans les groupes traités à la spironolactone ou à l'acétate de cyprotérone (Wilson et coll., 2020). Une étude de cohorte rétrospective menée dans un seul centre aux États-Unis n'a pas fait état d'augmentations cliniquement importantes des taux de prolactine chez 100 femmes transgenres traitées par œstrogènes et spironolactone (Bisson et coll., 2018). Une étude rétrospective menée aux Pays-Bas auprès de 2 555 femmes transgenres prenant principalement de l'acétate de cyprotérone avec diverses formulations d'œstrogènes a fait état d'une augmentation du rapport standardisé d'incidence des méningiomes chez les patients ayant utilisé de l'acétate de cyprotérone après une gonadectomie pendant de nombreuses années, par rapport à la population néerlandaise générale (Nota et coll., 2018). En outre, dans une étude plus courte réalisée en Belgique, 107 femmes transgenres ont présenté des hausses transitoires des taux de prolactine après un traitement à l'acétate de cyprotérone, qui sont revenus à la normale après l'arrêt du traitement (Defreyne, Nota et coll., 2017). Une publication récente, non incluse dans la revue systématique, a examiné 126 femmes transgenres prenant de la spironolactone, des agonistes de la GnRH ou de la cyprotérone et a conclu que la cyprotérone était associée à des taux de prolactine plus élevés et à un profil lipidique plus mauvais que la spironolactone ou les agonistes de la GnRH (Sofer et coll., 2020). Après avoir pris en compte les coûts et la possibilité de mesurer les taux de prolactine par rapport à la signification clinique d'un taux élevé, il a été décidé de ne pas formuler de recommandation pour ou contre la surveillance des taux de prolactine à l'heure actuelle. Les professionnels de la santé doivent donc prendre des décisions cliniques personnalisées sur la nécessité de mesurer les taux de prolactine en fonction du type de schéma hormonal ou de la présence de symptômes d'hyperprolactinémie ou d'une tumeur hypophysaire (p. ex. galactorrhée, modifications du champ visuel).

La cyprotérone a également été associée aux méningiomes. Neuf cas de méningiome ont été

rapportés dans la littérature chez des femmes transgenres prenant principalement de l'acétate de cyprotérone (Mancini et coll., 2018). Ce risque accru a également été ciblé dans les populations cisgenres. En 2020, l'Agence européenne des médicaments a publié un rapport recommandant que les produits à base de cyprotérone avec des doses quotidiennes de 10 mg ou plus soient restreints en raison du risque de méningiome (European Medicines Agency, 2020). Il est très probable que cette association soit un effet particulier de l'acétate de cyprotérone et qu'elle n'ait pas été extrapolée pour inclure d'autres médicaments réduisant la testostérone. Aux États-Unis, où l'acétate de cyprotérone n'est pas disponible, la base de données de la North American Association of Central Cancer Registries n'a pas recensé de risque accru de tumeurs cérébrales (non spécifiques aux méningiomes) chez les femmes transgenres (Nash et coll., 2018). En outre, il n'y a pas eu d'augmentation du ratio de risque de tumeurs cérébrales dans la cohorte Kaiser de 2 791 femmes transgenres par rapport aux témoins cisgenres (Silverberg et coll., 2017). Aucune étude à long terme n'a fait état du risque de méningiome et de prolactinome chez les femmes transgenres prenant des agonistes de la GnRH.

Notre recommandation appuyée en faveur de l'utilisation de médicaments abaissant la testostérone dans le cadre d'un régime hormonal pour les personnes transgenres ayant des testicules est basée sur la pratique mondiale consistant à utiliser ces médicaments en plus des thérapies à base d'œstrogènes ainsi que sur le risque relativement minime associé à ces thérapies. Cependant, nous ne sommes pas en mesure de formuler une recommandation en faveur d'un médicament réduisant la testostérone plutôt qu'un autre à l'heure actuelle. Les données publiées jusqu'à présent soulèvent certaines inquiétudes quant au risque de méningiome lié à l'utilisation prolongée (>2 ans) et à des doses plus élevées (>10 mg par jour) d'acétate de cyprotérone (Nota et coll., 2018; Ter Wengel et coll., 2016; Weill et coll., 2021).

Le bicalutamide est un antiandrogène utilisé dans le traitement du cancer de la prostate. Il se lie de façon compétitive au récepteur des androgènes pour bloquer la liaison de ces derniers. Les données sur l'utilisation du bicalutamide dans les populations transféminines sont très rares, et les données sur son innocuité font

défaut. Une petite étude a examiné l'utilisation du bicalutamide à raison de 50 mg par jour comme bloqueur de la puberté chez 23 adolescent(e)s transféminin(e)s qui ne pouvaient pas obtenir de traitement avec un analogue de la GnRH (Neyman et coll., 2019). Tou(tes) les adolescent(e)s ont connu un développement mammaire, ce qui est également fréquemment observé chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate et traités au bicalutamide. Bien que rare, une hépatotoxicité fulminante entraînant la mort a été décrite avec le bicalutamide (O'Bryant et coll., 2008). Étant donné que le bicalutamide n'a pas fait l'objet d'études adéquates dans les populations transféminines, nous ne recommandons pas son utilisation systématique.

L'administration d'inhibiteurs de la 5 α -réductase bloque la conversion de la testostérone en dihydrotestostérone, un androgène plus puissant. Les indications approuvées par la Food and Drug Administration concernant l'administration du finastéride sont l'hypertrophie bénigne de la prostate et l'alopecie androgénétique. Les données sur l'utilisation des inhibiteurs de la 5 α -réductase dans les populations transféminines sont très rares (Irwig, 2021). Il n'est pas certain que cette classe de médicaments puisse avoir un quelconque avantage clinique chez les personnes transféminines dont les taux de testostérone et de dihydrotestostérone ont déjà été abaissés à l'aide d'œstrogènes et d'antiandrogènes. Nous ne recommandons donc pas leur utilisation systématique dans les populations transféminines. Le finastéride peut être une option thérapeutique appropriée chez les personnes transmasculines présentant une alopecie embarrassante résultant d'un taux élevé de dihydrotestostérone. Néanmoins, le traitement par un inhibiteur de la 5 α -réductase peut entraver la croissance du clitoris et le développement de la pilosité faciale et corporelle chez les personnes transmasculines. Des études sont nécessaires pour évaluer l'efficacité et l'innocuité des inhibiteurs de la 5 α -réductase dans les populations transgenres.

Énoncé 12.17

Nous recommandons que les professionnels de la santé surveillent l'hématocrite (ou le taux d'hémoglobine) chez les personnes TDG traitées à la testostérone.

Des données de bonne qualité suggèrent qu'une augmentation de l'hématocrite (ou du taux d'hémoglobine) est associée aux personnes TDG traitées à la testostérone (Defreyne et coll., 2018). Les schémas de testostérone étudiés dans l'examen systématique comprenaient des esters de testostérone allant de l'équivalent de 25 à 250 mg par voie sous-cutanée ou intramusculaire par semaine, de l'undécanoate de testostérone à 1 000 mg toutes les 12 semaines, ou un gel de testostérone à 50 mg appliqué quotidiennement sur la peau (Defreyne et coll., 2018; Gava et coll., 2018; Giltay et coll., 2000; Meriggiola et coll., 2008; Pelusi et coll., 2014; T'Sjoen et coll., 2005; Wierckx, van Caenegem et coll., 2014; Wierckx, Van de Peer et coll., 2014). L'augmentation attendue devrait être uniforme avec les fourchettes de référence chez les hommes cisgenres.

Énoncé 12.18

Nous suggérons que les professionnels de la santé collaborent avec les chirurgiens en ce qui concerne l'utilisation d'hormones avant et après la chirurgie d'affirmation de genre. Pour le texte justificatif, voir l'énoncé 12.19.

Énoncé 12.19

Nous suggérons que les professionnels de la santé conseillent les personnes TDG au sujet des différentes options disponibles pour la chirurgie d'affirmation de genre, à moins que la chirurgie ne soit pas indiquée ou qu'elle soit médicalement contre-indiquée.

Malgré l'absence de données probantes, les normes cliniques périopératoires pour les chirurgies d'affirmation de genre prévoient l'arrêt de l'hormonothérapie pendant 1 à 4 semaines avant et après la chirurgie, le plus souvent pour les chirurgies génitales (Hembree et coll., 2009). Cette pratique visait à atténuer le risque de TEV associé à l'administration d'œstrogènes exogènes (Hembree et coll., 2009). Les œstrogènes et la testostérone peuvent être repris à un moment donné après l'opération.

Après un examen approfondi, les chercheurs n'ont pas constaté d'augmentation périopératoire du taux de TEV chez les personnes transgenres obtenant une intervention chirurgicale tout en étant maintenues sous traitement aux stéroïdes sexuels pendant toute la durée

de l'intervention, par rapport à celui chez les patients dont le traitement aux stéroïdes sexuels a été interrompu avant l'opération (Gaither et coll., 2018; Hembree et coll., 2009; Kozato et coll., 2021; Prince et Safer, 2020). Le traitement par stéroïdes sexuels est particulièrement important après la gonadectomie pour éviter les séquelles de l'hypogonadisme, le risque d'ostéoporose, et pour le maintien de la santé mentale et de la qualité de vie (Fisher, Castellini et coll., 2016; Rosen et coll., 2019). Par conséquent, les fournisseurs d'hormones et les chirurgiens doivent informer les patients de la nécessité d'une hormonothérapie exogène continue après la gonadectomie.

Pour être en mesure d'éduquer les patients et de servir de défenseurs cliniques, les professionnels de la santé devraient connaître les risques et les avantages des chirurgies d'affirmation de genre et être conscients également des mesures de rendement et des résultats chirurgicaux des chirurgiens vers lesquels ils pourraient orienter les patients (Beek, Kreukels et coll., 2015; Colebunders et coll., 2017; Wiepjes et coll., 2018). En général, on peut considérer que la plupart des interventions chirurgicales médicalement nécessaires concernent trois régions : le visage, la poitrine et les organes génitaux (internes et externes). Les autres procédures médicalement nécessaires comprennent la chirurgie du corps et des cordes vocales (voir l'énoncé relatif à la nécessité médicale au chapitre 2 – Applicabilité mondiale, énoncé 2.1).

De multiples procédures sont disponibles pour les chirurgies faciales d'affirmation de genre, y compris, mais sans s'y limiter, la chondrolaryngoplastie, la rhinoplastie, le traçage ou l'augmentation de la mâchoire, du menton et du front, la rhytidectomie, l'épilation et la transplantation de cheveux (voir le chapitre 13 – Chirurgie et soins postopératoires). Les procédures disponibles pour la chirurgie de la poitrine comprennent l'augmentation mammaire, la double mastectomie avec greffe de mamelons, la mastectomie périaréolaire et la liposuction. La chirurgie d'affirmation de genre la plus courante pour les personnes TDG ayant un développement mammaire endogène est la chirurgie de masculinisation de la poitrine (mastectomie) (Horbach et coll., 2015; Kailas et coll., 2017).

Les interventions de chirurgie des organes génitaux internes comprennent, sans s'y limiter, l'orchidectomie,

l'hystérectomie, la salpingo-ovariectomie, la vaginoplastie et la colpectomie/vaginectomie (Horbach et coll., 2015; Jiang et coll., 2018). Le revêtement intérieur de la vaginoplastie est généralement constitué de peau pénienne, de greffes de peau, d'une combinaison des deux ou d'un segment d'intestin. L'ablation de l'utérus et des ovaires peut être réalisée individuellement ou en une seule fois (hystérectomie, salpingo-ovariectomie et colpectomie). Si une colpectomie est pratiquée, une hystérectomie doit également être réalisée. Les ovaires peuvent rester in situ, à la demande de la personne. L'avantage potentiel de laisser un ovaire ou les deux est la préservation de la fertilité, tandis que l'inconvénient est le risque de développement d'une pathologie ovarienne, y compris le cancer (De Roo et coll., 2017).

Les interventions de chirurgie des organes génitaux externes comprennent, sans s'y limiter, la vulvoplastie, la métoïdioplastie et la phalloplastie (Djordjevic et coll., 2008; Frey et coll., 2016). Une épilation est généralement nécessaire avant de procéder à des interventions sur les organes génitaux externes (Marks et coll., 2019). La vulvoplastie peut comprendre la création du mont du pubis, des lèvres, du clitoris et de l'ouverture de l'urètre. L'allongement de l'urètre est une option pour la métoïdioplastie et la phalloplastie, mais il est associé à un taux de complications considérablement accru (Schechter et Safa, 2018). Les soins des plaies et la thérapie physique sont nécessaires pour gérer les plaies résultant des zones donneuses pour la phalloplastie (van Caenegem, Verhaeghe et coll., 2013). La physiothérapie pelvienne peut également être un complément important à l'intervention après la chirurgie pour la gestion de la fonction mictionnelle et sexuelle (Jiang et coll., 2019). Le dialogue, la compréhension mutuelle et une communication claire dans un langage commun entre les patients, les professionnels de la santé et les chirurgiens contribueront à la prise de décisions réfléchies sur les procédures chirurgicales disponibles.

Énoncé 12.20

Nous recommandons que les professionnels de la santé initient et poursuivent une hormonothérapie d'affirmation de genre pour les personnes TDG admissibles* qui ont besoin de ce traitement en raison d'une amélioration démontrée du

fonctionnement psychosocial et de la qualité de vie. Pour le texte justificatif, voir l'énoncé 12.21.

Énoncé 12.21

Nous recommandons que les professionnels de la santé maintiennent l'hormonothérapie existante si la santé mentale de la personne TDG se détériore et évaluent la raison de cette détérioration, à moins de contre-indication.

Plusieurs disparités en matière de santé mentale ont été relevées dans la population transgenre, notamment la dépression, la suicidalité, l'anxiété, la diminution de l'estime de soi et le trouble de stress post-traumatique (Arcelus et coll., 2016; Becerra-Culqui et coll., 2018; Bouman et coll., 2017; Eisenberg et coll., 2017; Heylens, Elaut et coll., 2014; Witcomb et coll., 2018). Le modèle de stress minoritaire de genre fournit des données probantes de plusieurs médiateurs et modérateurs de ces disparités (Hendricks et Testa, 2012; Meyer, 2003). Les médiateurs et modérateurs des disparités en matière de santé mentale propres aux personnes transgenres comprennent les expériences de discrimination, de victimisation, de mauvaise identification du genre, de rejet familial et de transphobie internalisée (Hendricks et Testa, 2012). Les facteurs qui ont un effet positif sur la santé mentale comprennent l'acceptation familiale, les relations romantiques et sociales de soutien, les liens avec la communauté transgenre, la protection par des politiques d'affirmation et d'inclusion, la possession d'un prénom légal et de documents de genre à jour, et la réalisation d'une transition physique de genre basée sur des objectifs de corporéité individualisés (Bauer et coll., 2015; Bockting et coll., 2013; Bouman et coll., 2016; Davey et coll., 2014; de Vries et coll., 2014; Du Bois et coll., 2018; Gower, Rider, Brown et coll., 2018; Hendricks et Testa, 2012; Keo-Meier et coll., 2015; Meier et coll., 2013; Pflum et coll., 2015; Ryan et coll., 2010; Smith et coll., 2018).

On a constaté que l'hormonothérapie avait un effet positif sur la santé mentale et la qualité de vie des jeunes et des adultes TDG qui s'engagent dans ce traitement (Aldridge et coll., 2020; Allen et coll., 2019; Bauer et coll., 2015; Nobili et coll., 2018; Russell et coll., 2018; Ryan, 2009). Dans de nombreux cas, l'hormonothérapie est considérée comme une intervention vitale (Allen et coll., 2019; Grossman et

D'Augelli, 2006; Moody et coll., 2015). Plusieurs études ont mis en évidence des associations entre l'instauration d'une hormonothérapie et l'amélioration de la santé mentale chez les jeunes et les adultes (Aldridge et coll., 2020; Costa et coll., 2016; de Vries et coll., 2014; Kuper et coll., 2020; Nguyen et coll., 2018; White Hughto et Reisner, 2016), notamment des améliorations de la qualité de vie (Gorin-Lazard et coll., 2012; Gorin-Lazard et coll., 2013; Murad et coll., 2010; Newfield et coll., 2006; Nobili et coll., 2018; White Hughto et Reisner, 2016), une réduction de l'anxiété et de la dépression (Aldridge et coll., 2020; Colizzi et coll., 2014; Davis et Meier, 2014; de Vries, Steensma et coll., 2011; Gómez-Gil et coll., 2012; Rowniak et coll., 2019) et une diminution du stress et de la paranoïa (Keo-Meier et Fitzgerald, 2017). Un essai prospectif et contrôlé utilisant le Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) a démontré une amélioration notable de multiples domaines du fonctionnement psychologique chez des hommes transgenres après seulement trois mois de traitement à la testostérone (Keo-Meier et coll., 2015). Bien que les taux de symptômes liés au trouble du spectre de l'autisme soient plus élevés dans la population transgenre que dans la population générale, il n'a pas été constaté que ces symptômes augmentent après le début de l'hormonothérapie (Nobili et coll., 2020).

Étant donné qu'une réduction des symptômes dépressifs peut être corrélée à une diminution du risque

de suicide, le refus d'une hormonothérapie en raison de la présence d'une dépression ou d'une suicidalité peut être préjudiciable (Keo-Meier et coll., 2015; Levy et coll., 2003). Turban, King et coll. (2020) ont constaté une diminution des risques d'idées suicidaires au cours de la vie chez les adolescent(e)s qui avaient besoin d'une suppression de la puberté et qui y avaient accès, par rapport à ceux qui avaient un désir similaire, mais qui n'y avaient pas accès (Turban, King et coll., 2020). Un examen systématique récent a montré que la suppression de la puberté chez les adolescent(e)s TDG était associée à une amélioration de la vie sociale, à une diminution de la suicidalité à l'âge adulte, à un meilleur fonctionnement psychologique et à une meilleure qualité de vie (Rew et coll., 2020). Étant donné que les données probantes suggèrent que l'hormonothérapie est directement liée à la diminution des symptômes de dépression et d'anxiété, la pratique consistant à suspendre l'hormonothérapie jusqu'à ce que ces symptômes soient abordés par la psychiatrie traditionnelle est considérée comme ayant des effets iatrogènes (Keo-Meier et coll., 2015). Si un traitement psychiatrique est indiqué, il peut être commencé ou ajusté en même temps, sans interrompre l'hormonothérapie.

**Pour les critères d'admissibilité des adolescent(e)s et des adultes, veuillez vous reporter au chapitre 5 – Évaluation des adultes et au chapitre 6 – Adolescent(e)s, ainsi qu'à l'annexe D.*

CHAPITRE 13 · CHIRURGIE ET SOINS POSTOPÉRATOIRES

La chirurgie d’affirmation de genre médicalement nécessaire fait référence à une constellation de procédures destinées à aligner le corps d’une personne sur son identité de genre (voir l’énoncé relatif à la nécessité médicale au chapitre 2 – Applicabilité mondiale, énoncé 2.1). Le présent chapitre décrit les recommandations en matière de chirurgie et de soins postopératoires pour les adultes et les adolescent(e)s transgenres et de la diversité de genre (TDG). Veuillez vous reporter au chapitre 5 – Évaluation des adultes et au chapitre 6 – Adolescent(e)s pour les critères d’évaluation liés à la chirurgie pour les adultes et les adolescent(e)s, respectivement. Un résumé des recommandations et des critères d’évaluation figure à l’[annexe D](#).

Compte tenu de la diversité et de l’hétérogénéité de la communauté des personnes qui s’identifient comme TDG, les interventions chirurgicales visant à affirmer le genre peuvent être classées selon un éventail de procédures pour les personnes assignées au sexe masculin à la naissance (AMAN) et assignées au sexe féminin à la naissance (AFAN).

La littérature actuelle confirme les avantages de la chirurgie d’affirmation de genre pour les personnes TDG sélectionnées de manière appropriée. Bien que des complications surviennent à la suite de certaines chirurgies d’affirmation de genre, bon nombre d’entre elles sont mineures ou peuvent être traitées en consultation externe (Canner et coll., 2018; Gaither et coll., 2018; Morrison et coll., 2016). En outre, les taux de complications sont conformes à ceux d’interventions similaires réalisées pour des diagnostics différents (interventions ne visant pas à affirmer le genre).

Chez les personnes AFAN, la chirurgie thoracique d’affirmation de genre ou « chirurgie du haut » (mastectomie sous-cutanée) a été étudiée dans des études de cohorte prospectives (Agarwal et coll., 2018; Frederick et coll., 2017; Top et Balta, 2017; van de Grift, Elaut et coll., 2017; van de Grift et coll., 2016), rétrospectives (Bertrand et coll., 2017; Claes et coll., 2018; Esmonde et coll., 2019; Lo Russo et coll., 2017; Marinkovic et Newfield, 2017; Poudrier et coll., 2019; Wolter et coll., 2015; Wolter et coll., 2018) et transversales (Olson-Kennedy, Warus et coll., 2018;

Owen-Smith et coll., 2018; van de Grift, Elaut et coll., 2018; van de Grift, Elfering et coll., 2018). L’efficacité de la chirurgie thoracique a été démontrée dans de nombreux domaines, notamment une augmentation directe et constante de la qualité de vie liée à la santé, une diminution importante de la dysphorie de genre et une augmentation constante de la satisfaction à l’égard du corps et de l’apparence. En outre, les taux de regret restent très faibles, variant de 0 à 4 %. Bien que l’effet de la chirurgie thoracique sur d’autres mesures de résultats telles que la dépression, l’anxiété et la fonction sexuelle ait également démontré un avantage, les études connexes ne sont pas suffisamment solides pour tirer des conclusions définitives. Bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour tirer des conclusions plus solides, les données probantes montrent que la chirurgie thoracique est une intervention sûre et efficace.

Chez les personnes AMAN, moins d’études ont été publiées sur la chirurgie mammaire d’affirmation de genre (augmentation mammaire), dont deux études de cohorte prospectives (Weigert et coll., 2013; Zavlin et coll., 2018), une étude de cohorte rétrospective (Fakin et coll., 2019) et trois études de cohorte transversales (Kanhai et coll., 2000; Owen-Smith et coll., 2018; van de Grift, Elaut et coll., 2018). Toutes les études ont fait état d’une amélioration constante et directe de la satisfaction des patients, notamment de la satisfaction générale, de l’image corporelle et de l’image du corps après l’opération. Owen-Smith et coll. (2018) ont démontré une tendance positive d’amélioration des cotes de dépression et d’anxiété avec des niveaux croissants d’interventions d’affirmation de genre. Cependant, il n’y a pas eu de comparaison statistique entre les personnes ayant obtenu une chirurgie thoracique et tout autre groupe.

La vaginoplastie est l’une des interventions chirurgicales d’affirmation de genre les plus fréquemment rapportées; huit études de cohorte prospectives (Buncamper et coll., 2017; Cardoso da Silva et coll., 2016; Kanhai, 2016; Manero Vazquez et coll., 2018; Papadopulos, Zavlin et coll., 2017; Tavakkoli Tabassi et coll., 2015; Wei et coll., 2018; Zavlin et coll., 2018), 15 études de cohorte rétrospectives (Bouman, van der Sluis et coll., 2016; Buncamper et coll., 2015; Hess et coll., 2016; Jiang et coll., 2018; LeBreton et coll., 2017; Manrique et coll.,

2018; Massie et coll., 2018; Morrison et coll., 2015; Papadopulos, Lelle et coll., 2017; Raigosa et coll., 2015; Salgado et coll., 2018; Seyed-Frootan et coll., 2018; Sigurjonsson et coll., 2017; Simonsen et coll.,

2016; Thalaivirithan et coll., 2018), et 3 études de cohorte transversales ont été récemment signalées (Castellano et coll., 2015; Owen-Smith et coll., 2018; van de Grift, Elaut et coll., 2018).

Énoncés de recommandations

13.1 - Nous recommandons que les chirurgiens qui pratiquent des interventions chirurgicales d'affirmation de genre aient les compétences suivantes :

13.1.a - une formation et une supervision consignée concernant les interventions d'affirmation de genre;

13.1.b - le maintien d'une pratique active concernant les interventions chirurgicales d'affirmation de genre;

13.1.c - la connaissance des diverses identités et expressions de genre;

13.1.d - une formation continue dans le domaine de la chirurgie d'affirmation de genre;

13.1.e - un suivi des résultats chirurgicaux.

13.2 - Nous recommandons que les chirurgiens évaluent les facteurs de risque associés au cancer du sein chez les personnes TDG avant de procéder à une augmentation mammaire ou à une mastectomie.

13.3 - Nous recommandons, au cours du processus préopératoire, que les chirurgiens informent les personnes TDG qui obtiennent des interventions chirurgicales d'affirmation de genre quant aux exigences en matière de soins postopératoires, de déplacements et d'hébergement, ainsi qu'à l'importance du suivi postopératoire.

13.4 - Nous recommandons que les chirurgiens confirment qu'ils ont discuté des options de reproduction avant la gonadectomie chez les personnes TDG.

13.5 - Nous suggérons que les chirurgiens envisagent de proposer une gonadectomie aux adultes TDG admissibles* lorsqu'il s'avère qu'ils ont toléré un minimum de six mois d'hormonothérapie (sauf si l'hormonothérapie substitutive ou la suppression des gonades n'est pas cliniquement indiquée ou si la procédure est incompatible avec les désirs, les objectifs ou les expressions de l'identité de genre individuelle de la personne).

13.6 - Nous suggérons que les professionnels de la santé envisagent des interventions génitales d'affirmation de genre pour les adultes TDG admissibles* qui recherchent ces interventions lorsqu'il est prouvé que la personne a été stable dans son régime de traitement actuel (qui peut comprendre au moins six mois d'hormonothérapie ou une période plus longue s'il y a lieu pour atteindre le résultat chirurgical souhaité, sauf si l'hormonothérapie n'est pas souhaitée ou est médicalement contre-indiquée).

13.7 - Nous recommandons que les chirurgiens envisagent des interventions chirurgicales d'affirmation de genre pour les adolescent(e)s TDG admissibles* lorsqu'il est prouvé qu'une approche multidisciplinaire incluant des professionnels de la santé mentale et de la médecine a été utilisée dans le processus de prise de décision.

13.8 - Nous recommandons que les chirurgiens consultent une équipe multidisciplinaire étendue de professionnels dans le domaine de la santé transgenre lorsque des personnes TDG admissibles* demandent des interventions chirurgicales personnalisées (précédemment appelées « non standard ») dans le cadre d'une intervention chirurgicale d'affirmation de genre.

13.9 - Nous suggérons que les chirurgiens qui s'occupent d'hommes transgenres et de personnes de la diversité de genre ayant obtenu une métoïdioplastie/phalloplastie encouragent un suivi urologique à vie.

13.10 - Nous recommandons que les chirurgiens qui s'occupent de femmes transgenres et de personnes de la diversité de genre ayant obtenu une vaginoplastie encouragent un suivi auprès de leur chirurgien principal, de leur médecin traitant ou de leur gynécologue.

13.11 - Nous recommandons que les patients qui regrettent leur intervention chirurgicale liée au genre soient pris en charge par une équipe multidisciplinaire experte.

* Pour les critères d'admissibilité des adolescent(e)s et des adultes, veuillez vous reporter aux chapitres sur l'évaluation des adultes et les adolescent(e)s et à l'[annexe D](#).

Bien que différentes mesures d'évaluation aient été utilisées, les résultats de toutes les études ont systématiquement fait état d'un niveau élevé de satisfaction des patients (78-100 %) ainsi que de satisfaction à l'égard de la fonction sexuelle (75-100 %). Cela était particulièrement évident au moment d'utiliser des techniques chirurgicales plus récentes. La vaginoplastie d'affirmation de genre a également été associée à un faible taux de complications et à une faible incidence de regret (0-8 %).

La littérature récente reflète l'intérêt clinique accru pour la métoïdioplastie et la phalloplastie comme reflété par trois études de cohorte prospectives (Garaffa et coll., 2010; Stojanovic et coll., 2017; Vukadinovic et

coll., 2014), six études de cohorte rétrospectives (Cohanzad, 2016; Garcia et coll., 2014; Simonsen et coll., 2016; van de Grift, Pigot et coll., 2017; van der Sluis et coll., 2017; Zhang et coll., 2015) et 4 études de cohorte transversales (Castellano et coll., 2015; Owen-Smith et coll., 2018; van de Grift, Elaut et coll., 2018; Wierckx, Van Caenegem et coll., 2011), qui ont examiné les risques et les avantages de ces procédures.

En ce qui concerne la fonction urinaire, entre 75 et 100 % des participants à l'étude étaient capables d'uriner en position debout. Concernant la fonction sexuelle, entre 77 et 95 % des participants à l'étude se sont déclarés satisfaits de leur fonction sexuelle. La plupart de ces études font état de taux de satisfaction

postopératoire élevés (83-100 %), avec des taux de satisfaction plus élevés dans les études visant des techniques chirurgicales plus récentes. Deux études de cohortes prospectives et deux études de cohortes rétrospectives ont spécialement évalué les regrets à la suite d'une intervention chirurgicale et ont constaté qu'aucun homme transgenre n'éprouvait de regrets. Bien que l'on ait relevé les limites de l'étude, les résultats signalés sont uniformes et directs. Ces dernières années, la chirurgie faciale d'affirmation de genre a fait l'objet d'une attention accrue, et la littérature actuelle confirme ses avantages. Huit publications récentes comprennent une étude de cohorte prospective (Morrison et coll., 2020), cinq études de cohorte rétrospectives (Bellinga et coll., 2017; Capitán et coll., 2014; Noureai et coll., 2007; Raffaini et coll., 2016; Simon et coll., 2022), et deux études transversales (Ainsworth et Spiegel, 2010; van de Grift, Elaut et coll., 2018). Les huit études ont clairement démontré que les personnes étaient très satisfaites de leurs résultats chirurgicaux (entre 72 % et 100 % des personnes). En outre, les personnes étaient nettement plus satisfaites de l'apparence de leur visage que celles qui n'avaient pas obtenu d'intervention chirurgicale. Une étude de cohorte prospective, internationale et multicentrique a révélé que la chirurgie faciale d'affirmation de genre améliorait considérablement la qualité de vie à moyen et à long terme (Morrison et coll., 2020). Les résultats étaient directs et uniformes, mais quelque peu imprécis en raison de certaines limites de l'étude. Bien que la chirurgie faciale d'affirmation de genre pour les personnes AFAN soit un domaine émergent, les données limitées actuelles indiquent des avantages égaux pour certains patients. D'autres études sont recommandées.

Des procédures ou interventions supplémentaires telles que l'épilation (avant la chirurgie faciale ou génitale) peuvent être nécessaires dans le cadre du processus préopératoire (voir le chapitre 15 – Soins primaires). En outre, la consultation en thérapie physique du plancher pelvien peut être importante (ou nécessaire) à la fois avant et après l'opération.

Les interventions chirurgicales représentatives comprennent (pour une liste complète, voir l'[annexe E](#) et la fin du présent chapitre) :

AMAN : chirurgie de féminisation du visage (y compris chondrolaryngoplastie/chirurgie des cordes vocales), chirurgie mammaire d'affirmation de genre, procédures de remodelage du corps, orchidectomie, vagino/vulvoplastie (avec ou sans profondeur), procédures esthétiques et procédures destinées à préparer les personnes à la chirurgie (p. ex. épilation).

AFAN : chirurgie de masculinisation du visage, chirurgie thoracique d'affirmation de genre, hystérectomie/ovariectomie, métoidioplastie (y compris la pose d'une prothèse testiculaire), phalloplastie (y compris la pose d'une prothèse testiculaire/pénienne), procédures de remodelage du corps, procédures esthétiques et procédures destinées à préparer les personnes à la chirurgie (p. ex. épilation).

Il est important que les chirurgiens comprennent les indications et le moment indiqué pour une chirurgie d'affirmation de genre. Cela est particulièrement important pour les soins aux adolescent(e)s (voir le chapitre 6 – Adolescent(e)s).

Il est important que le chirurgien et le patient participent à une approche de prise de décision commune qui comprend 1) une approche multidisciplinaire; 2) une compréhension des objectifs du patient et de ses attentes; 3) une discussion sur les options chirurgicales et les risques et avantages connexes; et 4) un plan de suivi éclairé (voir le chapitre 5 – Évaluation des adultes). Ces recommandations sont conçues pour favoriser une approche personnalisée des soins.

Des soins postopératoires appropriés sont essentiels pour optimiser les résultats (Buncamper et coll., 2015; Lawrence, 2003), et il est important que les patients soient informés de leurs besoins postopératoires (y compris les soins locaux de la plaie, les restrictions d'activité, l'absence du travail ou de l'école, etc.). En outre, il est important que le chirurgien soit disponible pour fournir et faciliter les soins postopératoires, orienter vers des services spécialisés, ou les deux, selon les besoins. Il peut s'agir du besoin d'un soutien continu (du soignant, mais aussi du professionnel de soins primaires, des professionnels de la santé mentale ou des deux), ainsi que du besoin en matière de soins primaires de routine (dépistage du cancer du sein/de la poitrine, soins urologiques/gynécologiques, etc.).

Avec l'augmentation de l'intérêt du public et du nombre de procédures chirurgicales d'affirmation de

genre (Canner et coll., 2018; Ross, 2017; Shen et coll., 2019), une formation supplémentaire, un suivi des résultats et une formation médicale continue pour les chirurgiens sont nécessaires (Schechter et coll., 2017).

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des données probantes, d'une évaluation des bénéfices et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas, nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les services peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables.

Énoncé 13.1

Nous recommandons que les chirurgiens qui pratiquent des interventions chirurgicales d'affirmation de genre aient les compétences suivantes :

- a. **une formation et une supervision consignée concernant les interventions d'affirmation de genre;**
- b. **le maintien d'une pratique active concernant les interventions chirurgicales d'affirmation de genre;**
- c. **la connaissance des diverses identités et expressions de genre;**
- d. **une formation continue dans le domaine de la chirurgie d'affirmation de genre;**
- e. **un suivi des résultats chirurgicaux.**

Les chirurgiens qui proposent la chirurgie d'affirmation de genre peuvent avoir une formation et des antécédents variés en matière de spécialités chirurgicales. Les spécialités chirurgicales les plus courantes sont la chirurgie plastique, l'urologie, la gynécologie, l'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie oro-maxillo-faciale (Jazayeri et coll., 2021). Comme pour les autres domaines chirurgicaux, nous recommandons que seuls les chirurgiens certifiés ou admissibles à la certification par leur ordre professionnel national respectif proposent la chirurgie d'affirmation de genre. En outre, il est recommandé que les chirurgiens offrant des soins aux personnes TDG aient reçu une formation reconnue sur les interventions d'affirmation de genre et les principes des soins d'affirmation de genre (Schechter et coll., 2017;

Schechter et Schechter, 2019). Cette formation comprend, sans s'y limiter, la connaissance des identités et des expressions de la diversité de genre et leur influence sur les objectifs, les attentes et les résultats de la personne. Il est important que les chirurgiens qui proposent une chirurgie d'affirmation de genre connaissent les procédures disponibles et puissent donner leur consentement en toute connaissance de cause. Si le chirurgien ne consent pas à la procédure demandée, il peut aiguiller la personne pour un deuxième avis. Les chirurgiens qui proposent des chirurgies d'affirmation de genre doivent participer à des activités de formation continue dans le domaine des chirurgies d'affirmation de genre (réunions, conférences, séminaires, etc.) afin de maintenir leurs connaissances à jour. Nous recommandons en outre que les résultats chirurgicaux soient suivis et communiqués aux patients dans le cadre du consentement éclairé (Schechter et coll., 2017).

En outre, les hôpitaux, les institutions et les cabinets de médecins qui proposent des chirurgies d'affirmation de genre doivent connaître les compétences culturelles (c'est-à-dire la langue, la terminologie, etc.). Cela peut nécessiter une formation continue et régulière du personnel.

Énoncé 13.2

Nous recommandons que les chirurgiens évaluent les facteurs de risque associés au cancer du sein chez les personnes TDG avant de procéder à une augmentation mammaire ou à une mastectomie.

Avant une augmentation mammaire ou une mastectomie, les personnes doivent être informées des facteurs de risque de cancer du sein, y compris les mutations génétiques (p. ex. BRCA1, BRCA2), les antécédents familiaux, l'âge, les radiations, l'exposition aux œstrogènes et la quantité de tissu mammaire qui devrait subsister après l'opération (Brown, Lourenco et coll., 2021; Brown et Jones, 2015; Colebunders et coll., 2014; Gooren et coll., 2013; Salibian et coll., 2021; Weyers et coll., 2010). Pour le dépistage du cancer du sein, il faut trouver un équilibre entre la découverte du cancer et le choix de l'imagerie, des examens et des procédures appropriés. Actuellement, il n'existe pas de lignes directrices sur le dépistage fondées sur des données probantes et propres aux personnes TDG (Salibian et coll., 2021), mais des lignes directrices

récentes ont été proposées par l'American College of Radiology (Brown, Lourenco et coll., 2021). Étant donné que le risque de cancer chez les personnes souhaitant bénéficier d'une augmentation mammaire ou d'une mastectomie pour affirmer leur genre est similaire à celui de la population générale (même dans le cadre de l'utilisation d'hormones), les lignes directrices existantes en matière de dépistage du cancer doivent être suivies (Brown et Jones, 2015; Gooren et coll., 2013; Salibian et coll., 2021; Weyers et coll., 2010). Les professionnels doivent se tenir au courant des mises à jour de ces lignes directrices, car elles sont susceptibles d'être modifiées. Les personnes qui obtiennent une chirurgie thoracique d'affirmation de genre doivent faire l'objet d'une surveillance continue du cancer du sein, qui doit être effectuée par leurs professionnels de soins primaires.

Énoncé 13.3

Nous recommandons au cours du processus préopératoire, que les chirurgiens informent les personnes TDG qui obtiennent des interventions chirurgicales d'affirmation de genre quant aux exigences en matière de soins postopératoires, de déplacements et d'hébergement, ainsi qu'à l'importance du suivi postopératoire.

Les détails concernant le calendrier, la technique et la durée des soins postopératoires sont communiqués aux patients avant l'opération, de manière à ce qu'une planification appropriée puisse être entreprise. Il faut notamment discuter des étapes prévues des interventions chirurgicales (et des exigences de déplacement qui en découlent). Étant donné le petit nombre de chirurgiens spécialisés dans la chirurgie d'affirmation de genre, il est fréquent que les patients se déplacent pour leur intervention. Avant l'opération, les chirurgiens doivent fournir aux patients un calendrier de suivi postopératoire. Le chirurgien doit discuter de la durée du déplacement de la personne, du séjour prévu en hospitalisation ou en consultation externe, et de la nécessité d'une certaine souplesse dans l'organisation du déplacement (en particulier en cas de complications). Compte tenu de la complexité et du coût des déplacements et de l'hébergement, les modifications apportées au plan de soins doivent être communiquées au patient le plus tôt possible. Les

chirurgiens doivent organiser la continuité des soins avec un professionnel local lors du retour à la maison.

Les soins et le suivi post-chirurgical sont importants. Les interventions chirurgicales d'affirmation de genre entraînent souvent des besoins particuliers en matière de soins postopératoires, tels que des ressources postopératoires (logement stable et sans danger; ressources pour les déplacements et les soins de suivi), des instructions sur les habitudes positives en matière de santé (p. ex. hygiène personnelle, mode de vie sain, prévention des infections des voies urinaires et des infections transmissibles sexuellement [ITS]) (Wierckx, Van Caenegem et coll., 2011), des précautions postopératoires ou des limitations des activités de la vie quotidienne (p. ex. bain, activité physique, exercice, conseils nutritionnels, reprise de l'activité sexuelle) (Capitán et coll., 2020), la reprise des médicaments (anticoagulants, hormones, etc.) et les activités détaillées d'autosoins postopératoires (p. ex. dilatation postvaginoplastie et douches vaginales, activation d'une prothèse pénienne, stratégies pour optimiser la miction postphalloplastie, recommandations pour le soin des greffes de cheveux) (Capitán et coll., 2017; Falcone et coll., 2018; Garcia, 2018; Hoebeke et coll., 2005). Certains aspects des activités d'autosoins peuvent être introduits avant l'opération et renforcés après celle-ci (Falcone et coll., 2018). Étant donné que des problèmes tels que des perturbations de la plaie, des difficultés de dilatation et des infections urinaires peuvent survenir (Dy et coll., 2019), la période de suivi offre l'occasion d'intervenir en cas de complications, de les atténuer et de les prévenir (Buncamper et coll., 2016; Garcia, 2021).

Énoncé 13.4

Nous recommandons que les chirurgiens confirment qu'ils ont discuté des options de reproduction avant la gonadectomie chez les personnes TDG.

L'infertilité est souvent une conséquence de l'hormonothérapie d'affirmation de genre (temporaire) et de la chirurgie d'affirmation de genre (permanente), et l'on doit discuter de la préservation de la fertilité avant les interventions médicales, chirurgicales ou les deux (Defreyne, van Schuylenbergh et coll., 2020; Jahromi et coll., 2021; Jones et coll., 2021). Les interventions chirurgicales qui modifient l'anatomie ou

la fonction reproductive peuvent limiter les futures options de reproduction dans différentes mesures (Nahata et coll., 2019). Il est donc essentiel de discuter du risque d'infertilité et des options de préservation de la fertilité avec les personnes transgenres et leur famille avant d'entamer l'une de ces interventions et de manière continue par la suite (Hembree et coll., 2017).

Pour des recommandations précises concernant les options en matière de reproduction, voir le chapitre 16 – Santé reproductive.

Énoncé 13.5

Nous suggérons que les chirurgiens envisagent de proposer une gonadectomie aux adultes TDG admissibles* lorsqu'il s'avère qu'ils ont toléré un minimum de six mois d'hormonothérapie (sauf si l'hormonothérapie substitutive ou l'inhibition gonadique n'est pas cliniquement indiquée ou si la procédure est incompatible avec les désirs, les objectifs ou les expressions de l'identité de genre individuelle de la personne). Pour le texte justificatif, voir l'énoncé 13.6.

Énoncé 13.6

Nous suggérons que les professionnels de la santé envisagent des interventions génitales d'affirmation de genre pour les adultes TDG admissibles* qui recherchent ces interventions lorsqu'il est déterminé que la personne a été stable dans son régime de traitement actuel (qui peut comprendre au moins six mois d'hormonothérapie, ou une période plus longue s'il y a lieu, pour atteindre le résultat chirurgical souhaité, sauf si l'hormonothérapie n'est pas souhaitée ou est médicalement contre-indiquée).

L'hormonothérapie d'affirmation de genre entraîne des changements anatomiques, physiologiques et psychologiques. L'apparition des effets anatomiques (p. ex. croissance du clitoris, atrophie de la muqueuse vaginale) peut commencer peu de temps après le début du traitement, et l'effet maximal est attendu après de 1 à 2 ans (T'Sjoen et coll., 2019). Selon le résultat chirurgical recherché, une période de traitement hormonal peut être nécessaire (p. ex. virilisation du clitoris suffisante avant une métoidioplastie/phalloplastie) ou préférée pour des raisons psychologiques, anatomiques ou les deux (croissance mammaire et expansion de la peau avant

une augmentation mammaire, adoucissement de la peau et changements dans la répartition de la graisse faciale avant une chirurgie faciale d'affirmation de genre) (de Blok et coll., 2021).

Pour les personnes qui ne prennent pas d'hormones avant une intervention chirurgicale, il est important que les chirurgiens examinent l'incidence de ce choix sur l'intervention chirurgicale envisagée.

Pour les personnes qui obtiennent une gonadectomie et qui ne prennent pas d'hormones, un plan de remplacement hormonal peut être élaboré avec leur médecin avant l'opération.

Énoncé 13.7

Nous recommandons que les chirurgiens envisagent des interventions chirurgicales d'affirmation de genre pour les adolescent(e)s TDG admissibles* lorsqu'il est prouvé qu'une approche multidisciplinaire incluant des professionnels de la santé mentale et de la médecine a été utilisée dans le processus de prise de décision.

Des données probantes substantielles provenant d'études observationnelles (Monstrey et coll., 2001; Stojanovic et coll., 2017), de revues de la littérature et d'avis d'experts (Esteva de Antonio et coll., 2013; Frey et coll., 2017; Hadj-Moussa et coll., 2019; Pan et Honig, 2018), de lignes directrices établies (Byne et coll., 2018; Chen, Fuqua et coll., 2016; Hembree et coll., 2017; Karasic et Fraser, 2018; Klein, Paradise et coll., 2018; Weissler et coll., 2018), et d'une analyse de contenu thématique (Gerritse et coll., 2018), soutiennent l'importance d'une approche multidisciplinaire (c'est-à-dire médicale, de santé mentale et chirurgicale) pour les soins de santé transgenre.

Une approche multidisciplinaire est particulièrement importante pour gérer les problèmes de santé mentale si ceux-ci sont rencontrés par une personne TDG pendant le processus de chirurgie d'affirmation de genre (de Freitas et coll., 2020; Dhejne et coll., 2016; van der Miesen et coll., 2016). En outre, les professionnels de soins primaires et les spécialistes médicaux peuvent aider à prendre des décisions concernant le moment de l'intervention chirurgicale, les résultats et les attentes en matière de chirurgie, la gestion hormonale périopératoire et l'optimisation des

conditions médicales (Elamin et coll., 2010; Hembree et coll., 2017).

Pour des recommandations précises concernant l'évaluation préopératoire chez les adolescent(e)s, voir le chapitre 6 – Adolescent(e)s.

Énoncé 13.8

Nous recommandons que les chirurgiens consultent une équipe multidisciplinaire étendue de professionnels dans le domaine de la santé transgenre lorsque des personnes TDG admissibles* demandent des interventions chirurgicales personnalisées (précédemment appelées « non standard ») dans le cadre d'une intervention chirurgicale d'affirmation de genre.

Les identités de genre se présentent selon tout un spectre, et l'expression de l'identité peut varier considérablement d'une personne à l'autre (Beek et coll., 2015; Koehler et coll., 2018). Bien que l'objectif global d'une procédure particulière comprenne généralement une réduction de la dysphorie de genre (van de Grift, Elaut et coll., 2017) ou l'obtention d'une congruence de genre, les présentations de genre diverses peuvent conduire à des demandes chirurgicales personnalisées que certains peuvent considérer comme « non standard » (Beek et coll., 2015; Bizic et coll., 2018). Les demandes chirurgicales personnalisées peuvent être définies comme 1) une procédure qui modifie l'expression de genre d'une personne sans nécessairement viser à exprimer un autre genre binaire; 2) la combinaison « non standard » de procédures bien établies; ou 3) les deux.

Il s'agit de conseiller et d'informer le patient et de s'assurer que ses objectifs peuvent être atteints. Le patient et son chirurgien doivent travailler ensemble pour s'assurer que les attentes du patient sont réalistes et réalisables, et que les interventions proposées sont sûres et techniquement réalisables. Le patient et son équipe chirurgicale doivent s'engager dans un processus de prise de décision commune (Cavanaugh et coll., 2016). Ce processus de consentement éclairé doit tenir compte de l'irréversibilité, de la nature récente et du peu de renseignements disponibles sur les résultats à long terme de certaines procédures.

Énoncé 13.9

Nous suggérons que les chirurgiens qui s'occupent d'hommes transgenres et de personnes de la diversité de genre ayant obtenu une métoidioplastie/phalloplastie encouragent un suivi urologique à vie.

Les complications postopératoires après la métoidioplastie/phalloplastie peuvent viser les voies urinaires et la fonction sexuelle (Kang et coll., 2019; Monstrey et coll., 2009; Santucci, 2018; Schardein et coll., 2019). Les complications urétrales (liées à l'allongement de l'urètre) signalées comprennent les sténoses urétrales (35-58 %), les fistules urétrales (15-70 %) (Monstrey et coll., 2009; Santucci, 2018; Schardein et coll., 2019), les diverticules, les mucocèles dues à un reste de vagin, et la croissance de poils dans le néo-urètre (Berli et coll., 2021; Veerman et coll., 2020). Les complications liées à la fonction sexuelle comprennent une sensibilité tactile ou érogène limitée ou absente, des difficultés liées à la fonction de l'orgasme et des complications liées aux prothèses péniennes (Kang et coll., 2019; Santucci, 2018). On estime que les complications liées aux prothèses péniennes comprennent une infection (incidence 8-12 %), un dysfonctionnement, l'érosion urétrale, l'extrusion de la peau et la dislocation de sa fixation osseuse (Falcone et coll., 2018; Kang et coll., 2019; Morrison et coll., 2016). Bien que la plupart des complications urétrales et prothétiques surviennent dans la période postopératoire immédiate et intermédiaire, des complications peuvent survenir à tout moment. La détection précoce peut réduire la morbidité (p. ex. les sténoses urétrales entraînant des fistules, l'érosion en cours d'une prothèse pénienne entraînant une infection et nécessitant une explantation totale) (Blecher et coll., 2019).

Le suivi régulier pour évaluer les premiers signes de sténose urétrale (ou d'autres problèmes urinaires) comprend la mesure du volume résiduel post-mictionnel par échographie vésicale (pour dépister et évaluer la sténose néo-urétrale), l'urétrographie fluoroscopique (pour dépister et évaluer les sténoses néo-urétrales, les fistules et les diverticules) et la cysto-

urétroscopie pour examiner l'urètre et la vessie. Les hommes TDG peuvent également avoir des problèmes urologiques courants qui ne sont pas nécessairement liés à la transition de genre (calculs urinaires, hématurie et tumeurs malignes génito-urinaires, préservation de la fertilité) (Sterling et Garcia, 2020a, 2020b).

Énoncé 13.10

Nous recommandons que les chirurgiens qui s'occupent de femmes transgenres et de personnes de la diversité de genre ayant obtenu une vaginoplastie encouragent un suivi auprès de leur chirurgien principal, de leur médecin traitant ou de leur gynécologue.

La vaginoplastie est une procédure sûre (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et coll., 2021). Bien que des complications puissent survenir, la plupart sont spontanément résolutive ou peuvent être traitées par des interventions mineures (Hontscharuk, Alba, Hamidian Jahromi et coll., 2021). Les complications mineures comprennent des problèmes tels que la formation de tissu de granulation, la croissance de poils intravaginaux, le retard de cicatrisation ou la rupture de la plaie (ou les deux), des problèmes esthétiques, et la sténose introïtale (Ferrando, 2020; Kloer et coll., 2021). Bien que ces complications soient généralement spontanément résolutive, elles peuvent avoir une incidence sur le bien-être des patients après l'opération. En outre, ces problèmes peuvent ne pas être diagnostiqués ou être mal diagnostiqués si les patientes n'ont pas accès à des soins dispensés par des professionnels spécialisés dans le domaine de la santé transgenre. Nous recommandons que les patientes soient suivies par leur chirurgien principal en personne et à intervalles réguliers, par exemple après deux semaines, trois mois, six mois et un an suivant l'intervention, bien qu'un suivi plus long puisse être indiqué pour certaines personnes.

Les soins gynécologiques complémentaires sont dispensés tout au long de la vie de la personne TDG et peuvent être pris en charge dans de nombreux contextes. Un examen au spéculum pour vérifier la présence de tissu de granulation, de poils et de lésions peut être effectué par le professionnel de soins primaires, le gynécologue ou le chirurgien ayant effectué la chirurgie d'affirmation de genre et peut être nécessaire en dehors de la période postopératoire

immédiate (Grimstad, McLaren et coll., 2021; Suchak et coll., 2015; van der Sluis et coll., 2020). Après confirmation par des examens de laboratoire, les infections des voies urinaires, les ITS et les autres fluctuations du microbiome vaginal peuvent être traitées en suivant les directives pertinentes formulées pour les populations cisgenres (Hooton, 2012; Sherrard et coll., 2018). Les contrôles manuels de la prostate sont effectués sur la base des directives pertinentes formulées pour les populations cisgenres par le canal vaginal, étant donné que la prostate est située sur la paroi antérieure du vagin (Carter et coll., 2013).

Les autres complications comprennent des problèmes tels que la sténose du canal néovaginal, la fistule rectovaginale et l'inflammation (vaginoplastie intestinale) (Bustos et coll., 2021). Ces cas nécessitent une combinaison de traitements non chirurgicaux et chirurgicaux avec consultation et renvoi éventuel au chirurgien principal avec d'autres consultants chirurgicaux (p. ex. chirurgien colorectal), s'il y a lieu. En outre, étant donné que le dysfonctionnement du plancher pelvien peut affecter de 30 à 40 % des patients avant et après la vaginoplastie, la disponibilité de physiothérapeutes spécialisés dans le plancher pelvien est un complément important pendant la période postopératoire (Jiang et coll., 2019).

Énoncé 13.11

Nous recommandons que les patients qui regrettent leur intervention chirurgicale liée au genre soient pris en charge par une équipe multidisciplinaire experte.

Le pourcentage de personnes qui regrettent leur chirurgie d'affirmation de genre est très faible (entre 0,3 % et 3,8 %) (De Cuypere et Vercausse, 2009; Defreyne, Motmans et coll., 2017; Hadj-Moussa et coll., 2019; Hadj-Moussa, Agarwal et coll., 2018; Hadj-Moussa, Ohl et coll., 2018; Landén et coll., 1998; Narayan et coll., 2021; van de Grift, Elaut et coll., 2018; Wiepjes et coll., 2018). L'incidence la plus élevée du regret a été signalée à une époque où les techniques chirurgicales étaient moins raffinées, où le rôle des soins multidisciplinaires était moins établi et où les *Standards de soins* n'existaient pas ou n'étaient pas largement connus (Landén et coll., 1998). Les regrets peuvent être temporaires ou permanents et peuvent être classés comme suit (Narayan et coll., 2021) : regrets

sociaux (causés par des difficultés dans la vie familiale, religieuse, sociale ou professionnelle), regrets médicaux (dus à des complications médicales à long terme, à la déception des résultats chirurgicaux ou à une prise de décision préopératoire inadéquate), et regrets liés au genre véritable (principalement basés sur un diagnostic erroné subi par le patient, une exploration insuffisante de l'identité de genre, ou les deux). Cette classification est conforme aux facteurs prédictifs positifs et négatifs discutés précédemment (De Cuypere et Vercruysse, 2009; Gils et Brewaeys, 2007; Pfäfflin et Junge, 1998).

Une équipe multidisciplinaire peut aider à déterminer l'étiologie du regret ainsi que la stabilité

temporelle de la demande de chirurgie (Narayan et coll., 2021). À la suite de cette évaluation et compte tenu de la situation de la personne, des interventions médicales ou chirurgicales visant à poursuivre la transition ou à effectuer des interventions chirurgicales pour ramener l'anatomie au sexe assigné à la naissance peuvent être indiquées. Pour plus de renseignements, voir le chapitre 5 – Évaluation des adultes.

**Pour les critères d'admissibilité des adolescent(e)s et des adultes, veuillez vous reporter aux chapitres sur l'évaluation des adultes et les adolescent(e)s et à l'annexe D.*

INTERVENTIONS CHIRURGICALES D’AFFIRMATION DE GENRE

Étant donné que la compréhension des nombreuses facettes de l’incongruence de genre progresse et que la technologie se développe pour permettre des

traitements supplémentaires, il est impératif de comprendre que cette liste n’est pas exhaustive. Cela est particulièrement important étant donné les périodes souvent longues entre les mises à jour des SDS, au cours desquelles des évolutions dans la compréhension et les modalités de traitement peuvent se produire.

CHIRURGIE FACIALE

Sourcils	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de l’arcade sourcilière • Augmentation de l’arcade sourcilière • Lifting des sourcils
Avancement de la ligne d’implantation des cheveux et/ou greffe de cheveux	
Redrapage du visage et du cou ou du tiers moyen du visage (après modification des structures squelettiques sous-jacentes)	
Redrapage du visage et du cou ou du tiers moyen du visage (après modification des structures squelettiques sous-jacentes)	<ul style="list-style-type: none"> • Platysmaplastie
Blépharoplastie	<ul style="list-style-type: none"> • Lipomodelage
Rhinoplastie (avec ou sans produit de comblement)	
Joues	<ul style="list-style-type: none"> • Implants • Lipomodelage
Lèvres	<ul style="list-style-type: none"> • Raccourcissement de la lèvre supérieure • Augmentation du volume des lèvres (autologue ou non autologue) • Réduction de l’angle mandibulaire
Mâchoire inférieure	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation
Remodelage du menton	<ul style="list-style-type: none"> • Ostéoplastique • Alloplastique (par implants)
Cartilage thyroïdien-Chondrolaryngoplastie	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie des cordes vocales (voir le chapitre sur la voix)

CHIRURGIE MAMMAIRE/THORACIQUE

Mastectomie	<ul style="list-style-type: none"> • Mastectomie avec conservation / reconstruction de l’aréole mammaire, selon les besoins médicaux de la personne • Mastectomie sans conservation / reconstruction de l’aréole mammaire, selon les besoins médicaux de la personne
Liposuction	
Reconstruction (augmentation) mammaire	<ul style="list-style-type: none"> • Implants et/ou prothèses d’expansion tissulaire • Autologue (avec lambeaux et lipomodelage)

CHIRURGIE GÉNITALE

Phalloplastie (avec ou sans scrotoplastie)	<ul style="list-style-type: none"> • Avec ou sans allongement de l’urètre • Avec ou sans prothèse (pénienne et/ou testiculaire) • Avec ou sans colpectomie/colpocléisis
Métaïodoplastie ⁵ (avec ou sans scrotoplastie)	<ul style="list-style-type: none"> • Avec ou sans allongement de l’urètre • Avec ou sans prothèse (pénienne et/ou testiculaire) • Avec ou sans colpectomie/colpocléisis
Vaginoplastie (inversion, péritonéale, intestinale)	<ul style="list-style-type: none"> • Préservation du pénis et/ou des testicules possible
Vulvoplastie	<ul style="list-style-type: none"> • Peut inclure des interventions visant à donner un aspect plat à la région génitale (interventions dites « flat front »)

⁵ Il n’existe pas de consensus sur l’écriture de ce mot. En Europe on retrouve généralement « métoioplastie » ou « métoioplastie » (ajout du i tréma). Au Canada, [L’Office québécois de la langue française](#) recommande « métoioplastie ». D’autres variations se retrouvent dans différents ouvrages et articles scientifiques.

GONALECTOMIE

Orchidectomie

Hystérectomie et/ou salpingo-ovariectomie

REMODELAGE DU CORPS

Liposuction

Lipomodélage

Pose d'implants

- Pectoraux, hanches, fesses, mollets

Redrapage/liposuction du pubis

AUTRES INTERVENTIONS

Épilation : Épilation du visage, du corps et des parties génitales pour l'affirmation de genre ou dans le cadre du processus préparatoire à une chirurgie (voir l'énoncé 15.14 concernant l'épilation)

- Électrolyse
- Épilation au laser

Tatouage (p. ex. aréole mammaire)

Transplantation utérine

Transplantation pénienne

CHAPITRE 14 • VOIX ET COMMUNICATION

Les êtres humains s'engagent dans des pratiques de communication non seulement pour échanger des idées sur le monde extérieur, mais aussi pour se présenter en tant qu'êtres socioculturels et pour négocier des formes de discours, de référence et de traitement par les autres qui leur permettent de se sentir en sécurité et respectés (Azul et coll., 2022). La voix humaine est largement considérée comme l'une des modalités clés qui contribuent à la communication du genre comme l'une des dimensions de la diversité humaine. Cependant, il faut également prendre en compte d'autres aspects et façons de communiquer (p. ex. l'articulation, le choix des mots, la gestuelle, les perceptions et attributions de l'interlocuteur) (Azul, 2015; Azul et Hancock, 2020). Tout au long du présent chapitre, l'expression « voix et communication » est utilisée pour désigner les pratiques d'élaboration de sens dans lesquelles chaque participant à une rencontre sociale s'engage en fonction de ses besoins, de ses souhaits, de ses identifications et de ses capacités.

Alors qu'une compréhension binaire du genre a dominé la recherche dans ce domaine, l'approche recommandée dans ce chapitre implique une vision largement inclusive de l'identité de genre (p. ex. transféminin, transmasculin, genre fluide, non-binaire, genderqueer, agendre) et la compréhension que le genre n'existe pas de façon isolée, mais se croise avec d'autres aspects de la diversité humaine (p. ex. le statut de Première Nation, l'origine ethnique/la race, la sexualité, l'invalidité, la foi/religion/spiritualité). Les recommandations de ce chapitre s'appliquent à toutes les personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG) qui recherchent un soutien professionnel en matière de voix et de communication, y compris les enfants, les adolescent(e)s, les jeunes adultes et les adultes plus âgés, et les personnes qui souhaitent effectuer une transition ou une détransition, quels que soient leurs choix d'intervention.

Toutes les personnes TDG ne sont pas confrontées à des difficultés concernant le soutien professionnel ni ne souhaitent obtenir un soutien professionnel pour leur voix et leur communication, mais quand c'est le cas, elles rencontrent souvent des obstacles dans l'accès aux soins. Bien que les pourcentages varient en fonction du pays et de la sous-population TDG, les statistiques

confirment la préoccupation selon laquelle les personnes TDG ne sont pas en mesure d'accéder aux services liés à la voix et à la communication quand et comme elles le souhaitent (Eyssel et coll., 2017; James et coll., 2016; Oğuz et coll., 2021; Södersten et coll., 2015; Veale et coll., 2019). Dans les études, le pourcentage de personnes TDG souhaitant accéder à des services d'entraînement vocal et de la communication ou à une chirurgie des cordes vocales est généralement plus élevé que le pourcentage de personnes ayant obtenu ces interventions. À quelques exceptions près, l'entraînement vocal est généralement plus accessible que la chirurgie des cordes vocales. Les groupes de personnes TDG qui sont encore plus marginalisés dans leur société, comme les personnes TDG de race/ethnie marginalisée, subissent de la discrimination et un accès limité aux soins à des taux encore plus élevés (James et coll., 2016; Xavier et coll., 2005).

Le coût, le fait de ne pas savoir où trouver les services et l'absence de services figurent parmi les obstacles les plus fréquemment cités par les participants aux études. Selon des études menées aux États-Unis (Hancock et Downs, 2021; Kennedy et Thibeault, 2020), en Turquie (Oğuz et coll., 2021) et à Aotearoa/Nouvelle-Zélande (Veale et coll., 2019), le manque de renseignements précis sur les options en matière de services liés à la voix et à la communication chez les personnes TDG constitue un obstacle important et omniprésent aux soins. De manière notable, en Suède, toutes les personnes TDG se voient proposer un soutien lié à la voix et à la communication lorsqu'un diagnostic d'incongruence de genre est posé (Södersten et coll., 2015). De plus, l'adaptation culturelle des professionnels ne s'améliore que lentement (Hancock et Haskin, 2015; Jakomin et coll., 2020; Matthews et coll., 2020; Sawyer et coll., 2014). Hancock et Downs (2021) ont mené des travaux préliminaires pour cibler les obstacles précis aux services liés à la voix et à la communication et élaborer des moyens efficaces pour les éliminer.

Le présent chapitre vise à fournir des conseils aux professionnels de la santé pour soutenir et favoriser le bien-être de toutes les personnes TDG qui éprouvent des difficultés ou de la détresse concernant leur voix et leurs pratiques de communication ou concernant les

réponses et les attributions qu'elles reçoivent des autres (Azul et coll., 2022).

Les personnes TDG peuvent utiliser différentes approches pour modifier leur voix et leur communication, séparément ou en combinaison, y compris le changement auto-initié, qui peut être soutenu par des ressources que les personnes TDG utilisent pour guider leur utilisation de la voix et leurs pratiques de communication; le changement comportemental soutenu par des spécialistes de la voix et de la communication (ci-après nommé « entraînement vocal et à la communication »); et le changement résultant d'un traitement hormonal androgène ou d'une chirurgie du larynx. Les données de recherche actuelles ne comprennent pas le changement auto-initié, mais se concentrent sur les trois dernières approches.

Un « spécialiste de la voix et de la communication » est une personne qui possède des connaissances sur l'agencement continu et dynamique des pratiques du locuteur et de l'auditeur, sur les interventions professionnelles pertinentes, y compris comportementales, hormonales et chirurgicales, et sur les processus pertinents liés à la biophysologie, à la création de sens socioculturel et aux forces matérielles externes (Azul et Hancock, 2020). Ce spécialiste est capable d'effectuer des évaluations appropriées pour éclairer le choix de la personne TDG et soutenir l'exploration des objectifs et des options d'intervention en formulant des conseils dans le cadre d'une approche centrée sur la personne et adaptée à sa culture. Ce spécialiste possède des connaissances et des compétences en matière de voix comportementale et d'approches d'intervention en matière de communication.

Les pratiques qui se prêtent à un changement comportemental sont les suivantes : la voix parlée et chantée, la pleine conscience, la relaxation, la respiration, le ton et l'intensité de la voix, la qualité de la voix, la résonance ou le timbre, le volume, la projection, l'expression faciale, la gestuelle, la posture, les mouvements, la présentation de soi aux autres, la description des identifications et la demande d'une approche et de formes d'adresse culturellement adaptés par les autres, les réponses assertives et résilientes aux erreurs d'attribution, la mise en œuvre de pratiques d'utilisation de la voix et de la communication avec

différentes personnes et dans différents contextes au quotidien (p. ex. Hancock et Siegfriedt, 2020; Mills et Stoneham, 2017).

Les services liés à la voix et à la communication sont proposés dans le cadre d'une approche complète et coordonnée de la santé, comprenant un soutien pour les besoins médicaux, psychologiques et sociaux (Södersten et coll., 2015). Cependant, il n'y a pas de condition préalable (p. ex. l'utilisation d'hormones, la poursuite d'interventions chirurgicales ou la durée de vie dans un rôle de genre). Les objectifs généraux du soutien lié à la voix et à la communication pour les personnes TDG sont les suivants :

- Sensibiliser les usagers aux facteurs qui influencent les pratiques fonctionnelles liées à la voix et à la communication et la communication de l'identité du locuteur (locuteur, auditeur, pratiques professionnelles, facteurs externes matériels, biophysologiques et socioculturels);
- Permettre aux usagers de communiquer leur sentiment d'appartenance socioculturelle (p. ex. quant au genre) dans les rencontres quotidiennes d'une manière qui corresponde à la façon dont ils souhaitent se présenter et développer, maintenir et rendre habituelles des voix, des qualités vocales et des pratiques de communication qui soutiennent leurs objectifs d'une manière qui n'endommage pas le mécanisme de production de la voix;
- Fournir un entraînement axé sur la production vocale fonctionnelle aux usagers qui présentent des restrictions de la fonction vocale (p. ex. en raison d'une utilisation excessive de leur mécanisme de production vocale);
- Aider les usagers à développer leur capacité à négocier avec assurance la manière dont les autres s'adressent et se réfèrent à eux (p. ex. les prénoms, les pronoms, les accords, les titres de civilité) et à répondre aux erreurs d'attribution de manière à accroître et à maintenir le bien-être de l'utilisateur;
- Aider les usagers à développer les compétences de résolution de problèmes nécessaires pour gérer l'anxiété, le stress et la dysphorie en collaboration avec les professionnels de la santé mentale et pour surmonter les obstacles à la

pratique ou à l'utilisation dans la vie réelle de la voix et de la communication qu'ils préfèrent.

- Fournir aux usagers des ressources de soutien qui facilitent le développement des compétences liées à la voix et à la communication, de la conscience vocale et du bien-être, ou les orienter vers de telles ressources.
- Orienter les usagers vers d'autres spécialistes tels que des praticiens de la santé mentale, des chirurgiens du larynx et des endocrinologues, qui peuvent être mieux outillés pour répondre aux besoins particuliers de l'utilisateur, ou collaborer avec ces spécialistes. Cela peut être particulièrement pertinent dans les cas où les usagers sont confrontés à des défis uniques en raison de multiples obstacles à leur santé et à leur bien-être, ou si l'utilisateur souhaite obtenir une chirurgie laryngée ou une hormonothérapie.

Deux types de chirurgies laryngées sont pertinents pour les populations TDG : celles visant à hausser le ton de la voix (p. ex. glottoplastie avec rétrodéplacement de la commissure antérieure, approximation cricothyroïdienne, laryngoplastie de féminisation, ajustement de la voix assisté par laser) (Anderson, 2007; Anderson, 2014; Brown, 2000; Casado, 2017; Geneid, 2015; Gross, 1999; Kelly et coll., 2018; Kanagalingam, 2005; Kim, 2017; Kim, 2020; Kocak, 2010; Kunachak, 2000; Mastronikolis, 2013; Mastronikolis et coll., 2013; Matai, 2003; Meister, 2017; Mora, 2018; Neumann, 2004; Nuyen et coll., 2022; Orloff, 2006; Pickuth, 2000; Remacle, 2011; Thomas et MacMillan, 2013; Tschan, 2016; Van Borsel, 2008; Wagner, 2003; Wendler, 1990; Yang, 2002) et pour abaisser le ton de la voix (p. ex. thyroplastie de type III, augmentation du pli vocal par injection) (Bultynck et coll., 2020; Isshiki et coll., 1983; Kojima, et coll. 2008; Webb et coll., 2021). Les avantages acoustiques rapportés de la chirurgie dehaussement du ton de la voix comprennent l'augmentation du ton de la voix (fréquence moyenne [fo]) et l'augmentation de la Min fo (la fréquence la plus basse dans la gamme physiologique de la voix). L'autoévaluation des personnes TDG montre une satisfaction générale de la voix après la chirurgie, bien que les personnes qui souhaitent des changements plus complets de leur présentation vocale puissent avoir besoin de s'engager dans des interventions

comportementales avec un spécialiste de la voix et de la communication en plus de la chirurgie laryngée (Brown, Chang et coll. 2021; Kelly et coll., 2018; Nuyen et coll., 2022). Les inconvénients potentiels de la chirurgie duhaussement du ton de la voix peuvent être évalués et traités dans le cadre de la formation vocale par un spécialiste de la voix et de la communication. Les effets néfastes signalés de la chirurgie dehaussement du ton de la voix comprennent des problèmes vocaux tels que la dysphonie, l'affaiblissement de la voix, la restriction de l'étendue de la voix parlée, en particulier la gamme supérieure (Max fo abaissée, dans l'étendue de la voix physiologique), l'enrouement, l'instabilité vocale et l'abaissement des valeurs de fréquence au fil du temps (Kelly et coll., 2018; Song et Jiang, 2017), bien que le taux de ces résultats ne soit pas uniforme.

La recherche sur les chirurgies d'abaissement du ton de la voix est limitée. Cependant, des études incluant huit personnes TDG qui ont opté pour une thyroplastie de type III après avoir été insatisfaites du traitement hormonal (Bultynck et coll., 2020) et une personne qui a obtenu une augmentation par injection après une thérapie à la testostérone et un entraînement vocal (Webb et coll., 2020), ont fait état d'une réduction statistiquement significative de la fréquence fondamentale, perçue comme le ton.

Le traitement à l'œstrogène chez les personnes TDG n'a pas été associé à des changements vocaux mesurables (Mészáros et coll., 2005), tandis que le traitement à la testostérone chez les personnes TDG s'est avéré entraîner des changements souhaités et indésirables dans les aspects de production vocale liés au genre et à la fonction (Azul, 2015; Azul et coll., 2017, 2018, 2020; Azul et Neuschaefer-Rube, 2019; Cosyns et coll., 2014; Damrose, 2008; Deuster, Di Vincenzo et coll., 2016; Deuster, Matulat et coll. 2016; Hancock et coll., 2017; Irwig et coll., 2017; Nygren et coll., 2016; Van Borsel et coll., 2000; Yanagi et coll., 2015; Ziegler et coll., 2018). Les changements souhaités associés au traitement à base de testostérone comprennent un abaissement du ton de la voix, une augmentation des attributions masculines à la voix et une augmentation de la satisfaction à l'égard de la voix. Le traitement à la testostérone a donné lieu à des insatisfactions telles que l'absence ou l'insuffisance d'abaissement du ton de la voix, la dysphonie,

l'affaiblissement de la voix, la limitation de l'étendue de la voix au moment de chanter et l'instabilité vocale. Ces domaines peuvent être évalués et traités dans le cadre de la formation vocale par un spécialiste de la voix et de la communication.

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des

données probantes, d'une évaluation des bénéfiques et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas, nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les services peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables.

Énoncés de recommandations

14.1 - Nous recommandons que les spécialistes de la voix et de la communication évaluent les fonctions vocales et de communication actuelles et souhaitées des personnes TDG et élaborent des plans d'intervention appropriés pour les personnes qui ne sont pas satisfaites de leur voix et de leur communication.

14.2 - Nous recommandons que les spécialistes de la voix et de la communication qui travaillent auprès de personnes TDG reçoivent une formation particulière pour acquérir une expertise dans le soutien du fonctionnement vocal, de la communication et du bien-être de cette population.

14.3 - Nous recommandons que les professionnels de la santé transgenre travaillant auprès de personnes TDG qui ne sont pas satisfaites de leur voix ou de leur communication envisagent de les orienter vers des spécialistes de la voix et de la communication pour un soutien, une évaluation et une formation liés à la voix.

14.4 - Nous recommandons que les professionnels de la santé travaillant auprès de personnes TDG qui envisagent d'obtenir une chirurgie de la voix offrent de les orienter vers un spécialiste de la voix et de la communication qui pourra leur apporter un soutien pré et post opératoire.

14.5 - Nous recommandons que les professionnels de la santé transgenre informent les personnes TDG qui commencent un traitement à la testostérone des effets potentiels et variables de ce traitement sur la voix et la communication.

Énoncé 14.1.

Nous recommandons que les spécialistes de la voix et de la communication évaluent les fonctions vocales et de communication actuelles et souhaitées des personnes TDG et élaborent des plans d'intervention appropriés pour les personnes qui ne sont pas satisfaites de leur voix et de leur communication.

Les spécialistes de la voix et de la communication peuvent évaluer la satisfaction à l'égard de la présentation des positions socioculturelles dans les communications, y compris le genre et d'autres désignations qui se recoupent, en tenant compte du fait qu'elles peuvent ou non être statiques dans le temps; les attributions reçues des autres et la façon dont elles sont liées aux désignations, aux souhaits et au bien-être de la personne; l'évaluation du caractère naturel de la voix et de la parole; et la fonction de la voix et de la communication en relation avec les exigences vocales. La nature des évaluations peut varier (p. ex. mesures des résultats signalés par l'utilisateur, mesures perceptives, acoustiques, aérodynamiques, endoscopiques) en fonction de leur objectif (Davies et coll., 2015; Leys et coll., 2021; Oates et Dacakis, 1983). Par exemple, la visualisation du larynx est utilisée lorsque les personnes présentent un problème concomitant de voix (p. ex.

dysphonie de tension musculaire) (Palmer et coll., 2011) ou des difficultés vocales, qui peuvent ou non découler d'interventions médicales d'affirmation de genre comme la thérapie androgénique ou la chirurgie laryngée (Azul et coll., 2017).

Les spécialistes de la voix et de la communication informent les personnes TDG qui souhaitent une intervention et qui sont insatisfaites de leur voix et de leur communication des interventions disponibles qui pourraient améliorer leur voix, leur communication et leur bien-être. La nature de chaque option, y compris les résultats potentiels et la permanence, est présentée dans le but d'assurer à la personne TDG le respect et l'autonomie dans la prise de décision. Les plans d'intervention appropriés sont personnalisés et réalisables et devraient comprendre tous les services professionnels disponibles. Les objectifs peuvent évoluer au cours de la période de soutien, à mesure que la personne TDG explore les modifications apportées à la voix et à la communication, évalue sa satisfaction à l'égard des changements obtenus et précise ses objectifs.

Énoncé 14.2.

Nous recommandons que les spécialistes de la voix et de la communication qui travaillent auprès de

personnes TDG reçoivent une formation particulière pour acquérir une expertise dans le soutien du fonctionnement vocal, de la communication et du bien-être de cette population.

Les diplômés et les accréditations des spécialistes de la voix et de la communication (orthophonistes, orthopédagogues, professeurs de chant, entraîneurs vocaux) varient en fonction du lieu, mais ne précisent généralement pas les critères à respecter pour travailler auprès de populations particulières. Les programmes d'études standards pour ces professions ne prévoient souvent aucune formation précise ou adéquate pour travailler avec les populations TDG (Jakomin et coll., 2020; Matthews et coll., 2020). Les connaissances et compétences générales liées au mécanisme vocal et à la communication interpersonnelle sont fondamentales, mais insuffisantes pour dispenser aux personnes TDG des soins efficaces, efficaces, inclusifs, accessibles, culturellement adaptés et centrés sur la personne (Hancock, 2017; Russell et Abrams, 2019).

Les professionnels de ce secteur devraient recevoir une formation complète qui les invite à développer la conscience de soi, l'humilité et la sensibilité culturelle afin d'être respectueux et attentifs à la diversité de genre et à toute autre dimension identitaire qui peuvent prendre diverses formes et impliquer une gamme de besoins de soutien différents (Azul, 2015; Azul et coll., 2022). Les préférences de l'utilisateur en matière d'utilisation des prénoms, des formes formelles d'adresse, du genre des pronoms et des accords doivent être respectées dans toutes les communications avec l'utilisateur et au sujet de ce dernier (y compris les dossiers médicaux, les rapports et les courriels). L'éducation doit également contribuer à la mise en place d'une clinique ou d'un espace de formation ainsi que de pratiques administratives conçues pour être accueillantes pour les personnes TDG et leur permettre de se sentir en sécurité et respectées lorsqu'elles soulèvent des préoccupations ou des problèmes auprès de l'équipe de soutien à la voix et à la communication.

Les spécialistes de la voix et de la communication qui travaillent auprès de personnes TDG devront avoir une connaissance pratique des principes, des mécanismes et de l'efficacité des interventions applicables, des compétences en matière d'enseignement et de modélisation des techniques de modification de la voix et de la communication, ainsi

qu'une compréhension de base de la santé transgenre, y compris des traitements hormonaux et chirurgicaux et des questions psychosociales propres aux personnes TDG. L'éducation doit comprendre des méthodologies et des pratiques qui ont été élaborées au sein de communautés TDG et dont l'efficacité a été démontrée. Elle devrait idéalement être présentée par, ou en collaboration avec, des personnes TDG ayant une expérience vécue du soutien à la voix et à la communication.

Énoncé 14.3.

Nous recommandons que les professionnels de la santé transgenre travaillant auprès de personnes TDG qui ne sont pas satisfaites de leur voix ou de leur communication envisagent de les orienter vers des spécialistes de la voix et de la communication pour un soutien, une évaluation et une formation liés à la voix.

Lorsqu'il est disponible, un spécialiste de la voix et de la communication est bien placé pour fournir des renseignements et des conseils à la personne TDG qui exprime son insatisfaction à l'égard de sa voix ou de sa communication. Il est prouvé que les spécialistes de la voix et de la communication apportent un soutien de manière à ce que l'utilisateur soit satisfait de sa voix et de sa communication, ce qui réduit la dysphorie de genre et améliore la qualité de vie liée à la communication (Azul, 2016; Block, 2017; Deuster, Di Vincenzo et coll., 2016; Hancock, 2017; Hancock et coll., 2011; Hardy et coll., 2013; Kelly et coll., 2018; McNamara, 2007; McNeill et coll., 2008; Owen et Hancock, 2010; Pasricha et coll., 2008; Söderpalm et coll., 2004; Watt et coll., 2018).

Des données empiriques montrent que le soutien vocal comportemental pour les personnes TDG AMAN est efficace en ce qui concerne l'obtention des changements vocaux visés (Oates, 2019). Sept études antérieures à 2020 fournissent des données probantes empiriques de l'efficacité de l'entraînement vocal, bien qu'elles soient quelque peu faibles (Carew et coll., 2007; Dacakis, 2000; Gelfer et Tice, 2013; Hancock et coll., 2011; Hancock et Garabedian, 2013; McNeill et coll., 2008; Mészáros et coll., 2005). Les méthodes d'entraînement vocal utilisées dans ces sept études sont similaires et indiquent que l'entraînement vocal peut être efficace pour augmenter l'étendue de la fréquence

fondamentale (étendue de la hauteur), la satisfaction à l'égard de la voix, la perception de soi et la perception par l'auditeur de la féminité de la voix, la qualité de vie liée à la voix, ainsi que la participation sociale et professionnelle. Les faiblesses des études mentionnées sont le manque d'essais contrôlés randomisés évaluant l'entraînement vocal, la petite taille des échantillons, le suivi à long terme inadéquat et le manque de contrôle des variables confusionnelles. En 2021, un autre examen systématique des effets de l'entraînement comportemental de la parole pour les personnes AMAN a abouti à des conclusions similaires (Leyns et coll., 2021).

Jusqu'à récemment, il n'existait pratiquement aucune recherche sur l'efficacité de l'entraînement vocal pour les personnes TDG AFAN. Il existe cependant quelques données probantes prometteuses, bien que faibles, de l'efficacité, à partir d'une étude de cas (Buckley et coll., 2020) et d'une étude prospective non contrôlée sur l'entraînement vocal en groupe (Mills et coll., 2019).

Énoncé 14.4.

Nous recommandons que les professionnels de la santé travaillant auprès de personnes TDG qui envisagent d'obtenir une chirurgie de la voix offrent de les orienter vers un spécialiste de la voix et de la communication qui pourra leur apporter un soutien pré et post opératoire.

Cet énoncé n'a pas pour but d'exiger que les personnes TDG reçoivent une formation vocale avant la chirurgie. Il est plutôt recommandé d'offrir tout le soutien possible pour fournir un counseling informationnel personnalisé, afin d'assurer des soins centrés sur la personne. La recommandation vise à ce que la réflexion de la personne TDG soit informée, s'il y a lieu, grâce à un counseling informationnel personnalisé basé sur l'évaluation de la voix, l'entraînement vocal à l'essai et la discussion sur les résultats vocaux attendus et les risques de la chirurgie, avec un spécialiste de la voix et de la communication.

Pour la plupart des types de chirurgie laryngée, l'entraînement vocal est recommandé à la fois avant l'opération pour assurer la préparation du mécanisme vocal à l'intervention chirurgicale et après l'opération pour assurer un retour à une production vocale fonctionnelle (Branski et coll., 2006; Park et coll.,

2021). Pour la chirurgie d'élévation du ton de la voix en particulier, une autre raison pour laquelle un essai d'entraînement vocal est recommandé est qu'il existe des indications selon lesquelles certaines mesures s'améliorent avec l'entraînement mais pas avec la chirurgie d'élévation du ton de la voix (p. ex. les facteurs relatifs à l'intonation et au naturel, tels que la hauteur maximale du ton *f0* dans l'étendue de la parole; Kelly et coll., 2018).

Le nombre et la qualité des études évaluant les chirurgies d'abaissement du ton de la voix sont actuellement insuffisants, en particulier en ce qui concerne la comparaison des résultats avec et sans autres interventions (p. ex. la testostérone) (Bultynck et coll., 2020). Il existe d'autres techniques et études portant sur les chirurgies d'élévation du ton de la voix, mais la qualité des données probantes est encore faible. Les résultats des chirurgies d'élévation du ton de la voix ont été comparés à ceux en l'absence de chirurgie (Anderson, 2007, 2014; Brown et coll., 2000; Geneid et coll., 2015; Gross, 1999; Kim, 2017; Kocak et coll., 2010; Kunachak et coll., 2000; Matai et coll., 2003; Meister et coll., 2017; Neumann et Welzel, 2004; Orloff et coll., 2006; Pickuth et coll., 2000; Remale et coll., 2011; Thomas et Macmillan, 2013; Tschan et coll., 2016; Van Borsel et coll., 2008; Yang et coll., 2002), d'un autre type de technique chirurgicale (Mora, 2018), de l'entraînement vocal seul (Kanagalingam, 2005; Mastronikolis, 2013; Wagner, 2003) et de la chirurgie en conjonction avec l'entraînement vocal (Casado, 2017; Kelly et coll., 2018).

Dans les 11 études indiquant si les participants avaient suivi un entraînement vocal avant l'intervention chirurgicale, la plupart d'entre eux avaient suivi un entraînement vocal, mais n'étaient pas satisfaits de leur voix et ont demandé une intervention chirurgicale. Ainsi, la plupart des études sur les résultats chirurgicaux reflètent les effets combinés de l'entraînement vocal et de l'intervention chirurgicale. On ne connaît pas les attributs qui permettent de prédire quels usagers souhaiteront une intervention chirurgicale après l'entraînement.

Énoncé 14.5.

Nous recommandons que les professionnels de la santé transgenre informent les personnes TDG qui commencent un traitement à la testostérone des

effets potentiels et variables de ce traitement sur la voix et la communication.

Les recherches sur les effets du traitement androgénique sur la voix et la communication des personnes TDG font état d'effets divers et imprévisibles selon la personne. Bien qu'un certain nombre d'études aient révélé des effets sur la voix correspondant aux attentes et aux souhaits des personnes TDG, des données probantes de grande qualité démontrent que les personnes TDG ne sont pas toujours satisfaites des résultats vocaux de la thérapie à la testostérone, et que beaucoup éprouvent des difficultés telles que l'abaissement inadéquat du ton, la réduction de la qualité de la voix, la puissance vocale, l'endurance vocale, l'étendue du ton et la flexibilité (Azul, 2015, 2016, 2017, 2018; Cosyns et coll., 2014; Nygren et coll., 2016; Ziegler et coll., 2018). Dans une méta-analyse récente de 19 études examinant les effets d'au moins un an de traitement à la testostérone, on a estimé que 21 % des participants n'ont pas atteint les

fréquences normatives des hommes cisgenres, 21 % des participants ont signalé une congruence voix-genre incomplète et des problèmes de voix, et 16 % n'étaient pas complètement satisfaits de leur voix (Ziegler, 2018).

Pour les personnes qui souhaitent être traitées par des androgènes, des renseignements précis avant le début du traitement devraient permettre de créer des attentes réalistes afin d'éviter toute déception quant à l'effet permanent du traitement hormonal sur la voix et la communication. En outre, les personnes TDG qui n'ont pas accès à la testostérone ou qui ne souhaitent pas être traitées par cette hormone, mais qui veulent changer leur voix, et celles qui ne sont pas satisfaites des résultats du traitement à la testostérone, peuvent être conseillées par un spécialiste de la voix et de la communication sur les options de soutien supplémentaires et de rechange (p. ex. l'entraînement comportemental à la voix et à la communication, la chirurgie d'abaissement du ton de la voix)

CHAPITRE 15 · SOINS PRIMAIRES

Les soins primaires constituent la plus vaste des disciplines de soins de santé et sont définis comme la prestation de services de soins de santé intégrés et accessibles par des professionnels de la santé qui sont chargés de répondre à une grande majorité des besoins personnels en matière de soins de santé, de créer un partenariat durable avec les patients et d'exercer dans le contexte de la famille et de la communauté (Institute of Medicine, 1996).

Les professionnels de soins primaires englobent un large éventail de professionnels de la santé qui dispensent ces soins, parmi lesquels figurent les médecins généralistes et de famille, les infirmières praticiennes, les infirmières en pratique avancée, les associés/assistants médicaux et les internistes. Les professionnels de soins primaires sont ainsi représentés par une grande variété de formations et de spécialités. Selon le type de diplôme et la spécialisation choisie/exercée, le champ d'application varie, et tous les professionnels ne sont pas nécessairement formés ou qualifiés pour fournir directement l'ensemble des soins de santé transgenres, tels que la santé mentale, les soins génitaux/pelviens ou les soins postopératoires, à la suite d'interventions d'affirmation de genre. Les médecins et autres professionnels de la santé reçoivent peu d'information sur la santé des personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG) sur l'ensemble de leur formation (Dubin et coll., 2018), et la plupart des compétences sont donc actuellement acquises dans la pratique, soit de manière informelle, soit au moyen de brèves possibilités de formation continue, voir également le chapitre 4 – Éducation. Cependant, si les professionnels de la santé sont compétents pour fournir des soins semblables aux patients cisgenres, ils doivent acquérir des compétences dans les soins aux patients TDG. Les compétences décrites ci-dessous doivent toutes être considérées comme relevant de la pratique courante du professionnel de santé. Ainsi, tous les professionnels de soins primaires devraient être en mesure de gérer la santé globale des patients TDG, soit directement, soit en les orientant vers d'autres professionnels de la santé, y compris d'autres spécialistes, pour une évaluation et un traitement. Rien ne prouve que la compétence en matière de soins aux patients TDG ne peut être obtenue

que par un processus formel ou de certification. Toutefois, en énonçant explicitement les compétences recommandées, les professionnels de la santé de soins primaires et les personnes TDG peuvent, dans tous les contextes, avoir en commun un ensemble normalisé d'attentes en matière de connaissances, de capacités et de compétences culturelles nécessaires à la prise en charge des personnes TDG.

En raison des spécificités médicales, chirurgicales et sociales uniques des personnes TDG, les professionnels de la santé de soins primaires ont besoin de compétences distinctes en matière de soins aux personnes TDG, en plus de ce que l'on attend de tous les professionnels de la santé de soins primaires qui peuvent par ailleurs s'occuper d'une population diversifiée comprenant des minorités ethniques, raciales ou sexuelles. Différents organismes regroupant des experts et des sociétés savantes ont publié des recommandations de bonnes pratiques ainsi que des protocoles de soins concernant les personnes TDG (American College of Obstetricians and Gynecology, 2021; Italian Society of Gender, Identity and Health; Italian Society of Andrology and Sexual Medicine; Italian Society of Endocrinology, 2021; Polish Sexological Society, 2021; Southern African HIV Clinicians' Society, 2021). Wylie et coll. (2016) affirment que la santé globale des personnes transgenres relève majoritairement des soins primaires, sans différenciation par rapport aux soins offerts aux personnes cisgenres (non transgenres) pour les questions de santé physique, mentale et sexuelle. Des soins particuliers pour la transition de genre sont également possibles dans le cadre des soins primaires. Il existe de nombreux exemples de ces prises en charge/prises en soin fournies de manière sûre et efficace en dehors des soins spécialisés dans diverses villes telles que Toronto et Vancouver au Canada, New York et Boston aux États-Unis, et Sydney en Australie (Radix et Einfeld, 2014; Reisner, Radix et coll., 2016; Spanos et coll., 2021).

Hormonothérapie

L'accès à l'hormonothérapie repose d'une part sur la disponibilité et la compétence et l'accueil des médecins spécialisés et de soins primaires qui la délivrent, mais aussi sur la législation en vigueur qui régule cet accès,

ainsi que sur le financement des services de santé, qui dépend souvent des politiques de santé publique (voir l'énoncé relatif à la nécessité médicale au chapitre 2 – Applicabilité mondiale, énoncé 2.1). Dans une grande partie du monde, les services spécialisés pour les personnes TDG sont peu développés, voire inexistantes, ce qui renforce la nécessité pour tous les professionnels de la santé de se former sur le sujet des soins d'affirmation de genre. Dans certains pays, les professionnels de soins primaires peuvent être tenus d'orienter les patients TDG vers des services spécialisés (p. ex. des cliniques d'identité de genre), ce qui entraîne des retards inacceptables dans l'accès à l'hormonothérapie (Royal College of General Practitioners, 2019).

L'hormonothérapie englobe différents types d'interventions, telles que la suppression de la puberté et l'initiation ou le suivi hormonal. Avec une formation adaptée, la plupart des professionnels de la santé en soins primaires peuvent prescrire l'hormonothérapie d'affirmation de genre. Qu'ils soient ou non le prescripteur principal de l'hormonothérapie, tous les professionnels de la santé en soins primaires doivent avoir des connaissances sur les médicaments concernés, leurs effets indésirables éventuels et la surveillance associés à l'hormonothérapie d'affirmation de genre (voir le chapitre 12 – Hormonothérapie). Les professionnels de la santé en soins primaires doivent pouvoir, quand ils ne sont pas en mesure de fournir eux-mêmes les soins demandés, orienter les usagers vers d'autres professionnels habilités à les accompagner.

Ce chapitre met en avant l'argument selon lequel l'hormonothérapie d'affirmation de genre peut être prescrite par les professionnels de la santé de soins primaires ou d'autres non spécialistes – « Compte tenu des obstacles pour l'accès aux soins de santé et de l'importance de l'hormonothérapie d'affirmation de genre pour cette population, il est nécessaire que les professionnels de la santé de soins primaires soient à la fois capables et volontaires pour prescrire l'hormonothérapie d'affirmation de genre aux patients TDG » (Shires, 2017).

Les professionnels de la santé de soins primaires sont souvent appelés à fournir des soins pour un large éventail de situations et de besoins, y compris ceux pour lesquels ils n'ont qu'une expérience limitée, voire

inexistante. Ils doivent souvent accéder à des sources de référence couramment utilisées et facilement accessibles, telles que les recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes, ou s'abonner à des bases de connaissances en ligne. Il est conseillé aux professionnels de la santé de soins primaires d'utiliser une approche similaire pour les soins de base liés à la prescription d'une hormonothérapie d'affirmation de genre, en utilisant les Standards de soins de la WPATH ainsi que d'autres ressources facilement accessibles (Cheung et coll., 2019; Hembree et coll., 2017; Oliphant et coll., 2018; T'Sjoen et coll., 2020). Il convient de souligner que la plupart des médicaments couramment utilisés dans les transitions médicales sont connus et couramment utilisés en soins primaires, y compris, mais sans s'y limiter, la testostérone, l'œstradiol, la progestérone et d'autres progestatifs, ainsi que la spironolactone.

Santé mentale

Les professionnels de la santé de soins primaires doivent être en mesure d'évaluer et de fournir un soutien en matière de santé mentale aux personnes TDG, et prescrire une hormonothérapie, afin d'atténuer la dysphorie de genre et favoriser l'expression du genre. Au minimum, ils devraient être conscients de ces besoins et, s'il y a lieu, consulter d'autres soutiens spécialisés.

Soins préventifs

Il est du ressort des médecins généralistes d'assurer une prévention primaire et secondaire globale concernant les risques de cancer dans le cadre des soins primaires réguliers. Les directives de prévention du cancer fondées sur des données probantes varient d'un pays à l'autre en raison des différences entre les directives nationales et les niveaux d'accès aux modalités de dépistage à l'échelle locale. À ce jour, les recherches sur l'effet à long terme de l'hormonothérapie d'affirmation de genre, sur le risque de cancers, sont limitées (Blondeel et coll., 2016; Braun et coll., 2017). Nous ne disposons pas de suffisamment de données pour estimer la prévalence du cancer du sein ou des organes génitaux parmi les populations TDG (Joint et coll., 2018). Toutefois, le dépistage du cancer doit commencer, en général, conformément aux directives locales. Plusieurs modifications sont examinées en

détail ci-dessous, en fonction du type et de la durée d'utilisation des hormones, du type d'intervention chirurgicale ou des deux. Dans le cadre de la prise en charge des patients transgenres, le professionnel de santé de soins primaires doit tenir à jour un registre des organes présents chez les patients TDG afin de pouvoir proposer un dépistage systématique approprié.

Ce registre des organes doit être mis à jour en fonction des antécédents chirurgicaux ou de tout développement survenu à la suite de la prise d'hormones d'affirmation de genre. Tous les professionnels de la santé de soins primaires ne dispensent pas des soins à tous les stades de la vie. Toutefois, s'ils s'occupent régulièrement d'enfants, d'adolescent(e)s ou de personnes âgées cisgenres, ils doivent acquérir des compétences en matière de soins

auprès des personnes transgenres applicables à ces groupes d'âge. S'ils ne sont pas en mesure de le faire, les professionnels de la santé de soins primaires doivent pouvoir orienter les usagers vers d'autres professionnels de la santé qui s'occupent de ces populations.

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des données probantes, d'une évaluation des bénéfices et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels de la santé et des usagers, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas, nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les soins peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables.

Énoncés de recommandations

15.1 - Nous recommandons que les professionnels de la santé obtiennent les antécédents médicaux détaillés de la part des personnes TDG, notamment en ce qui concerne l'utilisation passée et présente d'hormones, les chirurgies génitales, ainsi que la présence de facteurs de risque cardiovasculaire et cérébrovasculaire traditionnels, dans le but de procéder à une évaluation régulière du risque cardiovasculaire conformément aux lignes directrices établies et utilisées localement.

15.2 - Nous recommandons que les professionnels de la santé évaluent et prennent en charge la santé cardiovasculaire des personnes TDG en utilisant une évaluation personnalisée des facteurs de risque et des méthodes de prise en charge cardiovasculaire/cérébrovasculaire.

15.3 - Nous recommandons que les professionnels de la santé adaptent aux besoins des personnes TDG les calculateurs de risques basés sur le sexe utilisés pour évaluer les conditions médicales, en tenant compte de la durée de l'utilisation des hormones, du dosage, des niveaux d'hormones sériques, de l'âge actuel et de l'âge auquel l'hormonothérapie a été commencée.

15.4 - Nous recommandons que les professionnels de la santé conseillent les personnes TDG quant à leur consommation de tabac et leur recommandent l'abstinence de tabac/nicotine avant une chirurgie d'affirmation de genre.

15.5 - Nous recommandons que les professionnels de la santé abordent les préoccupations psychologiques, médicales et sociales liées au vieillissement avec les personnes TDG.

15.6 - Nous recommandons que les professionnels de la santé suivent les directives locales de dépistage du cancer du sein élaborées pour les femmes cisgenres dans leurs soins aux personnes TDG qui ont reçu des œstrogènes, en tenant compte de la durée de l'utilisation des hormones, du dosage, de l'âge actuel et de l'âge auquel l'hormonothérapie a été commencée.

15.7 - Nous recommandons que les professionnels de la santé suivent les directives locales de dépistage du cancer du sein élaborées pour les femmes cisgenres lorsqu'ils soignent des personnes TDG ayant des seins depuis la puberté endogène et n'ayant pas obtenu de chirurgie thoracique d'affirmation de genre.

15.8 - Nous recommandons que les professionnels de la santé appliquent les mêmes directives locales de dépistage (y compris la recommandation de ne pas faire de dépistage) élaborées pour les femmes cisgenres présentant un risque moyen ou élevé de développer un cancer de l'ovaire ou de l'endomètre, dans leurs soins aux personnes TDG qui présentent les mêmes risques.

15.9 - Nous ne recommandons pas l'ovariectomie ou l'hystérectomie de routine dans le seul but de prévenir le cancer de l'ovaire ou de l'utérus chez les personnes TDG qui prennent de la testostérone et qui ne présentent par ailleurs pas de facteur de risque accru de tumeur maligne.

15.10 - Nous recommandons que les professionnels de la santé proposent un dépistage du cancer du col de l'utérus aux personnes TDG qui ont ou ont eu un col de l'utérus, conformément aux recommandations locales pour les femmes cisgenres.

15.11 - Nous recommandons que les professionnels de la santé informent les personnes TDG sur le fait que l'utilisation de médicaments antirétroviraux n'est pas une contre-indication à l'hormonothérapie d'affirmation de genre.

15.12 - Nous recommandons que les professionnels de la santé obtiennent les antécédents médicaux détaillés de la part des personnes TDG, notamment en ce qui concerne l'utilisation passée et actuelle d'hormones, les chirurgies gonadiques, ainsi que la présence de facteurs de risque classiques d'ostéoporose, afin d'évaluer l'âge optimal et la nécessité d'un dépistage de l'ostéoporose.

15.13 - Nous recommandons que les professionnels de la santé abordent la question de la santé osseuse avec les personnes TDG, y compris la nécessité d'un exercice physique avec port de charges, d'un régime alimentaire sain, et d'une supplémentation en calcium et en vitamine D.

15.14 - Nous recommandons que les professionnels de la santé orientent les personnes TDG vers des services d'épilation du visage, du corps et des parties génitales pour l'affirmation de genre ou dans le cadre d'un processus de préparation préopératoire.

Énoncé 15.1

Nous recommandons que les professionnels de la santé obtiennent les antécédents médicaux détaillés de la part des personnes TDG, notamment en ce qui concerne l'utilisation passée et présente d'hormones, les chirurgies génitales, ainsi que la présence de facteurs de risque cardiovasculaire et cérébrovasculaire traditionnels, dans le but de procéder à une évaluation régulière du risque cardiovasculaire conformément aux lignes directrices établies et utilisées localement. Pour le texte justificatif, voir l'énoncé 15.3.

Énoncé 15.2

Nous recommandons que les professionnels de la santé évaluent et prennent en charge la santé cardiovasculaire des personnes TDG en utilisant une évaluation personnalisée des facteurs de risque et des méthodes de prise en charge cardiovasculaire/cérébrovasculaire. Pour le texte justificatif, voir l'énoncé 15.3.

Énoncé 15.3

Nous recommandons que les professionnels de la santé adaptent aux besoins des personnes TDG les calculateurs de risques basés sur le sexe utilisés pour évaluer les conditions médicales, en tenant compte de la durée de l'utilisation des hormones, du dosage, des niveaux d'hormones sériques, de l'âge actuel et de l'âge auquel l'hormonothérapie a été commencée.

Les maladies cardiovasculaires (MCV) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont les principales causes de mortalité dans le monde (World Health Organization, 2018). De nombreuses données sur les minorités raciales, ethniques et sexuelles dans de multiples contextes révèlent des disparités importantes dans la prévalence des MCV et de leurs facteurs de risque, ainsi que dans l'issue des interventions médicales. Des facteurs structurels tels que l'accès aux soins, le statut socio-économique et la charge allostatique découlant du stress minoritaire contribuent à ces disparités (Flentje et coll., 2020; Havranek et coll., 2015; Streed et coll., 2021). Les personnes TDG sont souvent confrontées à des conditions sociales, économiques et discriminatoires similaires à celles d'autres populations minoritaires dont on sait qu'elles

présentent un risque cardiovasculaire accru (Carpenter et coll., 2020; James et coll., 2016; Reisner, Radix et coll., 2016). Les personnes TDG issues de minorités raciales, ethniques et sexuelles subissent un effet accru lié au stress intersectionnel. Inversement, l'accès à des soins d'affirmation de genre, y compris l'hormonothérapie, peut atténuer l'augmentation du risque cardiovasculaire en raison de l'amélioration de la qualité de vie et de la réduction de la dysphorie et de l'incongruence de genre (Defreyne et coll., 2019; Martinez et coll., 2018). Les professionnels de soins primaires peuvent améliorer de manière notable la santé des personnes TDG grâce au dépistage et à la prévention des MCV et notamment de certains facteurs connexes modifiables, tels que le tabagisme, le diabète sucré, l'hypertension, la dyslipidémie et l'obésité.

Les quelques études, principalement américaines, qui évaluent la prévalence des MCV, des AVC ou du risque de MCV chez les personnes TDG, indépendamment du traitement hormonal d'affirmation de genre, indiquent un risque cardiovasculaire élevé, y compris des taux élevés de facteurs de risque cardiovasculaires non diagnostiqués et non traités, avec une prévention inadéquate par rapport aux populations cisgenres (Denby et coll., 2021; Malhotra et coll., 2022; Nokoff et coll., 2018). Dans une étude populationnelle, les personnes TDG avaient plus de risques d'être victimes de discrimination, de détresse psychologique et d'expériences négatives dans l'enfance, et ces facteurs étaient associés à des risques accrus de maladie cardiovasculaire (Poteat et coll., 2021).

Dans des études américaines basées sur les données du Behavioral Risk Factor Surveillance System, les hommes et les femmes transgenres présentent une prévalence plus élevée d'infarctus du myocarde, d'AVC ou de toute MCV confondue par rapport à la population des hommes cisgenres, des femmes cisgenres ou les deux. Les résultats varient en fonction de l'ajustement des données à des variables supplémentaires, notamment l'ethnicité, le revenu ou les facteurs de risque cardiovasculaire (Alzahrani et coll., 2019; Caceres et coll., 2020; Nokoff et coll., 2018). Les personnes non-binaires sont également plus exposées aux MCV (Downing et Przedworski, 2018). Les données sur l'utilisation d'hormones n'ont pas été recueillies dans ces études, qui sont également limitées par le recueil auto-déclaré des antécédents médicaux.

Aux États-Unis, les personnes TDG qui consultent pour la prescription d'une hormonothérapie d'affirmation de genre peuvent présenter des taux plus élevés de facteurs de risque de MCV non diagnostiqués et non traités par rapport à la population cisgenre (Denby et coll., 2021), bien que cela ne s'applique peut-être pas partout dans le monde.

Une vaste étude cas-témoins réalisée en 2018 dans plusieurs centres américains à partir d'échantillons appariés 10:1 entre hommes et femmes cisgenres n'a révélé aucune différence statistiquement significative du taux d'infarctus ou d'AVC entre les femmes transgenres et les hommes cisgenres, ni aucune différence du taux d'infarctus, d'AVC ou de maladie thromboembolique veineuse (MTEV) entre les hommes transgenres et les hommes ou femmes cisgenres. Il y avait un rapport de risque statistiquement significatif de 1,9 pour la MTEV chez les femmes transgenres par rapport aux hommes cisgenres. Une sous-cohorte de femmes transgenres ayant entamé une hormonothérapie d'affirmation de genre pendant (versus avant) la période de 6 ans de l'étude a montré un risque accru d'AVC. L'augmentation des taux de MTEV dans la cohorte globale de femmes transgenres et des taux d'AVC dans la sous-cohorte d'initiation des femmes transgenres évaluait le nombre nécessaire de patientes à traiter pour entraîner la survenue d'un effet indésirable (non signalés dans l'article) entre 71 et 123 (Getahun et coll., 2018). D'autres études n'ont pas démontré d'augmentation des événements cardiovasculaires ou des AVC chez les hommes transgenres prenant de la testostérone, bien que les études soient limitées par la petite taille de l'échantillon, le suivi relativement court et le jeune âge de la population étudiée (Martinez et coll., 2020; Nota et coll., 2019).

Des études européennes et américaines portant sur des femmes transgenres ayant eu recours à une hormonothérapie féminisante d'affirmation de genre indiquent de plus en plus souvent un risque accru de MCV, d'AVC ou des deux, par rapport aux femmes cisgenres et, dans certaines études, aux hommes cisgenres (Getahun et coll., 2018; Nota et coll., 2019; Wierckx et coll., 2013). Nombre de ces études présentaient des limites importantes, telles que l'ajustement variable des facteurs de risque cardiovasculaire, la petite taille des échantillons – en

particulier ceux impliquant des femmes transgenres plus âgées – et la variabilité en terme de durée et les types d'hormonothérapie d'affirmation de genre (Connelly et coll., 2019; Defreyne et coll., 2019, Martinez et coll., 2020). En outre, l'augmentation globale du risque était faible. Dans un grand nombre de ces études, la majorité des femmes transgenres qui ont subi des événements cardiaques ou des AVC avaient plus de 50 ans, présentaient un ou plusieurs facteurs de risque de MCV et prenaient différentes substances hormonales, y compris, mais sans s'y limiter, de l'éthinylestradiol, un œstrogène synthétique à l'origine d'une augmentation importante du risque thromboembolique et dont l'utilisation n'est pas recommandée dans le cadre d'une prescription d'hormonothérapie féminisante (Gooren et coll., 2014; Martinez et coll., 2020). Les données limitées actuelles suggèrent que l'hormonothérapie d'affirmation de genre à base d'œstrogènes est associée à un risque accru d'infarctus du myocarde et d'AVC, mais on ne sait pas si ce faible risque est le résultat de l'hormonothérapie ou l'effet d'un risque cardiovasculaire préexistant. Il n'existe pas d'étude connue portant spécialement sur les MCV et les pathologies associées chez les personnes non-binaires, les personnes qui utilisent des doses sous-physiologiques d'hormones d'affirmation de genre, ou les adultes qui ont déjà été traités par des bloqueurs de puberté.

Il est possible pour les professionnels de la santé en soins primaires professionnels de mieux prendre en charge le risque de MCV chez les personnes TDG sous hormonothérapie, en dépistant les facteurs de risque de MCV modifiables, tels que le diabète sucré, l'hypertension, l'hyperlipidémie, l'obésité et le tabagisme, ainsi qu'en tenant compte de l'incidence du stress minoritaire sur le risque cardiovasculaire (Streed et coll., 2021). En outre, les professionnels de la santé en soins primaires peuvent atténuer les inégalités de santé cardiovasculaire des personnes transgenres en identifiant et en traitant à temps/en amont les facteurs de risques et en adaptant leur prise en charge de manière à soutenir les interventions d'affirmation de genre déjà initiées.

Les recommandations relatives à l'évaluation des risques varient en fonction du contexte national ou international et de l'affiliation scientifique de leurs auteurs. Les recommandations de prévention des MCV

varient également en ce qui concerne la nature et la fréquence de l'évaluation du risque pour les adultes en bonne santé de moins de 40 ans (Arnett et coll., 2019; Piepoli et coll., 2020; Précoma et coll., 2019; Streed et coll., 2021; WHO, 2007). Après l'âge de 40 ans, lorsque le risque cardiovasculaire augmente, les recommandations préconisent une évaluation régulière de celui-ci en utilisant un calculateur de risque total de MCV sur dix ans, basé sur des équations de prédiction du risque réalisées à partir de grands échantillons de population. Parmi les exemples de calculateurs de risque, citons SCORE (les recommandations européennes sur la prévention des MCV), Pooled Cohort Studies Equations (2013 AHA ACC Guideline on the Assessment of CVD risk), les scores Framingham Risk et les tableaux de prédiction du risque de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les tableaux de l'OMS ont été élaborés à partir des renseignements fournis par les pays de chaque sous-région de l'OMS. Dans de nombreux pays à faible niveau de revenus et de ressources, il n'est pas possible de mesurer le taux de cholestérol ou de glycémie, et des tableaux de prédiction alternatifs sont disponibles sans ces mesures.

Il convient de souligner que tous les calculateurs de risque cardiovasculaire actuels sont genrés et utilisent le sexe comme une variable de risque importante. Les données relatives aux interventions sur le risque cardiovasculaire au cours de la vie chez les personnes TDG ayant obtenu des interventions médicales et chirurgicales sont actuellement insuffisantes pour permettre d'ajuster ces équations prédictives. Néanmoins, il est clair que le sexe assigné à la naissance et la transition médicale peuvent modifier les paramètres utilisés pour calculer le risque cardiovasculaire (Connelly et coll., 2019; Defreyne et coll., 2019; Maraka et coll., 2017; Martinez et coll., 2020). Les professionnels de la santé peuvent adopter diverses approches pour utiliser les calculateurs de risque cardiovasculaire chez les personnes TDG, notamment en employant le calculateur de risque selon le sexe assigné à la naissance, le sexe affirmé ou une moyenne pondérée des deux, en tenant compte de l'exposition totale à l'hormonothérapie d'affirmation de genre au cours de la vie. Bien que les données manquent, l'utilisation du sexe affirmé pour les adultes transgenres ayant déjà commencé une hormonothérapie

d'affirmation de genre à l'âge de la puberté est probablement la plus appropriée. Les patients ayant des antécédents d'utilisation sous-maximale d'hormonothérapie d'affirmation de genre ou des périodes prolongées sans remplacement hormonal après une gonadectomie avant l'âge de 50 ans environ, peuvent nécessiter une approche encore plus nuancée. Les professionnels de la santé doivent connaître les caractéristiques et les limites du calculateur de risque utilisé et faire participer les patients à la prise de décision concernant ces problématiques spécifiques.

Il n'existe actuellement aucune étude comparant la prévalence de la dyslipidémie entre des échantillons de personnes transgenres et cisgenres, corrélée aux posologies de l'hormonothérapie. Comme évoqué précédemment, des données dans d'autres populations démontrent que la présence d'un stress psychosocial pendant l'enfance et à l'âge adulte favorise l'adiposité et un dysfonctionnement du métabolisme lipidique. L'hormonothérapie d'affirmation de genre à base de testostérone ou d'œstrogènes affecte le métabolisme lipidique, bien que les données probantes soient limitées par la diversité des molécules hormonales et des variables supplémentaires (Connelly et coll., 2019; Defreyne et coll., 2019; Deutsch, Glidden et coll., 2015; Maraka et coll., 2017; Martinez et coll., 2020;). Dans l'ensemble, les œstrogènes ont tendance à augmenter le cholestérol HDL et les triglycérides, avec des effets variables sur le cholestérol à lipoprotéines de basse densité (LDL), tandis que la testostérone a des effets variables sur les triglycérides, diminue le cholestérol HDL et augmente le cholestérol LDL. La méthode d'administration peut également modifier ce schéma, en particulier en ce qui concerne les œstrogènes oraux ou transdermiques et leur incidence sur les triglycérides (Maraka et coll., 2017). En général, l'ampleur de l'effet de ces différences est minime et l'incidence globale sur les résultats cardio et cérébrovasculaires n'est pas claire. Il n'existe pas d'études examinant les effets des hormones chez les personnes TDG ayant une dyslipidémie préexistante et dont l'utilisation d'hormones a commencé après l'âge de 50 ans, ou examinant les effets au-delà de 2 à 5 ans de traitement.

Il n'y a pas d'étude comparant la prévalence de l'hypertension entre des échantillons de personnes TDG et cisgenres qui tiennent compte de l'utilisation d'hormones. Des données sur d'autres populations

démontrent que le stress psychosocial chronique et aigu, y compris les expériences de discrimination, peut être à l'origine d'hypertension (Din-Dzietham et coll., 2004; Spruill, 2010). Dans des études américaines basées sur le Behavioral Risk Factor Surveillance System, une grande enquête nationale sur la santé aux États-Unis, on n'a observé aucune différence dans l'hypertension déclarée entre les hommes ou les femmes transgenres par rapport aux échantillons cisgenres (Alzahrani et coll., 2019; Nokoff et coll., 2018).

Les études portant sur l'hormonothérapie d'affirmation de genre à base de testostérone et d'œstrogènes ont montré des effets contradictoires sur la tension artérielle systolique et diastolique. Une étude rétrospective des effets sur la tension artérielle des schémas thérapeutiques à base d'œstrogènes et de testostérone a révélé une légère réduction de la tension artérielle systolique au début des schémas à base d'œstrogènes, alors qu'il y a eu une légère augmentation (4 mm Hg) de la tension artérielle systolique moyenne lors du suivi à long terme des schémas à base de testostérone; cette différence était à la limite de la significativité statistique et n'avait qu'une pertinence clinique limitée (Banks et coll., 2021). Un examen systématique a permis de conclure que, compte tenu de la qualité limitée des études, les données étaient insuffisantes pour tirer des conclusions sur les effets de l'hormonothérapie d'affirmation de genre sur la pression artérielle (Connelly et coll., 2021). La spironolactone, souvent utilisée comme bloqueur d'androgènes dans le cadre de l'hormonothérapie féminisante d'affirmation de genre, est un diurétique épargneur de potassium et peut entraîner une élévation de la kaliémie lorsqu'elle est utilisée en association avec des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA 2), ainsi qu'avec des substituts du sel. Aucune étude n'examine les effets des hormones chez les personnes TDG présentant une hypertension artérielle préexistante ayant commencé à prendre des hormones après l'âge de 50 ans, ou examinant les effets au-delà de 2 à 5 ans de traitement. Les personnes transgenres recevant une hormonothérapie d'affirmation de genre doivent se soumettre à tout dépistage ou à toute surveillance supplémentaire de la pression artérielle

indiqués par les lignes directrices de la WPATH pour l'hormonothérapie d'affirmation de genre.

Peu de données comparent la prévalence du diabète sucré entre des échantillons de personnes TDG et cisgenres, indépendamment de l'utilisation d'hormones. Des données récentes issues de l'étude de cohorte STRONG (Islam et coll., 2021) ont révélé que la prévalence et l'incidence du diabète de type 2 étaient plus élevées dans la cohorte des femmes transgenres que dans celle des femmes cisgenres, mais pas au sein des témoins masculins cisgenres. Aucune différence notable dans la prévalence ou l'incidence du diabète de type 2 n'a été observée dans la cohorte transmasculine et dans l'ensemble des personnes TDG après le début de l'hormonothérapie. Cependant, le suivi moyen pour les deux cohortes était respectivement de 2,8 et 3,1 ans (Islam et coll., 2021). Les données concernant d'autres populations, y compris les minorités sexuelles, indiquent que le stress psychosocial chronique et aigu peut influencer le développement et le contrôle du diabète de type 2 (Beach et coll., 2018; Kelly et Mubarak, 2015).

Des études américaines basées sur le Behavioral Risk Factor Surveillance System n'ont révélé aucune différence en ce qui concerne les cas de diabète déclarés entre les hommes transgenres, les femmes transgenres et les personnes non-binaires par rapport aux personnes cisgenres (Alzahrani et coll., 2019; Caceres et coll., 2020; Nokoff et coll., 2018). Plusieurs petites études ont montré une prévalence plus élevée que prévu du syndrome des ovaires polykystiques ou de l'hyperandrogénie chez les hommes transgenres (Feldman et coll., 2016), troubles qui sont associés à la résistance à l'insuline et au risque de diabète. Bien que les études sur l'hormonothérapie d'affirmation de genre à base de testostérone et d'œstrogènes montrent des effets variables sur le poids et la masse grasse, le métabolisme glucidique et l'insulino-résistance (Defreyne et coll., 2019), la plupart ne démontrent aucune augmentation du prédiabète ou du diabète (Chan et coll., 2018; Connelly et coll., 2019). Aucune étude ne porte sur les effets des hormones chez les personnes TDG atteintes de diabète qui ont commencé à prendre des hormones après l'âge de 50 ans, ni sur les effets d'un traitement de plus de 2 à 5 ans. Il n'existe actuellement aucune étude portant précisément sur le

diabète chez les adultes ayant été traités par bloqueurs de puberté.

Bien que les résultats intermédiaires des études sur les effets de l'hormonothérapie d'affirmation de genre sur la tension artérielle et les lipides soient utiles pour générer des hypothèses et étudier l'étiologie, des études futures devraient se concentrer sur les conséquences cardiovasculaires d'intérêt, avec un accent particulier sur les facteurs prédictifs individuels tels que l'âge, la voie d'administration et la dose d'hormones utilisées, et l'exposition totale à l'hormonothérapie d'affirmation de genre tout au long de la vie. L'interprétation des données doit toujours tenir compte du fait que les sujets cisgenres étaient du même sexe à la naissance ou du même genre identifié.

Énoncé 15.4

Nous recommandons que les professionnels de la santé conseillent les personnes TDG quant à leur consommation de tabac et leur recommandent l'abstinence de tabac/nicotine avant une chirurgie d'affirmation de genre.

Le tabagisme est l'une des principales causes de maladies cardiovasculaires, pulmonaires et cancéreuses dans le monde (World Health Organization, 2020). Les personnes TDG ont une prévalence de tabagisme plus élevée que les personnes cisgenres, ce qui varie dans l'ensemble du spectre de genre (Azagba et coll., 2019; Buchting et coll., 2017). Ce schéma est conforme à celui d'autres populations subissant du stress minoritaire (Gordon et coll., 2021). Les professionnels de la santé peuvent promouvoir des facteurs de protection contre le tabagisme, notamment en réduisant l'exposition à la discrimination individuelle ou structurelle, en affirmant le genre et en ayant une assurance maladie (Kidd et coll., 2018; Shires et Jafee, 2016).

Les risques sanitaires liés au tabagisme touchent les personnes TDG de manière disproportionnée, principalement en raison d'un accès réduit à des services de dépistage et de traitement des maladies liées au tabagisme, qui soient culturellement adaptés et abordables (Shires et Jafee, 2016). Le tabagisme peut encore accroître le risque cardiovasculaire et de MTEV chez les personnes TDG qui prennent un traitement hormonal d'affirmation de genre féminisant (Hontscharuk, Alba, Manno et coll., 2021). Le

tabagisme double ou triple également le risque de complications liées à la chirurgie générale, telles que la cicatrisation des plaies, les cicatrices et les infections (Yoong et coll., 2020), et augmente ces risques pour les personnes qui ont accès à des chirurgies d'affirmation de genre. Des données sur des populations cisgenres montrent que l'arrêt du tabac avant l'intervention chirurgicale et le maintien de l'abstinence pendant six semaines après l'intervention réduisent considérablement les complications (Yoong et coll., 2020).

Il existe actuellement peu d'études sur les programmes de sevrage du tabac spécifiques aux personnes TDG (Berger et Mooney-Somers, 2017). Cependant, des données probantes limitées suggèrent que les professionnels de la santé peuvent améliorer les efforts de sevrage du tabac en abordant les effets du stress minoritaire (Gamarel et coll., 2015) et en incorporant des interventions d'affirmation de genre, telles que l'hormonothérapie (Myers et Safer, 2016).

Les professionnels de la santé devraient tenir compte des obstacles importants que rencontrent les personnes dépendantes à la nicotine lorsqu'elles tentent d'arrêter de fumer. Les substituts nicotiques ou d'autres produits d'aide au sevrage devraient être mis à disposition, en mettant l'accent sur les préférences individuelles et en reconnaissant les facteurs de santé comportementale sous-jacents qui contribuent à la poursuite de la consommation de nicotine. La prise de décisions concernant les approches de l'hormonothérapie d'affirmation de genre ou de la chirurgie devrait tenir compte du principe « d'abord ne pas nuire » de la pratique médicale, ainsi que des capacités et des besoins de chaque patient.

Énoncé 15.5

Nous recommandons que les professionnels de la santé abordent les préoccupations psychologiques, médicales et sociales liées au vieillissement avec les personnes TDG.

Le vieillissement pose des problèmes sociaux, physiques et de santé mentale spécifiques aux personnes TDG. Bien que la littérature sur le vieillissement et les aînés transgenres soit limitée, de nombreux adultes TDG âgés ont connu toute leur vie la stigmatisation, la discrimination et la répression de l'identité de genre (Fabbre et Gaveras, 2020; Witten,

2017). Cette expérience nuit aux interactions des aînés TDG avec les systèmes de soins de santé (Fredriksen-Goldsen et coll., 2014; Kattari et Hasche, 2016; Walker et coll., 2017). Les aînés transgenres sont plus susceptibles que leurs pairs LGB cisgenres de déclarer une mauvaise santé physique, même en tenant compte des facteurs sociodémographiques (Fredriksen-Goldsen 2011; Fredriksen-Goldsen et coll., 2014). L'accès réduit à des soins culturellement adaptés et les séquelles du stress minoritaire entraînent souvent des retards dans les soins, ce qui risque potentiellement d'aggraver les maladies chroniques liées au vieillissement (Bakko et Kattari, 2021; Fredriksen-Goldsen et coll., 2014).

Bien qu'il existe peu d'études sur les interventions médicales d'affirmation de genre chez les aînés TDG, les données suggèrent que les adultes d'âge avancé bénéficient d'une meilleure qualité de vie grâce à la transition médicale, même en comparaison avec les adultes TDG plus jeunes (Cai et coll., 2019). Bien que l'âge en soi ne soit pas une contre-indication ou un frein absolu aux interventions médicales ou chirurgicales d'affirmation de genre, les aînés TDG peuvent ne pas être au courant des différentes possibilités/options sociales, médicales ou chirurgicales disponibles qui peuvent les aider à répondre à leurs besoins individuels (Hardacker et coll., 2019; Houlberg, 2019).

Bien que les études sur la santé mentale des personnes âgées TDG soient limitées, les personnes qui ont plus de cinquante ans présentent des taux significativement plus élevés de symptômes dépressifs et de stress perçu par rapport aux personnes âgées cisgenres LGB et hétérosexuelles (Fredriksen-Goldsen 2011, Fredriksen-Goldsen et coll., 2014). Les facteurs de risque propres aux aînés TDG comprennent la discrimination liée au genre et à l'âge, le stress général, la dissimulation de l'identité, la victimisation et la stigmatisation internalisée, tandis que le soutien social et l'appartenance à la communauté semblent les protéger (Fredriksen-Goldsen et coll., 2014; Hoy-Ellis et Fredriksen-Goldsen, 2017; White Hughto et Reisner, 2018). Les professionnels de la santé peuvent aider les patients en encourageant la spiritualité, l'acceptation de soi et la défense de ses intérêts, ainsi qu'un mode de vie sain et actif, qui sont autant de facteurs associés à la résilience et à un vieillissement réussi (McFadden et coll., 2013; Witten, 2014).

Les aînés TDG sont souvent confrontées à l'isolement social, à la perte des systèmes de soutien et à la déconnexion d'avec les amis proches et les enfants (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2017). Les préoccupations les plus courantes des personnes TDG en matière de vieillissement sont la perte de la capacité à prendre soin d'elles-mêmes, suivie de l'obligation d'aller dans une maison de retraite ou un établissement d'aide à la vie autonome (Henry et coll., 2020). Si les établissements de soins de longue durée offrent l'assistance nécessaire, ils présentent également un risque de violence physique ou psychologique, de refus de l'hormonothérapie d'affirmation de genre et des soins de routine, de dévoilement de l'identité de genre et d'impossibilité de vivre et de s'habiller selon son genre affirmé (Auldridge et coll., 2012; Pang et coll., 2019; Porter et coll., 2016). Les personnes âgées TDG indiquent que les logements pour personnes âgées, les transports, les événements sociaux et les groupes de soutien sont les services les plus nécessaires (Auldridge et coll., 2012; Witten, 2014).

Malgré les obstacles, la plupart des personnes TDG vieillissent avec succès, renforcé par l'acceptation de soi, des relations attentionnées et la défense de leurs intérêts (Fredriksen-Goldsen 2011; Witten, 2014). Les professionnels de la santé devraient aborder les questions de santé essentielles auxquelles sont confrontées les aînés TDG, notamment la santé mentale, les interventions médicales d'affirmation de genre, le soutien social et les soins de fin de vie/de longue durée.

Au-delà de l'impact indépendant de facteurs tels que le stress minoritaire et les déterminants sociaux de la santé à un âge avancé, on manque de données sur les problèmes de santé spécifiques auxquels sont confrontées les personnes transgenres qui ont recours à une hormonothérapie d'affirmation de genre à un âge avancé, les personnes qui ont commencé l'hormonothérapie à un âge plus jeune et celles qui cherchent à poursuivre ou à commencer l'hormonothérapie dans leur sixième, septième, huitième décennie ou plus tard encore. Étant donné qu'une proportion croissante de personnes transgenres commence à bénéficier d'une hormonothérapie d'affirmation de genre à un âge plus jeune, y compris au moment de la puberté, les études visant à examiner

l'incidence de décennies de ce traitement sur la santé à long terme sont plus que jamais importantes.

Énoncé 15.6

Nous recommandons que les professionnels de la santé suivent les directives locales de dépistage du cancer du sein élaborées pour les femmes cisgenres dans leurs soins aux personnes TDG qui ont reçu des œstrogènes, en tenant compte de la durée de l'utilisation des hormones, du dosage, de l'âge actuel et de l'âge auquel l'hormonothérapie a été commencée.

Les personnes TDG qui suivent un traitement hormonal d'affirmation de genre à base d'œstrogènes développeront des seins, et il convient donc d'envisager un dépistage du cancer du sein. Les œstrogènes exogènes peuvent être l'un des multiples facteurs qui contribuent au risque de cancer du sein chez les personnes cisgenres. Deux études de cohorte ont été publiées pour évaluer la prévalence du cancer du sein chez les femmes transgenres aux Pays-Bas (Gooren et coll., 2013) et aux États-Unis (Brown et Jones, 2015). Il s'agissait dans les deux cas de cohortes rétrospectives d'échantillons cliniques utilisant un diagnostic de cancer du sein comme critère de jugement principal et des patients cisgenres comme groupe témoin. Aucune des deux études ne portait sur un dépistage prospectif du cancer du sein, et elles présentaient toutes deux des limites méthodologiques importantes. De nombreuses recommandations publiées (Deutsch, 2016a) proposent une combinaison de « l'âge plus la durée de l'exposition aux œstrogènes » comme déterminant de la nécessité de commencer le dépistage. Ces recommandations ne sont basées que sur un consensus d'experts et très peu sur des données probantes.

Les mutations BRCA1 et 2 augmentent le risque de cancer du sein, mais le rôle éventuel de l'exposition aux hormones sexuelles dans cette augmentation du risque n'est pas clair (Rebbeck et coll., 2005). Le degré d'augmentation du risque, s'il y en a un, lié à la thérapie d'affirmation de genre à base d'œstrogènes n'est pas connu. Les personnes présentant une mutation BRCA1 connue doivent être conseillées au sujet des inconnus, et une prise de décision commune avec un consentement éclairé doit avoir lieu entre la personne et le professionnel de santé, en reconnaissant les

nombreux avantages de l'hormonothérapie d'affirmation de genre.

Le dépistage du cancer du sein chez les femmes transgenres doit également tenir compte de la probabilité que les seins d'une femme transgenre soient plus denses à la mammographie. Des seins denses, des antécédents d'injection de produits de remplissage tels que la silicone, et la présence d'implants mammaires peuvent compliquer l'interprétation des résultats mammographiques (Sonnenblick et coll., 2018). C'est pourquoi des techniques particulières doivent être utilisées en conséquence. L'injection de produits de remplissage, tel que le silicone, chez les personnes bénéficiant d'une augmentation mammaire peut également entraîner des complications, comme le lipogranulome sclérosant, qui masque les tissus sains à la mammographie ou à l'échographie.

Énoncé 15.7

Nous recommandons que les professionnels de la santé suivent les directives locales de dépistage du cancer du sein élaborées pour les femmes cisgenres lorsqu'ils soignent des personnes TDG ayant des seins depuis la puberté endogène et n'ayant pas obtenu de chirurgie thoracique d'affirmation de genre.

Pour les personnes TDG de sexe féminin à la naissance et qui ont développé des seins lors de la puberté endogène, il existe des préoccupations théoriques concernant le lien entre l'exposition directe à la testostérone et l'exposition aux œstrogènes aromatisés résultant de la thérapie à la testostérone et le risque développement du cancer du sein. Des données rétrospectives limitées n'ont pas démontré un risque accru de cancer du sein chez les hommes transgenres (Gooren et coll., 2013; Grynberg et coll., 2010), mais les données prospectives et comparatives font défaut. La plupart des personnes de ce groupe auront encore du tissu mammaire, et il est donc important que les professionnels de la santé sachent que le risque de cancer du sein n'est pas nul dans cette population. Le timing et l'approche en matière de dépistage du cancer du sein chez les personnes ayant obtenu une chirurgie thoracique ne sont pas encore définis et, comme pour les hommes cisgenres, le dépistage par IRM ou échographie peut être approprié dans le cas d'antécédents familiaux notables ou d'une mutation du

gène BRCA. Étant donné que l'utilité et le rendement de ces approches n'ont pas été étudiés et que les examens de dépistage du cancer du sein et de la poitrine effectués par la personne elle-même ou par un professionnel de la santé ne sont pas recommandés chez les femmes cisgenres en raison des inconvénients potentiels des résultats faussement positifs et de la surdéttection (détection d'un cancer qui aurait régressé de lui-même sans nécessiter d'intervention), toute approche du dépistage dans ce groupe devrait s'inscrire dans le contexte d'une prise de décision commune entre les patients et les professionnels concernant les inconvénients, les avantages et les inconnues potentiels de ces approches.

Énoncé 15.8

Nous recommandons que les professionnels de la santé appliquent les mêmes directives locales de dépistage (y compris la recommandation de ne pas faire de dépistage) élaborées pour les femmes cisgenres présentant un risque moyen ou élevé de développer un cancer de l'ovaire ou de l'endomètre, dans leurs soins aux personnes TDG qui présentent les mêmes risques.

Les recommandations actuelles ne préconisent pas le dépistage systématique du cancer de l'ovaire chez les femmes cisgenres. Des cas de cancer de l'ovaire chez les hommes transgenres ont été signalés (Dizon et coll., 2006; Hage et coll., 2000). Il n'existe actuellement aucune donnée probante que la prise de testostérone entraîne un risque accru de cancer de l'ovaire, bien qu'il manque d'études prospectives à long terme (Joint et coll., 2018).

Énoncé 15.9

Nous ne recommandons pas l'ovariectomie ou l'hystérectomie de routine dans le seul but de prévenir le cancer de l'ovaire ou de l'utérus chez les personnes TDG qui prennent de la testostérone et qui ne présentent par ailleurs pas de facteurs de risque accru de tumeur maligne.

Les personnes TDG ayant des ovaires et suivant une hormonothérapie d'affirmation de genre à base de testostérone sont souvent dans un état oligo-ovulatoire ou anovulatoire, ou subissent des changements dans la fonction de la phase lutéale et dans la production de progestérone. Cette situation, combinée à

l'augmentation possible de l'exposition aux œstrogènes due à l'aromatation de la testostérone exogène, fait craindre une exposition endométriale aux œstrogènes excessive ou sans opposition, bien que l'on n'en connaisse pas l'importance clinique. Des études histologiques de l'endomètre chez des personnes TDG prenant de la testostérone ont révélé une atrophie plutôt qu'une hyperplasie (Grimstad et coll., 2018; Grynberg et coll., 2010; Perrone et coll., 2009). Dans une large cohorte d'hommes transgenres ayant obtenu une hystérectomie avec ovariectomie, une histopathologie ovarienne bénigne a été notée dans tous les cas (n = 85) (Grimstad et coll., 2020). Bien qu'il n'y ait pas de données prospectives sur les résultats, il n'y a pas suffisamment de données probantes à l'heure actuelle pour recommander une hystérectomie ou une ovariectomie chez les hommes transgenres uniquement pour prévenir le cancer de l'endomètre ou de l'ovaire. Une évaluation clinique des symptômes faisant suspecter ces 2 pathologies doit être réalisée au cas par cas.

Énoncé 15.10

Nous recommandons que les professionnels de la santé proposent un dépistage du cancer du col de l'utérus aux personnes TDG qui ont ou ont eu un col de l'utérus, conformément aux recommandations locales pour les femmes cisgenres.

Les personnes ayant un col de l'utérus doivent se soumettre à un dépistage et à une prévention de routine du cancer du col de l'utérus, conformément aux pratiques et aux recommandations dans la population cible, selon l'âge. Cela comprend la vaccination contre le virus du papillome humain/le papillomavirus (HPV) et le dépistage par frottis (cytologie ou test HPV en fonction de l'âge). Il est important que les professionnels de la santé réalisent les examens pelviens au spéculum de manière à minimiser la douleur et la détresse chez les personnes transgenres masculines.

Les personnes TDG ayant un col de l'utérus ont moins de chance d'avoir bénéficié du dépistage généralisé du cancer du col de l'utérus, soit parce que l'examen peut aggraver la dysphorie, soit parce que les médecins généralistes et les patients sont mal informés sur la nécessité de ce dépistage (Agenor et coll., 2016; Potter et coll., 2015). En outre, l'hormonothérapie à

base de testostérone peut entraîner des atrophies des voies génitales, et la durée de l'utilisation de la testostérone a été associée à une probabilité accrue d'obtenir un échantillon inadéquat pour le dépistage cytologique du cancer du col de l'utérus (Peitzmeier et coll., 2014). Les solutions alternatives à l'examen au spéculum et à la cytologie cervicale, tel que le test à la recherche du virus du papillome humain/papillomavirus réalisé par le professionnel de santé ou par la personne elle-même, peuvent être particulièrement utiles pour le dépistage des personnes ayant un col de l'utérus. Des recherches en cours aux États-Unis portent sur l'utilisation de tests de dépistage du papillomavirus par auto-prélèvement vaginal chez les populations transgenres masculines. Les écouvillons HPV se sont révélés très acceptables chez les hommes transgenres, avec une sensibilité de 71,4 % (valeur prédictive négative de 94,7 %) et une spécificité de 98,2 % (Reisner et coll., 2018). D'autres études sont nécessaires pour évaluer les inconvénients du dépistage primaire du HPV chez les hommes transgenres relatifs aux potentiels inconvénients associés aux examens invasifs et à la colposcopie.

Énoncé 15.11

Nous recommandons que les professionnels de la santé informent les personnes TDG sur le fait que l'utilisation de médicaments antirétroviraux n'est pas une contre-indication à l'hormonothérapie d'affirmation de genre.

La prévalence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est disproportionnellement élevée dans les populations TDG. Une vaste méta-analyse récente a révélé un rapport de cotes global pour l'infection au VIH de 66 pour les personnes transféminines et de 6,8 pour les personnes transmasculines (Stutterheim et coll., 2021). Les professionnels de la santé ont une occasion unique de fournir une éducation cruciale et de mettre en œuvre des stratégies de prévention, en particulier en ce qui concerne la réduction du fardeau du VIH parmi les personnes TDG. La méfiance à l'égard des professionnels en raison d'expériences passées de discrimination et de transphobie a une incidence sur la prévention du VIH et perturbe l'articulation avec le milieu de soins (Sevelius et coll., 2016). La stigmatisation, le manque de formation adéquate et les hiérarchies de pouvoir innées au sein des

établissements médicaux contribuent tous à l'ambivalence et à l'incertitude des professionnels de la santé lorsqu'ils s'occupent de personnes TDG (Poteat et coll., 2013). Enfin, le manque d'inclusivité et de pratiques respectueuses de l'égalité des genres dans le cadre des soins peut amener les personnes TDG à ne pas se sentir en sécurité lorsqu'elles abordent des sujets délicats, tels que le diagnostic du VIH et à éviter les soins par crainte (Bauer et coll., 2014; Gibson et coll., 2016; Seelman et coll., 2017).

Les professionnels de la santé doivent être conscients de ce contexte élargi dans lequel de nombreuses personnes TDG cherchent à se faire accompagner soit pour une hormonothérapie d'affirmation de genre, soit pour une chimioprophylaxie/traitement pré-exposition au VIH (PPrE), soit pour les deux à la fois. Il peut y avoir plusieurs idées fausses sur l'innocuité de la prise d'hormones d'affirmation de genre en même temps que la chimioprophylaxie ou le traitement antirétroviral du VIH.

L'étude directe des interactions entre les thérapies antirétrovirales et les hormonothérapies d'affirmation de genre est limitée. Une analyse en sous-groupe chez les femmes transgenres et des personnes transféminines dans l'essai multinational iPrEx a révélé une faible efficacité en intention de traiter, bien que l'efficacité chez les participantes transgenres ayant suivi le traitement prescrit, ait été similaire à celle des hommes cisgenres gais, ce qui suggère que l'adhésion et l'observance de la PPrE restent difficiles dans cette population. Deux études portant sur les effets de l'hormonothérapie d'affirmation de genre sur le diphosphate de ténofovir (Grant et coll., 2021) et sur le diphosphate de ténofovir et l'emtricitabine (Shieh et coll., 2019) ont conclu qu'une baisse significative du taux des médicaments antirétroviraux était peu probable. Globalement, les données relatives aux interactions entre les contraceptifs hormonaux et les antirétroviraux sont rassurantes en ce qui concerne l'incidence des hormones sur les thérapies antirétrovirales (Nanda et coll., 2017). L'œstradiol étant partiellement métabolisé par les enzymes du cytochrome P450 (CYP) 3A4 et 1A2, il peut y avoir des interactions avec d'autres médicaments qui induisent ou inhibent ces voies, comme les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (p. ex.

l'efavirenz et la névirapine) (Badowski et coll., 2021). Toutefois, dans la plupart des pays, les traitements antirétroviraux de première intention comprennent des inhibiteurs d'intégrase, qui ont peu ou pas d'interactions médicamenteuses avec les hormones d'affirmation de genre et peuvent être utilisés en toute sécurité (Badowski, 2021; Department of Health and Human Services, Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2021). En cas d'inquiétude concernant des interactions potentielles, les professionnels de la santé doivent, s'il y a lieu, surveiller les taux d'hormones dans le sang. Par conséquent, les personnes TDG vivant avec le VIH et prenant des médicaments antirétroviraux devraient être informées que la prise d'antirétroviraux en même temps que l'hormonothérapie d'affirmation de genre est sans danger.

Énoncé 15.12

Nous recommandons que les professionnels de la santé obtiennent les antécédents médicaux détaillés de la part des personnes TDG, notamment en ce qui concerne l'utilisation passée et actuelle d'hormones, les chirurgies gonadiques, ainsi que la présence de facteurs de risque classiques d'ostéoporose, afin d'évaluer l'âge optimal et la nécessité d'un dépistage de l'ostéoporose. Pour le texte justificatif, voir l'énoncé 15.13.

Énoncé 15.13

Nous recommandons que les professionnels de la santé abordent la question de la santé osseuse avec les personnes TDG, y compris la nécessité d'une activité physique avec port de charges, d'un régime alimentaire sain, et d'une supplémentation en calcium et en vitamine D.

Les œstrogènes et la testostérone favorisent tous deux la formation et le renouvellement des os. La diminution des niveaux d'hormones sexuelles est associée à un risque accru d'ostéoporose chez les personnes âgées (Almeida et coll., 2017). Les personnes TDG peuvent faire l'objet d'interventions médicales ou chirurgicales susceptibles d'agir sur la santé osseuse, telles que le traitement par hormones sexuelles, le blocage des androgènes et la gonadectomie. Par conséquent, un historique médical détaillé, comprenant l'utilisation passée et actuelle

d'hormones ainsi que les chirurgies gonadiques, est nécessaire pour établir la nécessité d'un dépistage de l'ostéoporose.

Plusieurs études d'observation ont comparé la densité minérale osseuse (DMO) d'adultes TDG avant et après une hormonothérapie d'affirmation de genre, ainsi que celle de personnes TDG comparées à des témoins cisgenres appariés selon le sexe à la naissance.

Une faible DMO peut exister avant l'instauration d'un traitement hormonal. Une étude a montré que la DMO moyenne au niveau du col du fémur, de la hanche et de la colonne vertébrale était plus faible chez les femmes transgenres que chez les témoins masculins cisgenres appariés selon l'âge (Van Caenegem, Taes et coll., 2013). Une autre étude a révélé une forte prévalence de faibles scores de DMO chez les jeunes TDG avant qu'ils commencent à prendre des inhibiteurs de puberté (Lee, Finlayson et coll., 2020). Les auteurs des deux études ont conclu qu'un faible taux d'activité physique pouvait contribuer de manière importante à ces résultats.

Une accélération de la perte osseuse peut se produire après une gonadectomie si les hormones sont arrêtées ou si les niveaux d'hormones sont sous-optimaux. Dans une étude, 30 % des femmes transgenres ayant obtenu une gonadectomie avaient une faible masse osseuse, ce qui était en corrélation avec des taux d'œstradiol 17- β plus faibles et l'adhésion à l'hormonothérapie d'affirmation de genre (Motta et coll., 2020).

L'étude des effets de l'hormonothérapie d'affirmation de genre sur la DMO a révélé que les femmes TDG recevant une œstrogénothérapie présentaient une amélioration de la DMO. Un examen systématique et une méta-analyse sur l'incidence des hormones sexuelles sur la santé osseuse des personnes transgenres ont inclus 9 études admissibles sur les femmes transgenres (n = 392) et 8 études admissibles sur les hommes transgenres (n = 247) publiées entre 2008 et 2015. La méta-analyse a révélé que les femmes transgenres présentaient une augmentation statistiquement significative de la DMO de la colonne lombaire (mais pas du col du fémur) par rapport aux mesures de base. Chez les hommes transgenres, il n'y a pas eu de changements statistiquement significatifs dans la DMO de la colonne lombaire, du col du fémur et de la hanche 12 et 24 mois après le début de la testostérone par rapport aux mesures de base (Singh-

Ospina et coll., 2017). Depuis la publication de cette étude, l'étude ENIGI (European Network for Investigation of Gender Incongruence), une étude observationnelle prospective multicentrique (Belgique, Norvège, Italie et Pays-Bas) a publié des résultats sur la DMO de 231 femmes transgenres et de 199 hommes transgenres un an après le début de l'hormonothérapie d'affirmation de genre (Wiepjes et coll., 2017). Les femmes transgenres présentaient une augmentation de la DMO au niveau de la colonne lombaire, de la hanche et du col du fémur et une augmentation de la DMO de la hanche chez les hommes transgenres. Une étude a indiqué qu'il n'y avait eu aucune fracture chez les personnes transgenres 12 mois après le début de la prise d'hormones chez 53 hommes et 53 femmes transgenres (Wierckx, van Caenegem et coll., 2014). Aucune étude ne suggère que l'hormonothérapie d'affirmation de genre devrait être une indication pour un dépistage renforcé de l'ostéoporose. Les lacunes de l'hormonothérapie d'affirmation de genre chez les personnes ayant déjà obtenu une gonadectomie devraient plutôt être prises en compte dans le cadre d'un tel dépistage.

Les directives de pratique clinique comprennent des recommandations pour le dépistage de l'ostéoporose chez les personnes TDG (Deutsch, 2016a; Hembree et coll., 2017; Rosen et coll., 2019). Pour les personnes TDG, l'International Society for Clinical Densitometry (ISCD) et l'Endocrine Society suggèrent toutes deux d'envisager un dépistage de la DMO de base avant l'initiation d'un traitement hormonal. D'autres recommandations pour le dépistage de la DMO sont basées sur plusieurs facteurs, notamment le sexe déclaré à la naissance et l'âge, ainsi que la présence de facteurs de risque traditionnels d'ostéoporose, tels qu'une fracture antérieure, une prise de médicaments à haut risque, des pathologies associées à une perte osseuse et un faible poids corporel (Rosen et coll., 2019). Plus précisément, les lignes directrices de l'ISCD indiquent que le test de la DMO est indiqué pour les personnes TDG si elles ont des antécédents de gonadectomie ou de thérapie qui réduit les niveaux de stéroïdes gonadiques endogènes avant le début de l'hormonothérapie d'affirmation de genre, d'hypogonadisme sans intention de prendre l'hormonothérapie d'affirmation de genre ou d'indications connues pour le test de la DMO (Rosen et

coll., 2019). Toutefois, la base factuelle de ces recommandations est faible.

La modalité de dépistage recommandée pour l'ostéoporose est l'absorptiométrie à rayons X en double énergie de la colonne lombaire, de la hanche totale et du col du fémur (Kanis, 1994). Cependant, dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, ces tests ne sont pas disponibles, et le dépistage systématique par absorptiométrie à rayons X en double énergie n'est effectué que dans quelques pays, les États-Unis étant une exception.

Les professionnels de la santé en soins primaires devraient discuter des moyens d'optimiser la santé osseuse avec les personnes TDG. En outre, les professionnels de la santé en soins primaires devraient fournir des renseignements sur l'importance de la nutrition et de l'exercice physique pour le maintien de la santé osseuse. Les personnes TDG aux prises (ou à risque d'être aux prises) avec l'ostéoporose devraient être informées des avantages des exercices de port de poids et des exercices de force et de résistance pour limiter la perte osseuse (Benedetti et coll., 2018). La nutrition fait partie intégrante de la santé des os. Les carences nutritionnelles, notamment un apport insuffisant en calcium et en vitamine D, peuvent entraîner une faible minéralisation osseuse. Il a été démontré que la supplémentation en vitamine D et en calcium réduisait l'incidence des fractures de la hanche et des fractures totales (Weaver et coll., 2016). Bien qu'elle concerne toutes les populations, cette discussion est pertinente, car une forte prévalence de l'hypovitaminose D a été observée dans les populations TDG (Motta et coll., 2020; Van Caenegem, Taes et coll., 2013).

Énoncé 15.14

Nous recommandons que les professionnels de la santé orientent les personnes TDG vers des services d'épilation du visage, du corps et des parties génitales pour l'affirmation de genre ou dans le cadre d'un processus de préparation préopératoire.

L'épilation est nécessaire à la fois pour l'élimination de la pilosité faciale (Marks et coll., 2019) et pour la préparation à certaines chirurgies d'affirmation de genre telles que la vaginoplastie, la phalloplastie et la métoïdioplastie (Zhang et coll., 2016). L'épilation permanente préopératoire est nécessaire pour toute

zone cutanée qui sera soit mise en contact avec l'urine (p. ex. utilisée pour construire un néourètre), soit déplacée pour résider dans une cavité partiellement fermée à l'intérieur du corps (p. ex. utilisée pour tapisser le néovagin) (Zhang et coll., 2016). Les techniques d'épilation utilisées dans les soins d'affirmation de genre sont l'épilation par électrolyse et l'épilation au laser (Fernandez et coll., 2013). L'électrolyse est actuellement la seule méthode d'épilation permanente approuvée par la Food and Drug Administration des États-Unis, tandis que l'épilation au laser est approuvée pour la réduction permanente des poils (Thoreson et coll., 2020).

L'électrolyse implique l'utilisation d'un courant électrique avec une sonde très fine qui est insérée manuellement de manière séquentielle dans chaque follicule pileux (Martin et coll., 2018). Comme cette méthode utilise la destruction mécanique directe de l'irrigation sanguine du poil, elle peut être utilisée sur toutes les couleurs de poils et tous les types de peau (Martin et coll., 2018). L'épilation par électrolyse est longue et coûteuse, car elle nécessite de traiter chaque follicule pileux individuellement, mais elle est efficace pour l'épilation permanente. Pour l'épilation génitale permanente avant une chirurgie d'affirmation de genre, ce traitement doit être effectué par un praticien spécialisé dans l'épilation génitale, car cette méthode diffère de celle pour le visage et le corps. L'électrolyse est plus douloureuse que le laser, avec pour effets secondaires possibles un érythème, des croûtes et un gonflement sur le site (Harris et coll., 2014). L'hyperpigmentation post-inflammatoire est un risque pour les personnes à la peau foncée (Richards et Meharg, 1995). La douleur peut être contrôlée avec un anesthésique local topique et des techniques de refroidissement, et la tolérance à l'épilation par électrolyse se développe dans une certaine mesure, de nombreuses personnes pouvant tolérer de longues séances (Richards et Meharg, 1995).

L'épilation au laser utilise l'énergie laser pour cibler les follicules pileux. Elle est bénéfique pour les grandes surfaces. Le mécanisme est la photo-thermolyses, par laquelle la lumière d'un laser cible sélectivement la mélanine dans la tige du poil (Gao et coll., 2018). Cette énergie est convertie en chaleur, ce qui endommage les follicules de la peau qui produisent les poils et entraîne la destruction de la croissance des poils. D'autres

traitements sont nécessaires pour obtenir les meilleurs résultats et sont généralement espacés de six semaines pour permettre le cycle des poils (Zhang et coll., 2016). Comme l'épilation au laser cible la mélanine, les résultats peuvent être limités pour les personnes ayant des cheveux gris, blonds ou roux.

L'utilisation de l'épilation au laser chez les personnes à la peau foncée (types de peau IV à VI de la classification de Fitzpatrick) fait l'objet de considérations particulières (Fayne et coll., 2018). La teneur plus élevée en mélanine de l'épiderme peut entrer en compétition avec le chromophore cible de la lumière ou du laser, qui est la mélanine de la tige du follicule pileux. Pour qu'il y ait thermolyse sélective, il faut que la chaleur se diffuse de la tige du poil vers les cellules souches folliculaires et les endommage. Dans le cas des peaux plus foncées, la lumière n'atteint pas la mélanine ciblée dans la tige du poil, mais elle est absorbée par l'épiderme, où elle est transformée en chaleur. Il peut en résulter de moins bons résultats cliniques et un taux plus élevé d'effets indésirables induits par la chaleur, tels que l'hypo- ou l'hyperpigmentation, les cloques et la formation de croûtes (Fayne et coll., 2018). Le choix de la longueur d'onde du laser est essentiel pour réduire ce risque, une longueur d'onde plus grande étant recommandée pour minimiser l'absorption de la lumière dans la mélanine épidermique et ainsi maximiser l'efficacité et minimiser les effets indésirables chez les patients à la peau foncée (Zhang et coll., 2016). Les effets secondaires de l'épilation au laser peuvent comprendre une sensation de coup de soleil après le traitement, ainsi qu'une inflammation, une rougeur, une hyperpigmentation et un gonflement. Les lumières clignotantes sont connues pour provoquer des crises d'épilepsie chez les patients sensibles. La douleur et l'inconfort pendant la procédure peuvent également représenter un obstacle important, et les professionnels de la santé en soins primaires doivent être prêts à prescrire des analgésiques topiques ou systémiques, tels qu'un mélange eutectique d'anesthésiques locaux ou un opioïde systémique à faible dose. Pour la chirurgie d'affirmation de genre génitale, certains ont recommandé d'attendre trois mois après le dernier traitement d'épilation prévu avant de procéder à la chirurgie, afin de confirmer qu'il n'y aura plus de repousse de poils (Zhang et coll., 2016).

CHAPITRE 16 · SANTÉ REPRODUCTIVE

Tous les êtres humains, y compris les personnes transgenres, ont le droit reproductif de décider d'avoir ou non des enfants (United Nations Population Fund, 2014). Les traitements hormonaux et les interventions chirurgicales d'affirmation de genre médicalement nécessaires (voir l'énoncé relatif à la nécessité médicale au chapitre 2 – Applicabilité mondiale, énoncé 2.1) qui modifient l'anatomie ou la fonction reproductives peuvent limiter les futures options reproductives à des degrés divers (Hembree et coll., 2017; Nahata et coll., 2019). Il est donc essentiel de discuter du risque d'infertilité et des options de préservation de la fertilité (PF) avec les personnes transgenres et leur famille avant d'entamer l'un de ces traitements et de poursuivre ces conversations de manière continue par la suite (Hembree et coll., 2017). Les options de PF établies, telles que la cryoconservation d'embryons, d'ovocytes et de sperme, peuvent être disponibles pour les personnes transgenres post-pubères (Nahata et coll., 2019). Des protocoles de recherche pour la cryoconservation des tissus ovariens et testiculaires ont également été élaborés et étudiés (Borgström et coll., 2020; Nahata et coll., 2019; Rodriguez-Wallberg, et coll., 2019). Alors que l'utilisation d'embryons, d'ovocytes matures et de sperme s'est avérée efficace dans le cadre de traitements cliniques, les tissus gonadiques cryoconservés nécessiteraient soit une retransplantation future visant à obtenir des gamètes pleinement fonctionnels, soit l'application de méthodes de culture en laboratoire, qui sont encore en cours de développement dans le cadre de la recherche fondamentale. Il convient de souligner que les récentes lignes directrices de l'American Society for Reproductive Medicine ne qualifient plus la cryoconservation du tissu ovarien d'expérimentale, mais les données probantes restent limitées chez les enfants prépubères (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019).

Des soins individualisés doivent être dispensés dans le contexte des objectifs de parentalité de chaque personne. Certaines recherches suggèrent que les personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG) sont moins susceptibles de désirer des enfants génétiquement apparentés ou des enfants tout court que leurs pairs cisgenres (Defreyne, van Schuylenbergh et

coll., 2020; Russell et coll., 2016; von Doussa et coll., 2015). Pourtant, plusieurs autres études ont montré que de nombreuses personnes TDG 1) souhaitent avoir des enfants génétiquement apparentés; 2) regrettent les occasions manquées en matière de PF; et 3) sont prêtes à retarder ou à interrompre l'hormonothérapie pour préserver leur fertilité et/ou concevoir (Armuand, Dhejne et coll., 2017; Auer et coll., 2018; De Sutter et coll., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et coll., 2020; Tornello et Bos, 2017).

De nombreux obstacles à la PF ont été signalés, tels que le coût (qui est exacerbé en l'absence de couverture d'assurance), l'urgence de commencer le traitement, l'incapacité à prendre des décisions orientées vers l'avenir, les connaissances inadéquates ou les préjugés du professionnel qui nuisent à l'offre de PF, et les difficultés d'accès à la PF (Baram et coll., 2019; Defreyne, van Schuylenbergh et coll., 2020). En outre, les personnes transgenres peuvent voir leur dysphorie s'aggraver en raison des différentes étapes du processus de PF qui sont indissociablement liées au genre assigné à la naissance (Armuand, Dhejne, et coll., 2017; Baram et coll., 2019). Lorsqu'elle est possible, une approche d'équipe multidisciplinaire, dans laquelle les professionnels de soins médicaux et de santé mentale collaborent avec des spécialistes de la fertilité et de l'affirmation de genre, peut aider à surmonter certains de ces obstacles (Tishelman et coll., 2019). Les personnes TDG doivent être informées de la différence entre la fertilité (utilisation de ses propres gamètes/tissus reproducteurs) et la grossesse. Outre les considérations relatives à la fertilité, il convient de poursuivre les efforts visant à garantir des soins équitables et de qualité pour toutes les formes de planification et de constitution familiales tout au long du continuum reproductif. Cela comprend les options de procréation telles que les soins périnataux, la grossesse, l'accouchement et les soins post-partum, ainsi que les options de planification familiale et de contraception pour prévenir les grossesses non planifiées, et l'interruption de grossesse si elle est autorisée (Bonnington et coll., 2020; Cipres et coll., 2017; Krempasky et coll., 2020; Light et coll., 2018; Moseson, Fix et coll., 2020). Les personnes TDG qui souhaitent mener une grossesse à terme devraient bénéficier de soins préconceptionnels et de conseils prénataux standards et recevoir des conseils sur

l'allaitement dans des environnements favorables aux personnes ayant des identités de genre et des expériences diverses (MacDonald et coll., 2016; Obedin-Maliver et Makadon, 2016).

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des données probantes, d'une évaluation des bénéfices et

des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas, nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les services peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables.

Énoncés de recommandations

16.1 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui traitent les personnes TDG et qui prescrivent ou orientent les patients vers des hormonothérapies/chirurgies informent leurs patients au sujet :

16.1.a - des effets connus des hormonothérapies/chirurgies sur la fertilité future;

16.1.b - des effets potentiels des thérapies qui ne sont pas bien étudiées et dont la réversibilité est inconnue;

16.1.c - des options de préservation de la fertilité (à la fois établies et expérimentales);

16.1.d - des implications psychosociales de l'infertilité.

16.2 - Nous recommandons que les professionnels de la santé orientent les personnes TDG intéressées par la préservation de la fertilité vers des professionnels ayant une expertise dans ce domaine pour une discussion plus approfondie.

16.3 - Nous recommandons que les équipes de soins transgenres s'associent à des spécialistes et à des centres de fertilité locaux pour fournir des renseignements précis et opportuns et des services de préservation de la fertilité avant de proposer des interventions médicales et chirurgicales susceptibles d'avoir une incidence sur la fertilité.

16.4 - Nous recommandons que les professionnels de la santé conseillent les jeunes TDG prépubères ou en début de puberté qui demandent une thérapie d'affirmation de genre, ainsi que leur famille, sur le fait que les options de préservation de la fertilité actuellement fondées sur des données probantes/établies sont limitées.

16.5 - Nous recommandons que les personnes TDG dotées d'un utérus qui souhaitent mener une grossesse à terme bénéficient de soins avant la conception, de conseils prénataux concernant l'utilisation et l'arrêt d'hormones d'affirmation de genre, de soins pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et de services de soutien à l'allaitement et au post-partum, conformément aux standards de soins locaux et dans le respect de leur identité de genre.

16.6. Nous recommandons que les professionnels de soins médicaux discutent des méthodes de contraception avec les personnes TDG qui s'engagent dans une activité sexuelle susceptible d'entraîner une grossesse.

16.7. Nous recommandons que les professionnels qui offrent des services d'interruption de grossesse veillent à ce que les options procédurales appuient l'affirmation de genre et servent les personnes TDG.

Énoncé 16.1

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui traitent les personnes TDG et qui prescrivent ou orientent les patients vers des hormonothérapies/chirurgies informent leurs patients au sujet :

- a. des effets connus des hormonothérapies / chirurgies sur la fertilité future;**
- b. des effets potentiels des thérapies qui ne sont pas bien étudiées et dont la réversibilité est inconnue;**
- c. des options de préservation de la fertilité (à la fois établies et expérimentales);**
- d. des implications psychosociales de l'infertilité.**

Personnes TDG assignées au sexe féminin à la naissance (AFAN)

Le traitement hormonal d'affirmation de genre peut avoir un effet négatif sur la capacité de reproduction (Hembree et coll., 2017). Sur la base des données actuelles concernant les hommes transgenres et les

personnes de la diversité de genre AFAN, ces risques sont les suivants :

Les agonistes de la GnRH peuvent être utilisés pour la suppression de la puberté afin d'empêcher la progression de la puberté jusqu'à ce que les adolescent(e)s soient prêts pour un traitement masculinisant. Les agonistes de la GnRH peuvent également être utilisés pour la suppression menstruelle. Ils ont une incidence sur la maturation des gamètes, mais ne causent pas de dommages permanents à la fonction gonadique. Ainsi, si les agonistes de la GnRH sont interrompus, la maturation des ovocytes devrait reprendre.

Il existe peu d'études détaillant les effets de la thérapie à base de testostérone sur la fonction reproductive des hommes transgenres (Moravek et coll., 2020). Le rétablissement d'une fonction ovarienne normale avec maturation des ovocytes après interruption de la testostérone a été démontré chez des hommes transgenres qui ont réussi à concevoir naturellement. Une étude rétrospective sur la cryoconservation des ovocytes n'a montré aucune différence dans le nombre total d'ovocytes prélevés ou

dans le nombre d'ovocytes matures entre les hommes transgenres et les femmes cisgenres appariés selon l'âge et l'IMC (Adeleye et coll., 2018, 2019). Les premiers résultats ont récemment été publiés, évaluant les taux de naissances vivantes après stimulation ovarienne contrôlée chez des hommes transgenres par rapport à des femmes cisgenres (Leung et coll., 2019). La testostérone a été arrêtée avant la stimulation ovarienne. Dans l'ensemble, les résultats concernant l'influence de la testostérone sur les organes reproducteurs et leur fonction semblent rassurants. Cependant, aucune étude prospective n'a été réalisée à ce jour pour évaluer l'effet d'une hormonothérapie à long terme sur la fertilité (p. ex. commencée à l'adolescence) ou chez les personnes traitées par agonistes de la GnRH au début de la puberté puis par une thérapie à base de testostérone. Il est important de prendre en considération le fait que les médicaments et les procédures nécessaires à la cryoconservation des ovocytes (examen pelvien, échographie vaginale et prélèvements d'ovocytes) peuvent entraîner une augmentation de la dysphorie de genre chez les hommes transgenres (Armuand, Dhejne et coll., 2017).

Les interventions chirurgicales chez les hommes transgenres auront des conséquences évidentes sur la capacité de reproduction. Si les personnes souhaitent obtenir une hystérectomie, il convient de leur proposer de conserver les ovaires afin de préserver la possibilité d'avoir un enfant génétiquement apparenté. Par ailleurs, si les ovaires sont retirés séparément ou en même temps que l'hystérectomie, la congélation des ovules doit être proposée avant l'intervention et/ou la cryoconservation du tissu ovarien peut être effectuée au moment de l'ovariectomie. Bien que cette procédure ne soit plus considérée comme expérimentale, de nombreux hommes transgenres peuvent souhaiter une maturation *in vitro* des follicules primordiaux, ce qui est encore à l'étude. Des études évaluant la fonction ovocytaire ont montré que les ovocytes isolés d'hommes transgenres exposés à la testostérone au moment de l'ovariectomie peuvent être mûris *in vitro* pour acquérir une structure normale du fuseau méiotique en métaphase II (De Roo et coll., 2017; Lierman et coll., 2017).

Personnes TDG assignées au sexe masculin à la naissance (AMAN)

Sur la base des données actuelles concernant les femmes transgenres et les personnes de la diversité de genre AMAN, l'influence du traitement médical est la suivante :

Les agonistes de la GnRH inhibent la spermatogenèse. Les données suggèrent que l'arrêt du traitement entraîne une réinitialisation de la spermatogenèse, bien que celle-ci puisse prendre au moins trois mois et très probablement plus longtemps (Bertelloni et coll., 2000). En outre, il convient de prendre en compte le poids psychologique d'une réexposition à la testostérone.

Les anti-androgènes et les œstrogènes entraînent une altération de la production de sperme (de Nie et coll., 2020; Jindarak et coll., 2018; Kent et coll., 2018). La spermatogenèse pourrait reprendre après l'arrêt d'un traitement prolongé aux anti-androgènes et aux œstrogènes, mais les données sont limitées (Adeleye et coll., 2019; Alford et coll., 2020; Schneider et coll., 2017). Les volumes testiculaires diminuent sous l'influence de l'hormonothérapie d'affirmation de genre (Matoso et coll., 2018). La qualité du sperme chez les femmes transgenres peut également être réduite par des facteurs particuliers liés au mode de vie, tels qu'une faible fréquence de masturbation et en serrant les organes génitaux contre le corps (p. ex. en utilisant des sous-vêtements serrés pour le tucking) (Jung et Schuppe, 2007; Mieusset et coll., 1985, 1987; Rodriguez-Wallberg, Häljestig et coll., 2021).

Énoncé 16.2

Nous recommandons que les professionnels de la santé orientent les personnes TDG intéressées par la préservation de la fertilité vers des professionnels ayant une expertise dans ce domaine pour une discussion plus approfondie.

La recherche montre que de nombreux adultes transgenres désirent des enfants biologiques (De Sutter et coll., 2002; Defreyne, van Schuylenbergh et coll., 2020; Wierckx, Van Caenegem et coll., 2012), mais les taux de PF restent très variables, en particulier chez les jeunes (< 5 %-40 %) (Brik et coll., 2019; Chen et coll.,

2017; Chiniara et coll., 2019; Nahata et coll., 2017; Segev-Becker et coll., 2020). Dans une enquête récente, de nombreux jeunes ont reconnu que leurs sentiments par rapport au fait d'avoir un enfant biologique pourraient changer à l'avenir (Strang, Jarin et coll., 2018). La stérilisation non choisie est une violation des droits de la personne (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2015; Equality and Human Rights Commission, 2021; Meyer III et coll., 2001) et en raison des avancées des attitudes sociales, de la médecine de la fertilité et des soins de santé transgenres, les possibilités de parentalité biologique pendant la transition devraient être soutenues pour les personnes transgenres. En raison de l'influence que l'avis clinique peut avoir sur la PF des personnes transgenres ou non-binaires et sur les décisions liées à la parentalité, les options de PF devraient être explorées par les professionnels de soins de santé parallèlement à des options telles qu'être famille d'accueil, l'adoption, la coparentalité et d'autres alternatives en matière de parentalité (Bartholomaeus et Riggs, 2019). Les patients transgenres à qui l'on a proposé ce type de discussion et qui ont eu le choix d'effectuer des procédures de PF ont déclaré que l'expérience était globalement positive (Armuand, Dhejne et coll., 2017; De Sutter et coll., 2002; James-Abra et coll., 2015).

Dans d'autres populations de patients, il a été démontré que l'orientation vers des services et des programmes formels de fertilité augmentait les taux de PF et améliorerait la satisfaction des patients (Kelvin et coll., 2016; Klosky, Anderson et coll., 2017; Klosky, Wang et coll., 2017; Shnorhavorian et coll., 2012). Les attitudes des médecins ont été étudiées, et des études récentes indiquent à la fois une prise de conscience et un désir de fournir des renseignements relatifs à la fertilité aux enfants et à leur famille (Armuand et coll., 2020). Cependant, des obstacles ont également été relevés, notamment le manque de connaissances, de confort et de ressources (Armuand, Nilsson et coll., 2017; Frederick et coll., 2018). Ainsi, la nécessité d'une formation appropriée des professionnels de soins de santé a été soulignée, l'accent étant mis sur le conseil en matière de fertilité et l'offre d'options de PF à toutes les personnes à risque de façon impartiale (Armuand, Nilsson et coll., 2017). Il a également été démontré que les recommandations des parents influencent de

manière significative les taux de PF chez les adolescent(e)s et les jeunes adultes de sexe masculin atteints de cancer (Klosky, Flynn et coll., 2017). Bien qu'il existe des différences cliniques évidentes entre ces populations, ces résultats peuvent contribuer à orienter les pratiques exemplaires en matière de conseil sur la fertilité et d'orientation vers la PF pour les personnes transgenres.

Énoncé 16.3

Nous recommandons que les équipes de soins transgenres s'associent à des spécialistes et à des centres de fertilité locaux pour fournir des renseignements précis et opportuns et des services de préservation de la fertilité avant de proposer des interventions médicales et chirurgicales susceptibles d'avoir une incidence sur la fertilité.

La cryoconservation du sperme et celle des ovocytes sont des techniques de PF établies et peuvent être respectivement proposées aux personnes assignées de sexe masculin et féminin à la naissance à la puberté, à la fin de la puberté et à l'âge adulte, de préférence avant le début de l'hormonothérapie d'affirmation de genre (Hembree et coll., 2017; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019). La cryoconservation d'embryons peut être proposée aux personnes TDG adultes (post-pubères) qui souhaitent avoir un enfant et qui ont un ou une partenaire disponible. L'utilisation future des gamètes cryoconservés dépend également des gamètes et des organes reproducteurs du ou de la futur·e partenaire (Fischer, 2021; Maxwell et coll., 2017).

Bien qu'il ait été démontré que les paramètres du sperme étaient compromis lorsque la PF était effectuée après l'instauration d'une hormonothérapie d'affirmation de genre (Adeleye et coll., 2019), une petite étude a montré qu'à l'arrêt du traitement, les paramètres du sperme étaient comparables à ceux des patients TDG qui n'ont jamais eu d'hormonothérapie d'affirmation de genre. En ce qui concerne la stimulation ovarienne, le rendement de la vitrification des ovocytes et l'utilisation ultérieure des ovocytes dans la fécondation in vitro, il n'y a aucune raison d'anticiper un résultat différent dans les traitements par procréation médicalement assistée (PMA) pour les personnes TDG par rapport à celui obtenu chez les personnes cisgenres effectuant une PMA à l'exception

des facteurs de confusion individuels liés à l'(in)fertilité – lorsque la préservation des gamètes est effectuée avant tout traitement médical (Adeleye et coll., 2019). L'utilisation d'ovocytes dans le traitement par PMA a donné des résultats similaires chez les personnes TDG par rapport à des personnes cisgenres contrôlées et appariées (Adeleye et coll., 2019; Leung et coll., 2019; Maxwell et coll., 2017).

Bien qu'il s'agisse d'options établies, peu de personnes TDG pubères, en fin de puberté ou adultes ont recours à des services de PF (Nahata et coll., 2017), et nombre d'entre elles rencontrent des difficultés lors des interventions de PF. Non seulement l'accès et le coût de ces méthodes constituent un obstacle (en particulier dans les régions dépourvues de couverture d'assurance), mais les procédures sont souvent physiquement et émotionnellement inconfortables, et beaucoup expriment des inquiétudes quant au report du processus de transition (Chen et coll., 2017; De Sutter et coll., 2002; Nahata et coll., 2017; Wierckx, Stuyver et coll., 2012). En particulier pour les personnes AFAN, le caractère invasif du suivi par échographie endovaginale des procédures de stimulation ovarienne et de prélèvement d'ovocytes (et la détresse psychologique associée) a été cité comme un obstacle (Armund, Dhejne et coll., 2017; Chen et coll., 2017). On peut également craindre que les jeunes adultes en transition n'aient pas une vision claire de la parentalité et soient donc susceptibles de refuser l'occasion d'utiliser la PF à ce moment-là, alors qu'en tant qu'adultes, ils pourraient avoir des opinions différentes sur la parentalité (Cauffman et Steinberg, 2000). La réduction de la dysphorie de genre pendant la transition pourrait également influencer le processus de prise de décision concernant la PF (Nahata et coll., 2017). Sur la base des recherches montrant que les perspectives de fécondité des jeunes TDG peuvent évoluer au fil du temps (Nahata et coll., 2019; Strang, Jarin et coll., 2018), les options de PF devraient faire l'objet de discussions continues.

Énoncé 16.4

Nous recommandons que les professionnels de la santé conseillent les jeunes TDG prépubères ou en début de puberté qui demandent une thérapie d'affirmation de genre, ainsi que leur famille, sur le fait que les options de préservation de la fertilité

actuellement fondées sur des données probantes/établies sont limitées.

Pour les enfants prépubères ou en début de puberté, les options de PF se limitent à la conservation du tissu gonadique. Bien que cette option soit disponible pour les enfants TDG de la même manière qu'elle l'est pour les patients oncologiques cisgenres prépubères et en début de puberté, il n'existe pas de littérature décrivant l'utilisation de cette approche dans la population transgenre. L'autotransplantation de tissu ovarien a donné lieu à plus de 130 naissances vivantes chez des femmes cisgenres. La plupart de ces patientes ont conçu naturellement sans traitement par PMA (Donnez et Dolmans, 2015; Jadoul et coll., 2017), et la majorité d'entre elles ont stocké leur tissu ovarien soit à l'âge adulte, soit pendant la puberté. Bien que les récentes lignes directrices de l'American Society for Reproductive Medicine ne considèrent plus la cryoconservation de tissu ovarien comme expérimentale (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019), il existe très peu de rapports de cas décrivant une grossesse réussie chez une femme à la suite de la transplantation de tissu ovarien cryoconservé avant la puberté. Demeestere et coll. (2015) et Rodriguez-Wallberg, Milenkovic et coll. (2021) ont décrit des cas de grossesses réussies après la transplantation de tissus prélevés à l'âge de 14 ans, et récemment Matthews et coll. (2018) ont décrit le cas d'une jeune fille diagnostiquée avec une thalassémie, dont le tissu ovarien a été stocké à l'âge de 9 ans et dont la transplantation a eu lieu 14 ans plus tard. Elle a ensuite conçu par fécondation *in vitro* et a accouché d'un bébé en bonne santé.

Actuellement, la seule application clinique future du stockage de tissu ovarien est l'autotransplantation, qui pourrait être indésirable chez un homme transgenre (en raison des effets potentiellement indésirables de l'œstrogène). Une procédure en laboratoire qui permettrait de faire mûrir des ovocytes *in vitro* à partir de tissu ovarien serait l'application future idéale du tissu ovarien stocké pour les personnes transgenres, mais cette technique n'est actuellement étudiée et optimisée que dans le cadre de la recherche fondamentale (Ladanyi et coll., 2017; Oktay et coll., 2010).

Le prélèvement prépubertaire de tissu testiculaire s'est avéré être une procédure à faible risque

(Borgström et coll., 2020; Ming et coll., 2018). Certains auteurs ont également décrit cette approche comme une option théorique chez les personnes transgenres (De Roo et coll., 2016; Martinez et coll., 2017; Nahata, Curci et coll., 2018). Cependant, il n'existe aucun rapport dans la littérature décrivant l'utilisation clinique ou expérimentale de cette option de PF pour les personnes TDG. En outre, la viabilité de l'application clinique de l'autotransplantation de tissu testiculaire reste inconnue chez l'humain, et les techniques de maturation *in vitro* relèvent encore du domaine de la recherche fondamentale. Ainsi, les spécialistes considèrent actuellement que cette technique est expérimentale (Picton et coll., 2015). Il faut discuter de la possibilité de conserver le tissu gonadique avant toute chirurgie génitale qui entraînerait une stérilisation, bien que la probabilité de pouvoir utiliser ce tissu doive être clairement abordée.

Énoncé 16.5

Nous recommandons que les personnes TDG dotées d'un utérus qui souhaitent mener une grossesse à terme bénéficient de soins avant la conception, de conseils prénataux concernant l'utilisation et l'arrêt d'hormones d'affirmation de genre, de soins pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et de services de soutien à l'allaitement et au post-partum, conformément aux standards de soins locaux et dans le respect de leur identité de genre.

La plupart des hommes transgenres et des personnes de la diversité de genre (AFAN) conservent leur utérus et leurs ovaires et peuvent donc concevoir et mener à terme une grossesse même après une utilisation prolongée de testostérone (Light et coll., 2014). De nombreux hommes transgenres désirent des enfants (Light et coll., 2018; Wierckx, van Caenegem et coll., 2012) et sont prêts à mener une grossesse à terme (Moseson, Fix, Hastings et coll., 2021; Moseson, Fix, Ragosta et coll., 2021). La PMA a permis à de nombreux hommes transgenres de concevoir des enfants et de réaliser leurs souhaits en matière de planification familiale (De Roo et coll., 2017; Ellis et coll., 2015; Maxwell et coll., 2017). Certains hommes transgenres font état d'isolement psychologique, de dysphorie liée à l'utérus gravide et aux changements au niveau du torse, et de dépression (Charter, 2018; Ellis et coll., 2015; Hoffkling et coll., 2017; Obedin-Maliver

et Makadon, 2016). Inversement, d'autres études ont fait état d'expériences positives pendant la grossesse (Fischer, 2021; Light et coll., 2014). On devrait faire appel à des professionnels de soins de santé mentale pour qu'ils apportent leur soutien, et un counseling devrait être fourni pour savoir quand arrêter et quand reprendre les hormones d'affirmation de genre et quelles sont les options disponibles pour le mode d'accouchement et pour l'allaitement (Hoffkling et coll., 2017). Enfin, des interventions systémiques et interpersonnelles devraient être mises en œuvre pour garantir à tous des soins de santé reproductive centrés sur la personne (Hahn et coll., 2019; Hoffkling et coll., 2017; Moseson, Zazanis et coll., 2020; Snowden et coll., 2018).

Compte tenu des effets nocifs potentiels de la testostérone sur le développement de l'embryon, il est recommandé d'interrompre le traitement à la testostérone ou traitement hormonal masculinisant avant la conception et pendant toute la durée de la grossesse. Cependant, le moment optimal pour l'arrêt de la testostérone avant la grossesse et pour sa reprise après la grossesse n'est pas connu. Étant donné que l'arrêt des hormones d'affirmation de genre peut provoquer une détresse et exacerber la dysphorie chez les hommes transgenres, le moment et la manière d'arrêter ce traitement devraient être abordés lors du counseling prénatal (Hahn et coll., 2019). En l'absence d'informations sur la durée d'exposition à la testostérone et sur le risque de tératogénicité, l'utilisation de la testostérone doit être interrompue avant toute tentative de grossesse et avant l'arrêt de la contraception. En outre, on dispose de peu de renseignements sur l'état de santé des enfants nés d'hommes transgenres. De petites séries de cas tentant d'évaluer cette question n'ont révélé aucune différence physique ou psychosociale négative entre les bébés nés d'hommes transgenres et les bébés de la population générale (Chiland et coll., 2013).

Allaitement

Dans les quelques études évaluant la lactation et l'allaitement, la majorité des hommes transgenres et des personnes TDG AFAN qui ont choisi d'allaiter après l'accouchement ont réussi, la recherche suggérant que l'induction de la lactation dépend en partie de conseils préconceptionnels et d'un soutien infirmier

expérimenté (MacDonald et coll., 2016; Wolfe-Roubatis et Spatz, 2015). Plus précisément, les hommes transgenres et les personnes TDG qui utilisent de la testostérone devraient être informés que 1) bien que les quantités soient faibles, la testostérone passe dans le lait maternel; et 2) l'incidence sur le développement du nouveau-né/de l'enfant n'est pas connue et, par conséquent, l'utilisation de testostérone pour l'affirmation de genre n'est pas recommandée pendant l'allaitement, mais peut être reprise après l'arrêt de l'allaitement (Glaser et coll., 2009). Les hommes transgenres et les autres personnes TDG AFAN doivent être informés que certaines personnes qui mènent une grossesse à terme peuvent connaître une croissance indésirable de la poitrine ou une lactation même après la reconstruction du torse et doivent donc être soutenues si elles souhaitent supprimer la lactation (MacDonald et coll., 2016).

Il existe peu de renseignements sur la lactation chez les femmes transgenres et les autres personnes TDG AMAN, mais beaucoup d'entre elles expriment le désir d'allaiter. Bien qu'il existe un rapport de cas d'une femme transgenre qui a réussi à allaiter son enfant après un soutien hormonal combinant œstrogènes, progestérone, dompéridone et utilisation d'un tire-lait (Reisman et Goldstein, 2018), le profil nutritionnel et immunologique du lait maternel dans ces conditions n'a pas été étudié. Par conséquent, les personnes doivent être informées des risques et des avantages de cette approche pour l'alimentation des enfants (Reisman et Goldstein, 2018).

Énoncé 16.6

Nous recommandons que les professionnels de soins médicaux discutent des méthodes de contraception avec les personnes TDG qui s'engagent dans une activité sexuelle susceptible d'entraîner une grossesse.

De nombreuses personnes TDG peuvent conserver leur capacité de reproduction et elles (si elles conservent un utérus, des ovaires et des trompes) ou leurs partenaires sexuels (pour les personnes produisant du sperme) peuvent connaître des grossesses non planifiées (James et coll., 2016; Light et coll., 2014; Moseson, Fix et coll., 2020). C'est pourquoi il est nécessaire d'offrir des conseils intentionnels en matière de planification familiale, y compris en matière de

contraception et d'avortement, d'une manière qui soit inclusive au niveau du genre (Klein, Berry-Bibee et coll., 2018; Obedin-Maliver, 2015; Stroumsa et Wu, 2018). Les personnes TDG AFAN peuvent ne pas utiliser de contraception parce qu'elles croient à tort que la testostérone est une forme de contraception fiable (Abern et Maguire, 2018; Ingraham et coll., 2018; Jones, Wood et coll., 2017; Potter et coll., 2015). Toutefois, sur la base des connaissances actuelles, la testostérone ne doit pas être considérée comme une forme fiable de contraception en raison de sa suppression incomplète de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (Krempasky et coll., 2020). En outre, des grossesses se sont produites alors que des personnes étaient en aménorrhée en raison de l'utilisation de la testostérone, laquelle peut durer plus longtemps que les périodes actives d'administration (Light et coll., 2014). La grossesse peut également survenir chez les personnes TDG après une utilisation à long terme de la testostérone (au moins jusqu'à 10 ans), bien que l'effet sur les ovocytes et la fertilité de base soit encore inconnu (Light et coll., 2014).

Les personnes TDG AFAN peuvent utiliser une variété de méthodes contraceptives (Abern et Maguire, 2018; Bentsianov et coll., 2018; Bonnington et coll., 2020; Chrisler et coll., 2016; Cipres et coll., 2017; Jones, Wood et coll., 2017; Krempasky et coll., 2020; Light et coll., 2018). Ces méthodes peuvent être utilisées explicitement pour la prévention de la grossesse, la suppression des menstruations, les saignements anormaux ou d'autres besoins gynécologiques (Bonnington et coll., 2020; Chrisler et coll., 2016; Krempasky et coll., 2020; Schwartz et coll., 2019). Les lacunes en matière de recherche sur la contraception au sein de cette population sont marquées. Aucune étude n'a examiné comment l'utilisation d'androgènes exogènes (p. ex. la testostérone) peut modifier l'efficacité ou le profil de sécurité des méthodes contraceptives hormonales (p. ex. les contraceptifs hormonaux combinés à base d'œstrogène et de progestatif, les contraceptifs à base de progestatif uniquement) ou des méthodes contraceptives non hormonales et de barrière (p. ex. les préservatifs internes et externes, les dispositifs intra-utérins non hormonaux, les diaphragmes, les éponges, etc.).

Les personnes de la diversité de genre qui ont actuellement un pénis et des testicules peuvent avoir une activité sexuelle avec des personnes qui ont un utérus, des ovaires et des trompes, quel que soit leur genre. Les personnes de la diversité de genre qui ont un pénis et des testicules peuvent produire des spermatozoïdes même lorsqu'elles prennent des hormones d'affirmation de genre (p. ex. des œstrogènes), et bien que les paramètres du sperme soient diminués chez les personnes qui utilisent actuellement ou qui ont déjà utilisé des hormones d'affirmation de genre, l'azoospermie n'est pas complète et l'activité des spermatozoïdes n'est pas totalement supprimée (Adeleye et coll., 2019; Jindarak et coll., 2018; Kent et coll., 2018). Par conséquent, la contraception doit être envisagée si l'on veut éviter une grossesse lors d'une activité sexuelle avec pénis dans le vagin entre une personne ayant un utérus, des ovaires et des trompes et une personne ayant un pénis et des testicules, indépendamment de l'utilisation d'hormones d'affirmation de genre par l'un·e ou l'autre des partenaires. Actuellement, les méthodes contraceptives disponibles pour le ou la partenaire producteur de sperme sont principalement les barrières mécaniques (préservatifs externes, préservatifs internes), la stérilisation permanente (vasectomie) et la chirurgie d'affirmation de genre (orchidectomie, qui entraîne également la stérilisation). Il est recommandé de

prodiguer des conseils en matière de contraception en tenant compte des partenaires produisant des spermatozoïdes, des ovules et en gestation (le cas échéant).

Énoncé 16.7

Nous recommandons que les professionnels qui offrent des services d'interruption de grossesse veillent à ce que les options procédurales appuient l'affirmation de genre et servent les personnes TDG.

Des grossesses non planifiées et des avortements ont été signalés parmi les personnes TDG dotées d'un utérus (Abern et Maguire, 2018; Light et coll., 2014; Light et coll., 2018; Moseson, Fix et coll., 2020) et recensées par des enquêtes sur les établissements pratiquant l'avortement (Jones et coll., 2020). Cependant, l'épidémiologie des avortements basée sur la population et les expériences et préférences des personnes TDG AFAN qui recourent à un avortement représentent encore une lacune critique dans la recherche (Fix et coll., 2020; Moseson, Fix et coll., 2020; Moseson, Lunn et coll., 2020). Néanmoins, étant donné que la capacité de grossesse existe chez de nombreuses personnes TDG et que les grossesses ne sont pas toujours planifiées ou souhaitées, l'accès à des services d'interruption médicale et chirurgicale de grossesse sûrs, légaux et respectant le genre est nécessaire.

CHAPITRE 17 • SANTÉ SEXUELLE

La santé sexuelle a une incidence profonde sur le bien-être physique et psychologique, indépendamment du sexe, du genre ou de l'orientation sexuelle. Cependant, la stigmatisation liée au sexe, au genre et à l'orientation sexuelle influe sur les possibilités qu'ont les personnes de vivre leur sexualité et de recevoir des soins appropriés liés à la santé sexuelle. Plus précisément, dans la plupart des sociétés, la cisnormativité et l'hétéronormativité conduisent à l'hypothèse selon laquelle toutes les personnes sont cisgenres et hétérosexuelles (Bauer et coll., 2009), et que cette combinaison est supérieure à tous les autres genres et orientations sexuelles (Nieder, Gùldenring et coll., 2020; Rider, Vencill et coll., 2019). La cisnormativité et l'hétéronormativité nient la complexité du genre, de l'orientation sexuelle et de la sexualité et ne tiennent pas compte de la diversité et de la fluidité. Cela est d'autant plus important que les identités, les orientations et les pratiques sexuelles des personnes transgenres et de la diversité de genre (TDG) sont caractérisées par une énorme diversité (Galupo et coll., 2016; Jessen et coll., 2021; Thurston et Allan, 2018; T'Sjoen et coll., 2020). De même, une forte tendance interculturelle à l'allonormativité – l'hypothèse selon laquelle toutes les personnes éprouvent une attirance sexuelle ou un intérêt pour l'activité sexuelle – nie les diverses expériences des personnes TDG, en particulier celles qui se situent sur le spectre asexuel (McInroy et coll., 2021; Mollet, 2021; Rothblum et coll., 2020).

L'Organisation mondiale de la Santé (WHO, 2010) souligne que la santé sexuelle dépend du respect des droits sexuels de tous, y compris le droit d'exprimer diverses sexualités et d'être traité avec respect, en toute sécurité et à l'abri de la discrimination et de la violence. Les discours sur la santé sexuelle se sont concentrés sur la capacité d'action et l'autonomie du corps, ce qui comprend le consentement, le plaisir sexuel, la satisfaction sexuelle, les relations et la vie familiale (Cornwall et Jolly, 2006; Lindley et coll., 2021). Dans ce contexte, l'OMS définit la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en lien avec la sexualité, et non pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles,

ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient source de plaisir et sans risque, libres de toute contrainte, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et satisfaits (WHO, 2006, p. 5). Cela comprend les personnes du spectre asexuel, qui peuvent ne pas éprouver d'attirance sexuelle pour les autres, mais peuvent néanmoins choisir d'avoir des relations sexuelles à certains moments (p. ex. au moyen de l'autostimulation) ou être intéressées par la formation et la construction de relations romantiques (de Oliveira et coll., 2021).

L'attention scientifique portée aux expériences sexuelles et aux comportements des personnes TDG s'est accrue ces dernières années (Gieles et coll., 2022; Holmberg et coll., 2019; Klein et Gorzalka, 2009; Kloer et coll., 2021; Mattawanon et coll., 2021; Stephenson et coll., 2017; Tirapegui et coll., 2020; Thurston et Allan, 2018). Cette expansion dans la littérature reflète un cadre ayant une attitude positive envers l'expression de la sexualité (Harden, 2014), un cadre de travail qui reconnaît à la fois les aspects positifs tels que le plaisir sexuel (Laan et coll., 2021) et les risques potentiels associés à la sexualité (Goldhammer et coll., 2022; Mujugira et coll., 2021). Toutefois, les études sur la sexualité des personnes TDG n'ont souvent pas de mesures validées, de groupe-témoin approprié ou de modèle prospectif (Holmberg et coll., 2019). En outre, la plupart se concentrent exclusivement sur le fonctionnement sexuel (Kennis et coll., 2022), négligeant ainsi la satisfaction sexuelle et le fonctionnement élargi du plaisir sexuel au-delà de l'acte. Les effets des traitements médicaux actuels sur la sexualité des personnes TDG sont hétérogènes (Özer et coll., 2022; T'Sjoen et coll., 2020), et peu de recherches ont été menées sur la sexualité des adolescent(e)s TDG (Bungener et coll., 2017; Maheux et coll., 2021; Ristori et coll., 2021; Stùbler et Becker-Hebly, 2019; Warwick et coll., 2022). Bien que des approches ayant une attitude positive envers l'expression de la sexualité en matière de counseling et de traitement des difficultés sexuelles rencontrées par les personnes TDG aient été proposées (Fielding, 2021; Jacobson et coll., 2019; Richards, 2021), les recherches sur l'efficacité de ces interventions sont à ce jour insuffisantes. Se concentrant sur la promotion de la

santé sexuelle, la World Association for Sexual Health (WAS) affirme l'importance du plaisir sexuel et considère l'autodétermination, le consentement, la sécurité, la vie privée, la confiance et la capacité à communiquer et à négocier les relations sexuelles comme des facilitateurs majeurs (Kismödi et coll., 2017). La WAS affirme que le plaisir sexuel fait partie intégrante des droits sexuels et des droits de la personne (Kismödi et coll., 2017). Pour contribuer à la santé sexuelle des personnes transgenres, les professionnels de la santé doivent faire preuve d'expertise et de sensibilité à leur égard (Nieder, Gùldenring et coll., 2020). Dans le but d'améliorer les soins de santé sexuelle pour les personnes TDG à un niveau éthique, fondé sur des données probantes et de haute qualité, les professionnels de la santé doivent fournir leurs services de santé avec les mêmes soins (p. ex. avec une expertise liée aux personnes transgenres), le même respect (p. ex. avec une sensibilité liée aux personnes transgenres) et le même investissement quant au plaisir sexuel et la satisfaction sexuelle qu'ils fournissent aux personnes cisgenres (Holmberg et coll., 2019).

Dans de nombreuses sociétés, les expressions de genre non conformes peuvent susciter de fortes réactions (motionnelles), y compris chez les professionnels de la santé. Ainsi, lors de l'établissement d'un contact liée à la santé ou d'une relation thérapeutique, une attitude ouverte, accueillante et sans jugement est très probablement assurée lorsque les professionnels de la santé réfléchissent à leurs réactions émotionnelles, cognitives et interactionnelles envers la personne (Nieder, Gùldenring et coll., 2020). En outre, l'expertise liée aux personnes transgenres fait référence à la détermination de l'incidence que les identités intersectionnelles de la personne TDG et ses

expériences de marginalisation et de stigmatisation ont pu avoir sur l'ensemble de sa personne (Rider, Vencill et coll., 2019). Pour traiter correctement les vulnérabilités physiques, psychologiques et sociales précises des personnes TDG, les professionnels de la santé doivent être conscients que ces troubles sont généralement négligés en raison de la cisonormativit et de l'hétéronormativité, du manque de connaissances et du manque de compétences (Rees et coll., 2021). Il est également important de tenir compte des normes culturelles en matière de sexualité. Par exemple, dans certaines cultures africaines, l'idée que le sexe est tabou limite le nombre de termes acceptables à utiliser lors de l'établissement des antécédents sexuels (Netshandama et coll., 2017). Un langage respectueux de la culture peut faciliter la discussion ouverte sur les antécédents sexuels d'une personne et réduire l'ambiguïté ou la honte (Duby et coll., 2016). En outre, les professionnels de la santé doivent être sensibles à l'historique de l'utilisation (erronée) de l'identité et de l'orientation sexuelles en tant que fonction de contrôle pour exclure les personnes transgenres des soins de santé d'affirmation de genre (Nieder et Richter-Appelt, 2011; Richards et coll., 2014). Les recommandations qui suivent visent à améliorer les soins de santé sexuelle pour les personnes TDG.

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des données probantes, d'une évaluation des bénéfices et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas, nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les services peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables.

Énoncés de recommandations

- 17.1 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui fournissent des soins aux personnes TDG acquièrent les connaissances et les compétences nécessaires pour aborder les questions de santé sexuelle (en rapport avec les soins qu'ils offrent).
- 17.2 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui fournissent des soins aux personnes TDG discutent de l'incidence des démarches d'affirmation de genre sur le fonctionnement, le plaisir et la satisfaction sexuels.
- 17.3 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui fournissent des soins aux personnes TDG offrent la possibilité d'inclure le, la ou les partenaires dans les soins liés à la sexualité, lorsqu'il est indiqué de le faire.
- 17.4 - Nous recommandons que les professionnels de la santé conseillent les personnes TDG sur les effets possibles de la stigmatisation et des traumatismes sur les comportements sexuels à risque, l'évitement sexuel et le fonctionnement sexuel.
- 17.5 - Nous recommandons que tout professionnel de la santé qui propose des soins susceptibles d'avoir une incidence sur la santé sexuelle, fournisse des renseignements, pose des questions sur les attentes de la personne TDG et évalue son niveau de compréhension des changements possibles.
- 17.6 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui fournissent des soins aux personnes TDG conseillent les adolescent(e)s et les adultes sur la prévention des infections transmissibles sexuellement.
- 17.7 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui fournissent des soins aux personnes TDG suivent les directives locales et celles de l'Organisation mondiale de la Santé pour le dépistage, la prévention et le traitement du virus de l'immunodéficience humaine et des infections transmissibles sexuellement (VIH/ITS).
- 17.8 - Nous recommandons que les professionnels de la santé qui fournissent des soins aux personnes TDG abordent la question des interactions potentielles entre les médicaments antirétroviraux et les hormones.

Énoncé 17.1

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui fournissent des soins aux personnes TDG acquièrent les connaissances et les compétences nécessaires pour aborder les questions de santé sexuelle (en rapport avec les soins qu'ils offrent).

Il est important que les professionnels de la santé qui s'occupent de la santé sexuelle des personnes TDG connaissent la terminologie couramment utilisée (voir le chapitre 1 – Terminologie) et invitent les personnes en quête de soins à leur expliquer les termes qui ne leur sont pas familiers. Dans ce contexte, il est également important que les professionnels de la santé soient prêts à prendre connaissance des antécédents sexuels et à offrir un traitement (selon leurs compétences) d'une manière qui tient compte du genre, avec une approche positive (Centers for Disease Control, 2020; Tomson et coll., 2021). Cependant, les professionnels de la santé devraient accorder plus d'importance à la terminologie que la personne TDG utilise pour son propre corps qu'à la terminologie médicale traditionnellement acceptée ou utilisée (Wesp, 2016). Lorsque l'on parle de pratiques sexuelles, il est conseillé de se concentrer sur les parties du corps (p. ex. « avez-vous des rapports sexuels avec des personnes ayant un pénis, ayant un vagin ou les deux? »; ACON, 2022) et sur le rôle qu'elles jouent dans leur sexualité (p. ex. « pendant les rapports sexuels, est-ce que des parties de votre corps pénètrent le corps de votre partenaire, comme ses organes génitaux, son anus ou sa bouche? »; ACON, 2022).

Énoncé 17.2

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui fournissent des soins aux personnes TDG discutent de l'incidence des démarches d'affirmation de genre sur le fonctionnement, le plaisir et la satisfaction sexuels.

Pour offrir des soins d'affirmation de genre, il est essentiel que les professionnels de la santé qui fournissent des interventions médicales liées à la transition soient suffisamment informés des effets possibles sur le fonctionnement, le plaisir et la satisfaction sexuels (T'Sjoen et coll., 2020). Cet aspect est d'autant plus important que les données cliniques indiquent que les personnes TDG obtiennent des résultats nettement inférieurs en matière de plaisir sexuel par rapport aux personnes cisgenres (Gieles et coll., 2022). Si les professionnels de la santé ne sont pas en mesure de fournir des renseignements sur les effets de leur traitement sur le fonctionnement, le plaisir et la satisfaction sexuels, ils sont au moins tenus d'orienter la personne vers une personne qualifiée pour le faire. Si les effets de leur traitement sur la sexualité ne sont pas connus, les professionnels de la santé doivent en informer leurs patients. Comme nous l'avons vu plus haut, la sexualité des personnes TDG vient souvent bousculer les opinions hétéronormatives. Néanmoins, il existe un grand nombre d'ouvrages (p. ex. Bauer, 2018; Laube et coll., 2020; Hamm et Nieder, 2021; Stephenson et coll., 2017) soulignant le caractère spectral de la sexualité qui ne correspond pas aux attentes de ce qu'implique la sexualité masculine et féminine (ni cisgenre ni transgenre), sans parler de celle des personnes de la diversité de genre (p. ex. non-

binaires, agenres, genderqueer). Ces aspects doivent donc être soigneusement pris en compte par les professionnels de la santé étant donné que la cisnormativité, l'hétéronormativité et les interventions médicales liées à la transition ont toutes une incidence importante sur la santé sexuelle.

Le plaisir sexuel a été bien recensé comme un facteur d'amélioration de la santé sexuelle, mentale et physique (Anderson, 2013). Outre le fonctionnement sexuel, les professionnels de la santé qui dispensent des soins de santé sexuelle doivent s'intéresser au plaisir et à la satisfaction sexuels, qui constituent un facteur clé de la santé sexuelle. Par le passé, les soins de santé sexuelle étaient axés sur la maladie, ce qui est particulièrement vrai pour la recherche et la pratique clinique auprès des personnes TDG. Bien que des soins de santé sexuelle complets concernant le VIH et les ITS soient nécessaires, il faut aussi intégrer la valorisation du plaisir sexuel des patients TDG. Les appels à l'intégration du plaisir sexuel comme point central de l'éducation et des interventions en matière de prévention des ITS reposent sur la compréhension du fait que le plaisir est un facteur de motivation du comportement (Philpott et coll., 2006). Les personnes TDG se préoccupent de leur plaisir sexuel et ont besoin de professionnels de la santé qui connaissent la diversité des pratiques sexuelles et le fonctionnement anatomique propre aux soins de santé des personnes TDG.

Énoncé 17.3

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui fournissent des soins aux personnes TDG offrent la possibilité d'inclure le, la ou les partenaires dans les soins liés à la sexualité, lorsqu'il est indiqué de le faire.

Lorsqu'elle est appropriée et pertinente par rapport aux préoccupations cliniques, l'inclusion d'un, d'une, ou de plusieurs partenaires sexuels ou romantiques dans la prise de décision en matière de santé sexuelle peut augmenter les résultats des patients TDG en matière de bien-être et de satisfaction sexuels (Kleinplatz, 2012). Les personnes TDG peuvent choisir une gamme d'interventions médicales liées à la transition, et ces interventions peuvent avoir des résultats mitigés dans la modification des expériences de la dysphorie anatomique (Bauer et Hammond, 2015). Lors des

discussions sur l'incidence des interventions médicales sur le fonctionnement, le plaisir et la satisfaction sexuels, l'inclusion du, de la, ou des partenaires peut améliorer la compréhension des changements potentiels et encourager la communication entre les partenaires (Dierckx et coll., 2019). Comme le processus de transition n'est souvent pas un projet complètement solitaire, l'inclusion des partenaires sexuels ou romantiques dans les soins de santé liés à la transition peut faciliter le processus de « co-transition » (Lindley et coll., 2020; Siboni et coll., 2022; Theron et Collier, 2013) et peut également favoriser la croissance et l'adaptation sexuelles, tant sur le plan individuel que relationnel. Les obstacles sociaux et psychologiques au fonctionnement et au plaisir sexuels, notamment les expériences de dysphorie de genre, la stigmatisation, le manque de modèles sexuels et relationnels et les compétences limitées, peuvent avoir des répercussions négatives sur la santé sexuelle globale (Kerckhof et coll., 2019). Une communication sexuelle encourageante et d'affirmation de genre entre les partenaires améliore les résultats en matière de satisfaction sexuelle pour les personnes TDG (Stephenson et coll., 2017; Wierckx, Elaut et coll., 2011).

L'inclusion des partenaires sexuels ou romantiques offre une occasion supplémentaire de fixer des attentes réalistes, de diffuser des renseignements utiles et précis et de faciliter une communication positive et respectueuse du genre en matière de santé sexuelle. En fin de compte, il est toutefois important de reconnaître que les choix individuels liés à la santé et à la transition de genre relèvent des patients, et non d'un ou d'une partenaire. Il est important que l'inclusion des partenaires dans les soins liés à la santé sexuelle ne se fasse que lorsque cela est approprié et souhaité par les patients. Les contre-indications peuvent comprendre des dynamiques interpersonnelles abusives ou violentes, auquel cas la sécurité du patient l'emporte sur la participation du, de la ou des partenaires. Enfin, il est essentiel que les professionnels de la santé traitent toutes les personnes de manière positive et inclusive, y compris les partenaires sexuels et romantiques. Cela signifie, par exemple, qu'il faut surveiller et traiter les hypothèses et les préjugés potentiels concernant le genre ou l'orientation sexuelle du, de la ou des

partenaires d'une personne ou la structure des relations d'une personne.

Énoncé 17.4

Nous recommandons que les professionnels de la santé conseillent les personnes TDG sur les effets possibles de la stigmatisation et des traumatismes sur les comportements sexuels à risque, l'évitement sexuel et le fonctionnement sexuel.

La communauté TDG est touchée de manière disproportionnée par la stigmatisation, la discrimination et la violence (de Vries et coll., 2020; European Union Agency for Fundamental Rights, 2020; McLachlan, 2019). Ces expériences sont souvent de nature traumatique (Burnes et coll., 2016; Mizock et Lewis, 2008) et peuvent créer des obstacles à la santé, au fonctionnement et au plaisir sexuels (Bauer et Hammond, 2015). Par exemple, les récits stigmatisants sur les sexualités transgenres peuvent accroître la dysphorie et la honte sexuelles, ce qui augmente l'évitement potentiel de la communication sexuelle nécessaire à la sécurité et à l'optimisation du plaisir (Stephenson et coll., 2017). La recherche montre que la stigmatisation, les antécédents de violence sexuelle et les préoccupations liées à l'image corporelle peuvent avoir un effet négatif sur l'estime de soi sexuelle et la capacité d'action, par exemple la capacité d'affirmer ce qui est agréable ou de négocier l'utilisation du préservatif (Clements-Nolle et coll., 2008; Dharma et coll., 2019). En outre, la dysphorie de genre peut être exacerbée par des expériences traumatiques passées et des symptômes persistants liés aux traumatismes (Giovanardi et coll., 2018). Il peut être difficile pour certaines personnes TDG d'avoir des relations sexuelles en utilisant les organes génitaux avec lesquels elles sont nées, et elles peuvent choisir d'éviter complètement ce type de stimulation, ce qui perturbe les processus d'excitation et d'orgasme (Anzani et coll., 2021; Bauer et Hammond, 2015; Iantaffi et Bockting, 2011) ou entraîne des sentiments complexes à propos de l'orgasme (Chadwick et coll., 2019). Les professionnels de la santé qui offrent des conseils et des interventions axés sur l'affirmation de genre doivent connaître le spectre des orientations et des identités sexuelles (y compris les identités et les pratiques asexuelles) afin d'éviter les hypothèses fondées sur des modes de comportement ou de satisfaction

hétéronormatifs, cisnormatifs et allonormatifs, tout en affirmant les effets potentiels de la stigmatisation et des traumatismes sur la santé et le plaisir sexuels (Nieder, Gùldenring et coll., 2020). Un certain degré de déconnexion ou de dissociation peut parfois être présent, en particulier dans le cas de symptômes traumatiques aigus (Colizzi et coll., 2015). Il est important que les professionnels de la santé soient conscients de ces effets potentiels sur la santé, le fonctionnement, le plaisir et la satisfaction sexuels, afin de pouvoir orienter les patients vers des conseillers sexuels, des professionnels de soins de santé mentale, ou les deux, qui tiennent compte des traumatismes et qui peuvent apporter une aide supplémentaire et également normaliser et valider les patients TDG qui explorent de multiples et diverses voies de guérison et d'accès au plaisir sexuel.

Énoncé 17.5

Nous recommandons que tout professionnel de la santé qui propose des soins susceptibles d'avoir une incidence sur la santé sexuelle, fournisse des renseignements, pose des questions sur les attentes de la personne TDG et évalue son niveau de compréhension des changements possibles.

Les soins liés à la transition peuvent avoir un impact sur le fonctionnement, le plaisir et la satisfaction sexuels, à la fois de manière positive et négative (Holmberg et coll., 2018; Kerckhof et coll., 2019; Thurston et Allan, 2018; Tirapegui et coll., 2020). Dans les effets positifs, les soins d'affirmation de genre peuvent aider les personnes TDG à améliorer leur fonctionnement sexuel et à accroître leur plaisir et leur satisfaction sexuels (Kloer et coll., 2021; Özer et coll., 2022; T'Sjoen et coll., 2020). Dans les effets négatifs, cependant, les données indiquent des résultats problématiques en matière de santé sexuelle en raison des traitements hormonaux et chirurgicaux (Holmberg et coll., 2018; Kerckhof et coll., 2019, Stephenson et coll., 2017; Weyers et coll., 2009). Les hormones liées à la transition peuvent affecter l'humeur, le désir sexuel, la capacité d'érection et d'éjaculation, ainsi que la santé des organes génitaux, ce qui peut avoir une incidence sur le fonctionnement, le plaisir et l'expression sexuels (Defreyne, Elaut et coll., 2020; Garcia et Zaliznyak, 2020; Kerckhof et coll., 2019; Klein et Gorzalka, 2009; Wierckx, Elaut et coll., 2014).

Les personnes TDG qui souhaitent utiliser leur anatomie génitale d'origine pour les rapports sexuels avec pénétration peuvent bénéficier de médicaments qui traitent les effets secondaires de l'hormonothérapie sur la santé sexuelle, tels que la dysfonction érectile, les médicaments pour les personnes TDG qui prennent des œstrogènes ou des antiandrogènes, et les œstrogènes topiques ou les crèmes hydratantes pour les personnes TDG qui souffrent d'atrophie ou de sécheresse vaginale en raison de la thérapie à la testostérone.

Le désir, l'excitation et le fonctionnement sexuels peuvent également être affectés par l'utilisation de médicaments psychotropes (Montejo et coll., 2015). Comme certaines personnes TDG se voient prescrire des médicaments pour traiter la dépression (Heylens, Elaut et coll., 2014), l'anxiété (Millet et coll., 2017) ou d'autres problèmes de santé mentale (Dhejne et coll., 2016), il convient de tenir compte de leurs effets secondaires potentiels sur la santé sexuelle.

De nombreuses chirurgies d'affirmation de genre peuvent avoir des effets importants sur les sensations érogènes, le désir sexuel et l'excitation, ainsi que sur le fonctionnement et le plaisir sexuels. L'incidence de ces changements sur les patients peut être variée (Holmberg et coll., 2018). Les chirurgies thoraciques (réduction mammaire, mastectomie et augmentation mammaire) et les chirurgies de la silhouette, par exemple, peuvent offrir des changements souhaités dans la forme et l'apparence, réduisant ainsi la détresse psychologique qui peut perturber le fonctionnement sexuel, mais peuvent réduire les sensations érogènes (Bekeny et coll., 2020; Claes et coll., 2018; Rochlin et coll., 2020). Les chirurgies génitales en particulier peuvent potentiellement nuire au fonctionnement et au plaisir sexuels, bien qu'elles soient susceptibles d'être vécues de manière positive étant donné que le corps de la personne devient plus conforme à son genre, ouvrant potentiellement de nouvelles voies pour le plaisir et la satisfaction sexuels (Hess et coll., 2018; Holmberg et coll., 2018; Kerckhof et coll., 2019).

Il existe de nombreux exemples de ce fait dans la littérature existante :

La chirurgie peut entraîner une diminution, une perte totale ou une augmentation possible de la stimulation érogène ou de la sensation ressentie par

rapport à l'anatomie de la personne avant la chirurgie (Garcia, 2018; Sigurjónsson et coll., 2017).

Une option chirurgicale particulière peut être associée à des limitations particulières du fonctionnement sexuel qui peuvent se manifester immédiatement, à l'avenir ou aux deux moments, et que les patients doivent prendre en compte avant d'arrêter leur choix lorsqu'ils envisagent différentes options chirurgicales (Frey et coll., 2016; Garcia, 2018; Isaacson et coll., 2017).

Les complications post-chirurgicales peuvent avoir un effet négatif sur le fonctionnement sexuel, soit en diminuant sa qualité (p. ex. inconfort ou douleur lors de l'activité sexuelle), soit en empêchant des rapports sexuels satisfaisants (Kerckhof et coll., 2019; Schardein et coll., 2019).

En général, la satisfaction à l'égard de tout traitement médical est fortement influencée par les attentes du patient (Padilla et coll., 2019). En outre, lorsque les patients ont des attentes irréalistes avant le traitement, ils sont beaucoup plus susceptibles d'être insatisfaits du résultat, de leurs soins et de leur professionnel de la santé (Padilla et coll., 2019). Il est donc important de fournir aux patients des renseignements adéquats sur leurs options de traitement et de comprendre et prendre en compte ce qui est important pour la personne en ce qui concerne les résultats (Garcia, 2021). Enfin, il est important que les professionnels de la santé s'assurent que les patients comprennent les effets indésirables potentiels d'un traitement sur leur fonctionnement et leur plaisir sexuels, afin qu'ils puissent prendre une décision en toute connaissance de cause. Cela est pertinent à la fois pour le respect de la norme de consentement éclairé (c'est-à-dire, la discussion et la compréhension) et pour donner l'occasion d'apporter des éclaircissements supplémentaires aux patients et, s'ils le souhaitent, à leurs partenaires (Glaser et coll., 2020).

Énoncé 17.6

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui fournissent des soins aux personnes TDG conseillent les adolescent(e)s et les adultes sur la prévention des infections transmissibles sexuellement.

L'OMS (WHO, 2015) recommande aux professionnels de la santé de mettre en œuvre une

communication brève sur la sexualité dans le cadre des soins primaires pour tous les adolescent(e)s et les adultes. Par conséquent, les personnes TDG qui sont sexuellement actives ou qui envisagent une activité sexuelle peuvent bénéficier d'une communication ou d'un counseling en matière de sexualité à des fins de prévention du VIH et des ITS. Ces conversations sont particulièrement importantes, car les personnes TDG sont touchées de manière disproportionnée par le VIH et d'autres ITS par rapport aux personnes cisgenres (Baral et coll., 2013; Becasen et coll., 2018; Poteat et coll., 2016). Cependant, peu de données sont disponibles sur les ITS non liées au VIH, comme la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'hépatite virale et le virus de l'herpès simplex (Tomson et coll., 2021). Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida estime que les femmes transgenres sont 12 fois plus susceptibles que les autres adultes de vivre avec le VIH (UNAIDS, 2019). Une méta-analyse a estimé la prévalence globale du VIH à 19 % chez les femmes transgenres ayant des rapports sexuels avec des hommes (Baral et coll., 2013). Le risque de contracter le VIH ou une ITS est concentré dans les sous-groupes de personnes TDG au confluent de multiples vulnérabilités biologiques, psychologiques, interpersonnelles et structurelles. En particulier, les personnes transféminines qui ont des rapports sexuels avec des hommes cisgenres, qui appartiennent à des groupes raciaux/ethniques minorisés, qui vivent dans la pauvreté et qui pratiquent le commerce du sexe de survie sont exposées à un risque élevé de VIH/ITS (Becasen et coll., 2018; Poteat et coll., 2015; Poteat et coll., 2016). On en sait moins sur le risque de VIH et d'ITS chez les hommes transgenres ou les personnes de la diversité de genre AFAN. De petites études menées dans des pays à revenu élevé indiquent une prévalence du VIH confirmée en laboratoire de 0 à 4 % parmi les personnes transmasculines (Becasen et coll., 2018; Reisner et Murchison, 2016). Presque aucune recherche n'a été menée chez les personnes transmasculines qui ont des rapports sexuels avec des hommes cisgenres dans les pays à forte prévalence du VIH. Malgré des données épidémiologiques limitées, les personnes transmasculines ayant des rapports sexuels avec des hommes cisgenres rapportent fréquemment le risque de VIH/ITS lié à des rapports sexuels vaginaux ou anaux réceptifs (Golub et coll., 2019; Reisner et coll., 2019;

Scheim et coll., 2017) et peuvent être plus susceptibles de contracter le VIH lors de rapports vaginaux que les femmes cisgenres (avant la ménopause) en raison de l'atrophie vaginale liée aux hormones.

Les professionnels de la santé devront apporter des ajouts aux lignes directrices générales en développant les connaissances et les compétences nécessaires pour discuter des questions de santé sexuelle avec les personnes TDG, comme l'utilisation d'un langage transaffirmatif (voir l'énoncé 17.1 du présent chapitre). Il est essentiel que les professionnels de la santé évitent de faire des suppositions sur le risque de VIH/ITS en se fondant uniquement sur l'identité de genre ou l'anatomie d'un patient. Par exemple, de nombreuses personnes transgenres ne sont pas sexuellement actives, et les personnes TDG peuvent utiliser des prothèses ou des jouets pour avoir des relations sexuelles. Pour fournir des conseils de prévention appropriés, les professionnels de la santé doivent s'enquérir des activités sexuelles particulières auxquelles se livrent la personne TDG et des parties du corps (ou prothétiques) impliquées dans ces activités (ACON, 2022). Les professionnels de la santé bien préparés (y compris, mais sans s'y limiter, les professionnels de soins de santé mentale) peuvent également s'engager dans un counseling approfondi avec leurs patients afin d'aborder les facteurs sous-jacents du risque de VIH/ITS (voir l'énoncé 17.3 du présent chapitre).

Dans tous les cas, les professionnels de la santé doivent être sensibles à l'histoire collective et individuelle des personnes TDG (p. ex. les stéréotypes et la stigmatisation liés à la sexualité transgenre et à la dysphorie de genre) et doivent expliquer aux patients les raisons des questions liées à leur sexualité et la nature volontaire de ces questions. Lorsqu'ils discutent de la prévention du VIH et des ITS, les professionnels de la santé doivent se reporter à l'ensemble des options de prévention, y compris les méthodes de barrière, la prophylaxie post-exposition, la prophylaxie préexposition et le traitement du VIH pour prévenir la transmission (WHO, 2021). Les considérations propres aux personnes transgenres relatives à la prophylaxie préexposition sont abordées à l'énoncé 17.8.

Énoncé 17.7

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui fournissent des soins aux personnes TDG

suivent les directives locales et celles de l'Organisation mondiale de la Santé pour le dépistage, la prévention et le traitement du virus de l'immunodéficience humaine et des infections transmissibles sexuellement (VIH/ITS).

Comme pour les patients cisgenres, il faut proposer aux adolescent(e)s et aux adultes TDG un dépistage du VIH et des ITS conformément aux lignes directrices existantes et sur la base de leur risque individuel de contracter le VIH et des ITS, en tenant compte de leur anatomie et de leur comportement, plutôt que seulement leur identité de genre. Si des directives locales ou nationales ne sont pas disponibles, l'OMS (WHO, 2019a) propose des recommandations mondiales; un dépistage plus fréquent est recommandé pour les personnes transgenres ayant des rapports sexuels avec des hommes cisgenres en tant que population clé touchée par le VIH.

Les chirurgies génitales et les techniques chirurgicales d'affirmation de genre ont des répercussions sur les risques d'ITS et les besoins de dépistage, comme le soulignent les récentes lignes directrices des Centers for Disease Control des États-Unis (Workowski et coll., 2021). Par exemple, les personnes transféminines qui ont obtenu une vaginoplastie d'inversion pénienne utilisant uniquement la peau du pénis et du scrotum pour tapisser le canal vaginal sont probablement moins exposées au risque urogénital de *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) et de *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*), mais les nouvelles techniques chirurgicales qui utilisent la muqueuse buccale ou urétrale ou des lambeaux de péritoine pourraient en théorie augmenter la sensibilité aux ITS bactériennes par rapport à l'utilisation de la seule peau pénienne/scrotale (Van Gerwen et coll., 2021). Le dépistage systématique des ITS dans le néovagin (s'il est exposé) est recommandé pour toutes les personnes transféminines ayant obtenu une vaginoplastie (Workowski et coll., 2021). Pour les personnes transmasculines qui ont obtenu une métoïdioplastie avec allongement de l'urètre, mais pas de vaginectomie, le dépistage des ITS urogénitales bactériennes doit comprendre un écouvillonnage cervical, car les infections peuvent ne pas être détectées dans l'urine (Workowski et coll., 2021).

En outre, il est important que les professionnels de la santé proposent des tests sur plusieurs sites anatomiques, car les ITS chez les patients transgenres sont souvent extragénitales (Hiransuthikul et coll., 2019; Pitasi et coll., 2019). Conformément aux recommandations de l'OMS (WHO, 2020), il faut proposer l'option de l'autocollecte d'échantillons pour le dépistage des ITS, en particulier si les patients ne sont pas à l'aise ou ne veulent pas se soumettre à un prélèvement effectué par le professionnel en raison d'une dysphorie de genre, d'antécédents traumatiques, ou les deux à la fois. Le cas échéant, l'intégration du dépistage du VIH et des ITS à la sérologie régulière utilisée pour surveiller l'hormonothérapie peut faciliter l'accès aux soins (Reisner, Radix et coll., 2016; Scheim et Travers, 2017).

Énoncé 17.8

Nous recommandons que les professionnels de la santé qui fournissent des soins aux personnes TDG abordent la question des interactions potentielles entre les médicaments antirétroviraux et les hormones.

Pour les adolescent(e)s et les adultes TDG exposés à un risque important d'infection à VIH (généralement défini comme une relation sérodiscordante en cours ou des rapports sexuels sans préservatif en dehors d'une relation mutuellement monogame avec un ou une partenaire séronégatif connu; WHO, 2017), la prophylaxie pré-exposition (PPrE) est une option importante de prévention du VIH (Golub et coll., 2019; Sevelius et coll., 2016; WHO, 2021). Pour encourager l'adoption de la PPrE, les Centers for Disease Control des États-Unis ont recommandé en 2021 que tou(tes) les adolescent(e)s et adultes sexuellement actifs soient informés au sujet de la PPrE et la reçoivent s'ils en font la demande (CDC, 2021). Pour le traitement des personnes aux prises avec le VIH, des lignes directrices propres aux personnes transgenres sont disponibles dans certains contextes (p. ex. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescent(e)s, 2019).

Tant pour la prévention que pour le traitement du VIH, il existe des considérations de dosage et d'administration des antirétroviraux propres aux personnes TDG. Pour la PPrE orale, seul un dosage quotidien est actuellement recommandé pour les personnes TDG, car les études démontrant l'efficacité

de la PPrE événementielle à base d'emtricitabine/fumarate de ténofovir disoproxil se limitent aux hommes cisgenres (WHO, 2019c). En outre, bien que l'emtricitabine/ténofovir alafénamide soit une nouvelle option de PPrE orale, elle n'est pas recommandée pour les personnes exposées au risque de contracter le VIH lors de rapports sexuels vaginaux réceptifs en raison d'un manque de données probantes (CDC, 2021). Enfin, les formulations injectables à longue durée d'action de la PPrE et du traitement du VIH sont de plus en plus disponibles (p. ex. cabotegravir pour la PPrE), et, bien qu'elles soient recommandées pour tous les patients qui pourraient bénéficier d'options injectables, les sites d'injection indiqués (c.-à-d. le muscle fessier) peuvent ne pas convenir aux personnes qui ont utilisé des produits de comblement pour les tissus mous (Rael et coll., 2020).

Il existe peu de données probantes de l'existence d'interactions médicamenteuses entre les hormones d'affirmation de genre et les médicaments de la PPrE. Quelques petites études, reposant principalement sur l'utilisation autodéclarée de la PPrE, ont montré des concentrations réduites de médicaments de PPrE chez les femmes transgenres suivant une hormonothérapie, bien que les concentrations soient restées dans la zone de protection (Yager et Anderson, 2020). Une étude ultérieure sur les interactions médicamenteuses utilisant un traitement de PPrE en observation directe n'a pas détecté d'incidence de l'hormonothérapie sur les concentrations de médicaments de PPrE chez les femmes transgenres, et a constaté que les femmes et les hommes transgenres suivant une hormonothérapie atteignaient des niveaux élevés de protection contre l'infection à VIH (Grant et coll., 2020). Plus important

encore, aucun effet de la PPrE sur les concentrations hormonales n'a été détecté chez de nombreuses personnes TDG. En ce qui concerne le traitement du VIH, des médicaments antirétroviraux particuliers peuvent avoir une incidence sur les concentrations hormonales; toutefois, ces effets peuvent être gérés en sélectionnant des agents de rechange, en surveillant et en ajustant le dosage des hormones, ou les deux (Cirrincione et coll., 2020), comme le précisent les lignes directrices du Department of Health and Human Services des États-Unis (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2019). Néanmoins, les préoccupations au sujet des interactions médicamenteuses, en particulier les interactions qui peuvent limiter les concentrations hormonales, représentent un obstacle à l'adhésion à la thérapie antirétrovirale et à sa mise en œuvre pour la prévention ou le traitement du VIH (Radix et coll., 2020; Sevelius et coll., 2016). Il est donc conseillé aux professionnels de la santé d'aborder ces questions de manière proactive avec les candidats à la PPrE ou au traitement du VIH. L'intégration de la PPrE ou du traitement du VIH à l'hormonothérapie peut réduire davantage les obstacles à la mise en œuvre et à l'adhésion (Reisner, Radix et coll., 2016). L'intégration peut se faire par colocation ou par coordination avec un spécialiste du VIH si le professionnel de soins primaires ne possède pas l'expertise nécessaire. Certaines personnes TDG peuvent bénéficier d'une PPrE ou de services de santé sexuelle autonomes qui offrent davantage de confidentialité et de flexibilité, et des modèles de prestation de services différents sont donc nécessaires (Wilson et coll., 2021).

CHAPITRE 18 • SANTÉ MENTALE

Le présent chapitre a pour but de guider les professionnels de la santé et de la santé mentale qui offrent des soins de santé mentale à des adultes transgenres et de la diversité de genre (TDG). Il n'est pas destiné à remplacer les chapitres consacrés à l'évaluation des personnes en vue d'interventions hormonales ou chirurgicales. De nombreuses personnes TDG n'auront pas besoin de thérapie ou d'autres formes de soins de santé mentale dans le cadre de leur transition, tandis que d'autres pourront bénéficier du soutien des professionnels et des systèmes de santé mentale (Dhejne et coll., 2016).

Des études ont montré une prévalence plus élevée de dépression (Witcomb et coll., 2018), d'anxiété (Bouman et coll., 2017) et de suicidalité (Arcelus et coll., 2016; Bränström et Pachankis, 2022; Davey et coll., 2016; Dhejne, 2011; Herman et coll., 2019) chez les personnes TDG (Jones et coll., 2019; Thorne, Witcomb et coll., 2019) que dans la population générale, en particulier chez les personnes qui ont besoin d'un traitement médical d'affirmation de genre médicalement nécessaire (voir l'énoncé relatif à la nécessité médicale au chapitre 2 – Applicabilité mondiale, énoncé 2.1). Cependant, l'identité transgenre n'est pas un trouble mental, et ces taux élevés ont été liés à des traumatismes complexes, à la stigmatisation sociale, à la violence et à la discrimination (Nuttbrock et coll., 2014; Peterson et coll., 2021). En outre, les symptômes psychiatriques diminuent avec des soins médicaux et chirurgicaux appropriés d'affirmation de genre (Aldridge et coll., 2020; Almazan et Keuroghlian, 2021; Bauer et coll., 2015; Grannis et coll., 2021) et avec des interventions qui réduisent la discrimination et le stress minoritaire (Bauer et coll., 2015; Heylens, Verroken et coll., 2014; McDowell et coll., 2020).

Les traitements de santé mentale doivent être dispensés par le personnel et mis en œuvre au moyen de systèmes qui respectent l'autonomie des patients et reconnaissent la diversité de genre. Les professionnels de la santé mentale travaillant auprès de personnes transgenres devraient utiliser l'écoute active pour encourager l'exploration chez les personnes qui ne sont pas certaines de leur identité de genre. Plutôt que d'imposer leurs propres récits ou idées préconçues, les professionnels de la santé mentale devraient aider leurs usagers à déterminer leur propre voie. Si de nombreuses personnes transgenres ont besoin d'interventions médicales ou chirurgicales ou de soins de santé mentale, d'autres n'en ont pas besoin (Margulies et coll., 2021). Par conséquent, les résultats de recherches portant sur des populations cliniques ne doivent pas être extrapolés à l'ensemble de la population transgenre. La prise en charge des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de substances est importante, mais ne doit pas constituer un obstacle aux soins liés à la transition. Plutôt, ces interventions visant à adresser des troubles de santé mentale et liés à la consommation de substances peuvent faciliter l'obtention de résultats positifs des soins liés à la transition, ce qui peut améliorer la qualité de vie (Nobili et coll., 2018).

Tous les énoncés du présent chapitre ont été recommandés sur la base d'un examen approfondi des données probantes, d'une évaluation des bénéfices et des risques, des valeurs et des préférences des professionnels et des patients, ainsi que de l'utilisation des ressources et de la faisabilité. Dans certains cas, nous reconnaissons que les données probantes sont limitées ou que les services peuvent ne pas être accessibles ou souhaitables.

Énoncés de recommandations

18.1 - Nous recommandons que les professionnels de la santé mentale abordent les symptômes de santé mentale qui interfèrent avec la capacité d'une personne à consentir à un traitement d'affirmation de genre avant que ce traitement soit initié.

18.2 - Nous recommandons que les professionnels de la santé mentale offrent des soins et un soutien aux personnes TDG pour traiter les symptômes de santé mentale qui interfèrent avec leur capacité à participer aux soins périopératoires essentiels avant la chirurgie d'affirmation de genre.

18.3 - Nous recommandons qu'en cas de symptômes importants de santé mentale ou de consommation de substances, les professionnels de la santé mentale évaluent l'effet négatif potentiel que les symptômes de santé mentale peuvent avoir sur les résultats en fonction de la nature de la procédure chirurgicale particulière d'affirmation de genre.

18.4 - Nous recommandons que les professionnels de la santé évaluent le besoin de soutien psychosocial et pratique des personnes TDG pendant la période périopératoire entourant la chirurgie d'affirmation de genre.

18.5 - Nous recommandons que les professionnels de la santé conseillent et aident les personnes TDG à s'abstenir de fumer ou de consommer de la nicotine avant d'obtenir une intervention chirurgicale d'affirmation de genre.

18.6 - Nous recommandons que les professionnels de la santé maintiennent l'hormonothérapie existante si une personne TDG doit être admise dans une unité psychiatrique ou médicale, sauf en cas de contre-indication.

18.7 - Nous recommandons que les professionnels de la santé veillent à ce que, lorsqu'une personne TDG a besoin de soins de santé mentale, d'addictologie ou de soins médicaux en milieu hospitalier ou résidentiel, tout le personnel utilise le prénom, les pronoms et les accords corrects (tels que fournis par la personne), et lui donne accès à des toilettes et à un lit qui correspondent à son identité de genre.

18.8 - Nous recommandons que les professionnels de la santé mentale encouragent, soutiennent et habilite les personnes TDG à nouer et à maintenir des systèmes de soutien social, y compris avec les pairs, les amis et leur famille.

18.9 - Nous recommandons que les professionnels de la santé n'obligent pas les personnes TDG à suivre une psychothérapie avant de commencer un traitement d'affirmation de genre, tout en reconnaissant que la psychothérapie peut être utile pour certaines d'entre elles.

18.10 - Nous recommandons que les thérapies « réparatrices » et de « conversion » visant à modifier l'identité et l'expression de genre d'une personne pour la rendre plus conforme au sexe qui lui a été assigné à la naissance ne soient pas proposées.

Énoncé 18.1

Nous recommandons que les professionnels de la santé mentale abordent les symptômes de santé mentale qui interfèrent avec la capacité d'une personne à consentir à un traitement d'affirmation de genre avant que ce traitement soit initié.

Les patients étant généralement présumés être capables de donner leur consentement aux soins, la question de savoir si la présence de troubles cognitifs, de psychoses ou d'autres troubles mentaux altère la capacité à donner un consentement éclairé doit faire l'objet d'un examen individuel (Applebaum, 2007). Le consentement éclairé est au cœur de la prestation des soins de santé. Le professionnel de soins de santé doit informer le patient des risques, des avantages et des solutions de rechange à tout soin proposé afin que le patient puisse faire un choix volontaire en connaissance de cause (Berg et coll., 2001). Le professionnel de soins primaires ou l'endocrinologue qui prescrit des hormones et le chirurgien qui effectue l'opération doivent tous obtenir un consentement éclairé. De même, les professionnels de la santé mentale obtiennent le consentement éclairé pour le traitement de la santé mentale et peuvent examiner la capacité d'un patient à donner son consentement éclairé lorsque celle-ci est remise en question. Les maladies psychiatriques et les troubles liés à la consommation de substances, en particulier les troubles cognitifs et les psychoses, peuvent nuire à la capacité d'une personne à

comprendre les risques et les avantages du traitement (Hostiuc et coll., 2018). Au contraire, un patient peut souffrir d'un trouble mental sérieux tout en étant capable de comprendre les risques et avantages d'un traitement particulier (Carpenter et coll., 2000). La communication multidisciplinaire est importante dans les cas difficiles, et il faut consulter des experts au besoin (Karasic et Fraser, 2018). Pour de nombreux patients, la difficulté à comprendre les risques et les avantages d'un traitement particulier peut être surmontée avec le temps et des explications minutieuses. Pour certains patients, le traitement du trouble sous-jacent qui interfère avec la capacité de donner un consentement éclairé – par exemple en traitant une psychose sous-jacente – permettra au patient d'acquérir la capacité de consentir au traitement requis. Toutefois, les symptômes de santé mentale tels que l'anxiété ou les symptômes dépressifs qui n'affectent pas la capacité à donner son consentement ne devraient pas être un obstacle au traitement médical d'affirmation de genre, d'autant plus qu'il a été constaté que ce traitement réduit la symptomatologie de santé mentale (Aldridge et coll., 2020).

Énoncé 18.2

Nous recommandons que les professionnels de la santé mentale offrent des soins et un soutien aux personnes TDG pour traiter les symptômes de santé mentale qui interfèrent avec leur capacité à

participer aux soins périopératoires essentiels avant la chirurgie d'affirmation de genre.

L'incapacité à participer de manière adéquate aux soins périopératoires en raison d'un trouble mental ou de la consommation de substances ne doit pas être considérée comme un obstacle aux soins de transition nécessaires, mais comme une indication que des soins de santé mentale et un soutien social doivent être fournis (Karasic, 2020). Les troubles mentaux et les troubles liés à la consommation de substances peuvent nuire à la capacité du patient à participer aux soins périopératoires (Barnhill, 2014). Les visites chez des professionnels de la santé, le soin des plaies et d'autres procédures de suivi (p. ex. la dilatation après une vaginoplastie) peuvent s'avérer nécessaires pour obtenir un bon résultat. Un patient souffrant de troubles liés à la consommation de substances psychoactives peut avoir des difficultés à respecter les rendez-vous nécessaires avec le professionnel de soins primaires et le chirurgien. Un patient souffrant de psychose ou de dépression grave peut négliger sa plaie ou ne pas être attentif à l'infection ou aux signes de déhiscence (Lee, Marsh et coll., 2016). Un trouble mental actif est associé à un besoin accru de soins médicaux et chirurgicaux aigus après l'intervention chirurgicale initiale (Wimalawansa et coll., 2014).

Dans ces cas, le traitement du trouble mental ou du trouble lié à la consommation de substances peut contribuer à l'obtention de résultats positifs. Un soutien accru de la part de la famille et des amis ou d'une aide de soins de santé à domicile peut aider le patient à participer suffisamment aux soins périopératoires pour que l'intervention puisse avoir lieu. Les avantages des traitements de santé mentale susceptibles de retarder l'intervention chirurgicale doivent être pondérés en fonction des risques liés au retard de l'intervention. L'examen devrait comprendre une évaluation de l'incidence sur la santé mentale des patients que les retards peuvent entraîner dans le traitement de la dysphorie de genre (Byne et coll., 2018).

Énoncé 18.3

Nous recommandons qu'en cas de symptômes importants de santé mentale ou de consommation de substances, les professionnels de la santé mentale évaluent l'effet négatif potentiel que les symptômes de santé mentale peuvent avoir sur les résultats en

fonction de la nature de la procédure chirurgicale particulière d'affirmation de genre.

Les interventions chirurgicales d'affirmation de genre varient quant à l'incidence sur le patient. Certaines nécessitent une plus grande capacité à suivre la planification préopératoire ainsi qu'à s'engager dans les soins périopératoires pour obtenir les meilleurs résultats (Tollinche et coll., 2018). Les symptômes de santé mentale peuvent influencer la capacité d'un patient à participer à la planification et aux soins périopératoires nécessaires à toute intervention chirurgicale (Paredes et coll., 2020). L'évaluation de la santé mentale peut être l'occasion d'élaborer des stratégies pour remédier à l'effet négatif potentiel des symptômes de santé mentale sur les résultats et de prévoir un soutien pour la capacité du patient à participer à la planification et aux soins. Il a été démontré que les interventions chirurgicales d'affirmation de genre soulagent les symptômes de la dysphorie de genre et améliorent la santé mentale (Owen-Smith et coll., 2018; van de Grift, Elaut et coll., 2017). Ces avantages sont évalués en fonction des risques de chaque intervention chirurgicale lorsque le patient et le professionnel décident de poursuivre ou non le traitement. Les professionnels de la santé peuvent aider les personnes TDG à passer en revue les instructions relatives à la planification et aux soins périopératoires pour chaque intervention chirurgicale (Karasic, 2020). Le professionnel et le patient peuvent déterminer ensemble le soutien ou les ressources nécessaires pour les aider à respecter les rendez-vous pour les soins périopératoires, à obtenir les fournitures nécessaires, à résoudre les problèmes financiers et à s'occuper d'autres tâches de coordination et de planification préopératoires. En outre, les questions relatives à l'apparence et aux attentes fonctionnelles, y compris l'incidence de ces divers facteurs sur la dysphorie de genre, peuvent être explorées.

Énoncé 18.4

Nous recommandons que les professionnels de la santé évaluent le besoin de soutien psychosocial et pratique des personnes TDG pendant la période périopératoire entourant la chirurgie d'affirmation de genre.

Quelle que soit leur spécialité, tous les professionnels de la santé ont la responsabilité d'aider

les patients à accéder aux soins médicalement nécessaires. Lorsque les professionnels de la santé travaillent auprès de personnes TDG qui se préparent à des interventions chirurgicales d'affirmation de genre, ils doivent évaluer les niveaux de soutien psychosocial et pratique requis (Deutsch, 2016b). L'évaluation est la première étape pour reconnaître où un soutien supplémentaire peut être nécessaire et améliorer la capacité à travailler en collaboration avec la personne pour naviguer avec succès dans les périodes pré-, péri- et post-chirurgicales (Tollinche et coll., 2018). Pendant la période périopératoire, il est important d'aider les patients à optimiser leur fonctionnement, à obtenir un logement stable, si possible, à mettre en place des soutiens sociaux et familiaux en évaluant leur situation unique, à planifier des moyens de répondre aux complications médicales, à gérer l'incidence potentielle sur le travail/les revenus et à surmonter les obstacles supplémentaires que certains patients peuvent rencontrer, tels que l'électrolyse et le renoncement au tabac (Berli et coll., 2017). Dans un système médical complexe, tous les patients ne sont pas en mesure de s'orienter de manière autonome dans les procédures requises pour obtenir des soins, et les professionnels de la santé et les pairs navigateurs peuvent soutenir les patients tout au long de ce processus (Deutsch, 2016a).

Énoncé 18.5

Nous recommandons que les professionnels de la santé conseillent et aident les personnes TDG à s'abstenir de fumer ou de consommer de la nicotine avant d'obtenir une intervention chirurgicale d'affirmation de genre.

Les populations transgenres présentent des taux plus élevés de consommation de tabac et de nicotine (Kidd et coll., 2018). Cependant, beaucoup de personnes ne sont pas conscientes des risques pour la santé bien étayés associés au tabagisme (Bryant et coll., 2014). La consommation de tabac augmente le risque de développer des problèmes de santé (p. ex. la thrombose) chez les personnes recevant une hormonothérapie d'affirmation de genre, en particulier les œstrogènes (Chipkin et Kim, 2017).

Le tabagisme a été associé à des résultats amoindris en chirurgie plastique, y compris des complications globales, une nécrose des tissus et la nécessité d'une reprise chirurgicale (Coon et coll., 2013). Le tabagisme

augmente également le risque d'infection postopératoire (Kaoutzanis et coll., 2019). Il a été démontré que le tabagisme nuit au processus de guérison après toute intervention chirurgicale, y compris les interventions liées au genre (p. ex. chirurgie reconstructive du thorax, chirurgie génitale) (Pluvy, Garrido et coll., 2015). Les consommateurs de tabac présentent un risque accru de nécrose cutanée, de retard de cicatrisation et de troubles de la cicatrisation en raison de l'hypoxie et de l'ischémie des tissus (Pluvy, Panouilleres et coll., 2015). C'est pourquoi les chirurgiens recommandent d'arrêter la consommation de tabac/nicotine avant la chirurgie d'affirmation de genre et de s'abstenir de fumer jusqu'à plusieurs semaines après l'intervention chirurgicale, jusqu'à ce que la plaie soit complètement cicatrisée (Matei et Danino, 2015). Malgré les risques, la cessation peut être difficile. Le tabagisme et la nicotine créent une dépendance et sont également utilisés comme mécanisme d'adaptation (Matei et coll., 2015). Les professionnels de la santé qui voient les patients de manière longitudinale avant l'intervention chirurgicale, y compris les professionnels de soins de santé mentale et de soins primaires, devraient aborder la question du tabagisme et de la nicotine avec les personnes dont ils s'occupent, et soit les aider à accéder à des programmes de renoncement au tabac, soit leur fournir un traitement directement (p. ex. varénicline ou bupropion).

Énoncé 18.6

Nous recommandons que les professionnels de la santé maintiennent l'hormonothérapie existante si une personne TDG doit être admise dans une unité psychiatrique ou médicale, sauf en cas de contre-indication.

Les personnes TDG qui entrent dans des unités psychiatriques, médicales ou de traitement de la toxicomanie en milieu hospitalier doivent conserver leur régime hormonal en cours. Il n'y a pas de données probantes en faveur de l'arrêt systématique des hormones avant les admissions médicales ou psychiatriques. Dans de rares cas, un patient nouvellement admis peut se voir diagnostiquer une complication médicale nécessitant la suspension du traitement hormonal, par exemple une thromboembolie veineuse aiguë (Deutsch, 2016a). Il n'existe pas de données probantes solides appuyant l'arrêt

systématique de l'hormonothérapie avant une intervention chirurgicale, et il convient d'évaluer les risques et les avantages pour chaque patient avant de le faire (Boskey et coll., 2018).

Il a été démontré que l'hormonothérapie améliore la qualité de vie et diminue la dépression et l'anxiété (Aldridge et coll., 2020; Nguyen et coll., 2018; Nobili et coll., 2018; Owen-Smith et coll., 2018, Rowniak et coll., 2019). L'accès aux traitements médicaux d'affirmation de genre est associé à une réduction substantielle du risque de tentative de suicide (Bauer et coll., 2015). L'arrêt des hormones régulièrement prescrites à un patient le prive de ces effets salutaires et peut donc aller à l'encontre des objectifs de l'hospitalisation.

Certains professionnels peuvent ne pas être conscients du faible risque de préjudice et du bénéfice potentiel élevé de la poursuite du traitement lié à la transition en milieu hospitalier. Une étude menée dans des écoles de médecine américaines et canadiennes a révélé que les étudiants recevaient en moyenne cinq heures de cours sur les personnes LGBT au cours de leurs quatre années d'études (Obedin-Maliver et coll., 2011). Selon une enquête menée auprès de médecins urgentistes, qui doivent souvent prendre des décisions rapides concernant les médicaments lors de l'admission des patients, si 88 % d'entre eux ont déclaré s'occuper de patients transgenres, seuls 17,5 % avaient reçu une formation officielle sur cette population (Chisolm-Straker et coll., 2018). À mesure que l'éducation sur les questions relatives aux personnes transgenres augmente, davantage de professionnels prendront conscience de l'importance de maintenir les patients transgenres dans leurs régimes hormonaux pendant l'hospitalisation.

Énoncé 18.7

Nous recommandons que les professionnels de la santé veillent à ce que, lorsqu'une personne TDG a besoin de soins de santé mentale, d'addictologie ou de soins médicaux en milieu hospitalier ou résidentiel, tout le personnel utilise le prénom, les pronoms et les accords corrects (tels que fournis par la personne), et lui donne accès à des toilettes et à un lit qui correspondent à son identité de genre.

De nombreux patients TDG sont victimes de discrimination dans un large éventail d'établissements

de santé, y compris des hôpitaux, des établissements de traitement de la santé mentale et des programmes de traitement de la toxicomanie (Grant et coll., 2011). Lorsque les systèmes de santé n'accueillent pas les personnes TDG, ils renforcent l'exclusion sociétale de longue date dont beaucoup ont fait l'expérience (Karasic, 2016). Les expériences de discrimination dans des établissements de santé conduisent à éviter les soins de santé nécessaires en raison de la discrimination anticipée (Kcomt et coll., 2020).

L'expérience de la discrimination vécue par les personnes TDG est un facteur prédictif d'idées suicidaires (Rood et coll., 2015; Williams et coll., 2021). Le stress minoritaire de genre associé au rejet et à la non-affirmation a également été associé à la suicidalité (Testa et coll., 2017). Le refus d'accès à des toilettes adaptées au genre a été associé à une augmentation de la suicidalité (Seelman, 2016). Cependant, l'utilisation de prénoms choisis pour les personnes TDG a été associée à une réduction de la dépression et de la suicidalité (Russell et coll., 2018). Il faut s'attaquer à la transphobie structurelle et internalisée pour réduire l'incidence des tentatives de suicide chez les personnes TDG (Brumer et coll., 2015). Pour fournir des soins avec succès, les établissements de santé doivent minimiser les préjudices causés aux patients par la transphobie en respectant les identités des personnes TDG et en tenant compte.

Énoncé 18.8

Nous recommandons que les professionnels de la santé mentale encouragent, soutiennent et habilent les personnes TDG à nouer et à maintenir des systèmes de soutien social, y compris avec les pairs, les amis et leur famille.

Si le stress minoritaire et les effets directs de la discrimination sociétale peuvent nuire à la santé mentale des personnes TDG, un soutien social solide peut contribuer à atténuer ce préjudice (Trujillo et coll., 2017). Les enfants TDG internalisent souvent le rejet de leur famille et de leurs pairs ainsi que la transphobie qui les entoure (Amodeo et coll., 2015). En outre, l'exposition à des actes transphobes peut avoir une incidence tout au long de la vie d'une personne et peut être particulièrement aiguë pendant l'adolescence (Nuttbrock et coll., 2010).

Le développement d'un soutien social positif protège la santé mentale. Le soutien social peut servir de protection contre les conséquences néfastes sur la santé mentale de la violence, de la stigmatisation et de la discrimination (Bockting et coll., 2013), peut aider à naviguer dans les systèmes de santé (Jackson Levin et coll., 2020) et peut contribuer à la résilience psychologique chez les personnes TDG (Bariola et coll., 2015; Başar et Öz, 2016). Diverses sources de soutien social, en particulier la famille et les pairs LGBTQ+, se sont avérées associées à de meilleurs résultats en matière de santé mentale, de bien-être et de qualité de vie (Bariola et coll., 2015; Başar et coll., 2016; Kuper, Adams et coll., 2018; Puckett et coll., 2019). Il a été proposé que le soutien social facilite le développement de mécanismes d'adaptation et conduise à des expériences émotionnelles positives tout au long du processus de transition (Budge et coll., 2013).

Les professionnels de la santé peuvent aider les patients à développer des systèmes de soutien social qui leur permettent d'être reconnus et acceptés selon leur identité authentique et les aider à faire face aux symptômes de la dysphorie de genre. Les problèmes interpersonnels et le manque de soutien social ont été associés à une incidence accrue des difficultés de santé mentale chez les personnes TDG (Bouman, Davey et coll., 2016; Davey et coll., 2015) et se sont révélés être un facteur prédictif des résultats des traitements médicaux d'affirmation de genre (Aldridge et coll., 2020). Par conséquent, les professionnels de la santé devraient encourager, soutenir et habiliter les personnes TDG pour qu'elles développent et maintiennent des systèmes de soutien social. Ces expériences peuvent favoriser le développement de compétences interpersonnelles et aider à faire face à la discrimination sociale, ce qui peut réduire la suicidalité et améliorer la santé mentale (Pflum et coll., 2015).

Énoncé 18.9

Nous recommandons que les professionnels de la santé n'obligent pas les personnes TDG à suivre une psychothérapie avant de commencer un traitement d'affirmation de genre, tout en reconnaissant que la psychothérapie peut être utile pour certaines d'entre elles.

La psychothérapie est utilisée depuis longtemps dans le travail clinique auprès des personnes TDG (Fraser, 2009b). Les objectifs, les exigences, les méthodes et les principes de la psychothérapie ont été un élément évolutif des Standards de soins depuis les premières versions (Fraser, 2009a). À l'heure actuelle, l'aide et l'accompagnement psychothérapeutiques offerts aux adultes TDG peuvent être recherchés pour répondre aux préoccupations psychologiques communes liées à la dysphorie de genre et peuvent également aider certaines personnes dans le processus de coming out (Hunt, 2014). Les interventions psychologiques, y compris la psychothérapie, offrent des outils efficaces et fournissent un contexte à la personne, comme l'exploration de son identité et de son expression de genre, le renforcement de l'acceptation de soi et de l'espoir, et l'amélioration de la résilience dans des environnements hostiles et invalidants (Matsuno et Israel, 2018). La psychothérapie est une approche thérapeutique alternative reconnue pour traiter les symptômes de santé mentale qui peuvent être révélés lors de l'évaluation initiale ou plus tard au cours du suivi des interventions médicales d'affirmation de genre. Des recherches récentes montrent que, bien que les symptômes de santé mentale soient réduits à la suite d'un traitement médical d'affirmation de genre, les niveaux d'anxiété restent élevés (Aldridge et coll., 2020), ce qui suggère que la psychothérapie peut jouer un rôle en aidant les personnes souffrant de symptômes d'anxiété à la suite d'un traitement d'affirmation de genre.

Ces dernières années, les indications et les avantages potentiels de certaines modalités psychothérapeutiques spécifiques ont été rapportées (Austin et coll., 2017; Budge, 2013; Budge et coll., 2021; Embaye, 2006; Fraser, 2009b; Heck et coll., 2015). Des modèles spécifiques de psychothérapie ont été proposés pour des adultes transgenres et non-binaires (Matsuno et Israel, 2018). Toutefois, des données empiriques supplémentaires sont nécessaires concernant les avantages comparatifs des différents modèles psychothérapeutiques (Catelan et coll., 2017). La psychothérapie peut être vécue par les personnes transgenres comme une expérience à la fois effrayante et bénéfique (Applegarth et Nuttall, 2016) et présente des défis pour le thérapeute et pour la formation de l'alliance thérapeutique lorsqu'elle est associée à un

contrôle de l'accès aux interventions médicales (Budge, 2015).

L'expérience montre que de nombreuses personnes transgenres et non-binaires décident de suivre un traitement médical d'affirmation de genre en n'ayant que peu ou pas recours à la psychothérapie (Spanos et coll., 2021). Bien que diverses modalités de psychothérapie puissent être bénéfiques pour différentes raisons avant, pendant et après les traitements médicaux d'affirmation de genre et que des taux variables de souhait d'une psychothérapie aient été signalés à différentes étapes de la transition (Mayer et coll., 2019), il n'a pas été démontré que l'obligation de suivre une psychothérapie pour entamer des procédures médicales d'affirmation de genre était bénéfique; cela pourrait donc constituer un obstacle nuisible aux soins pour les personnes qui n'ont pas besoin de ce type de traitement ou qui n'y ont pas accès.

Énoncé 18.10

Nous recommandons que les thérapies « réparatrices » et de « conversion » visant à modifier l'identité et l'expression de genre d'une personne pour la rendre plus conforme au sexe qui lui a été assigné à la naissance ne soient pas proposées.

Le recours à la thérapie « réparatrice » ou « de conversion » ou les efforts de « changement » d'identité de genre sont combattus par de nombreuses grandes organisations médicales et de santé mentale dans le monde, notamment l'Association mondiale de psychiatrie, l'Organisation panaméricaine de la santé, les American Psychiatric and American Psychological Associations, le Royal College of Psychiatrists et la British Psychological Society. De nombreux États américains ont interdit la pratique de la thérapie de conversion auprès de mineurs. Les efforts

de changement d'identité de genre désignent les interventions de professionnels de la santé mentale ou d'autres personnes qui tentent de modifier l'identité ou l'expression de genre pour qu'elle corresponde davantage à celle typiquement associée au sexe assigné à la naissance de la personne (American Psychological Association, 2021).

Les partisans de la « thérapie de conversion » ont suggéré qu'elle pourrait potentiellement permettre à une personne de mieux s'intégrer dans son monde social. Ils soulignent également que certains usagers demandent expressément de l'aide pour changer leur identité ou leur expression de genre et que les thérapeutes devraient être autorisés à les aider à atteindre leurs objectifs. Toutefois, il n'a pas été démontré que la « thérapie de conversion » était efficace (APA, 2009; Przeworski et coll., 2020). En outre, il existe de nombreux inconvénients potentiels. Dans des études rétrospectives, les antécédents de thérapie de conversion sont liés à des niveaux accrus de dépression, d'abus de substances, d'idées suicidaires et de tentatives de suicide, ainsi qu'à un niveau d'éducation et à un revenu hebdomadaire inférieurs (Ryan et coll., 2020; Salway et coll., 2020; Turban, Beckwith et coll., 2020). En 2021, les résolutions de l'American Psychological Association énonçaient que les données scientifiques et l'expérience clinique indiquent que les efforts de changement d'identité de genre exposent les personnes à un risque important de préjudice (APA, 2021).

Bien qu'il existe des obstacles pour mettre fin aux efforts de « changement » de l'identité de genre, la sensibilisation au sujet de l'absence d'avantages et des dommages potentiels de ces pratiques pourrait contribuer à ce que moins de professionnels proposent des « thérapies de conversion » et à ce que moins de personnes et de familles choisissent cette option.

Remerciements

Karen A. Robinson, professeur de médecine à l'Université Johns Hopkins et directrice de l'Evidence-based Practice Center de l'école, et son équipe, pour la conduite de tous les examens systématiques et leur aide à l'élaboration des recommandations qui sous-tendent les SDS-8. *Considérations éthiques* : Carol Bayley, Simona Giordano et Sharon Sytsma. *Perspectives juridiques* : Jennifer Levi et Phil Duran. *Vérification des références* : Taymy Caso, Oscar Dimant, Zil Goldstein, Ali Harris, Nat Thorne. *Révision* : Margueritte White, Jun Xia. *Soutien administratif* : Blaine Vella, Taylor O'Sullivan et Jamie Hicks. Enfin, nous tenons à remercier tous les participants qui ont formulé des commentaires pendant la période de consultation publique, ainsi que GATE (Global Action for Trans Equality), l'Asia Pacific Transgender Network Foundation (APTAN), l'International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA) et Transgender Europe (TGEU) pour leurs commentaires utiles et constructifs sur une version antérieure des SDS-8.

Conflit d'intérêts

Les conflits d'intérêts ont été examinés dans le cadre du processus de sélection des membres du comité et à la fin du processus avant la publication. Aucun conflit d'intérêt n'a été jugé important ou conséquent.

Approbation éthique

Le présent manuscrit ne contient aucune étude réalisée par l'un des auteurs sur des participants humains.

Financement

Ce projet a été partiellement financé par une subvention de la Tawani Foundation. La majeure partie des dépenses a servi à rémunérer le Evidence-based Practice Center de l'Université Johns Hopkins pour son travail. Les personnes chargées de la révision et de la vérification des références ont reçu des honoraires nominaux. Les membres du comité n'ont pas été rémunérés pour leurs contributions. Certains frais de déplacement des présidents de comité ont été pris en charge par la WPATH. Le personnel de la WPATH et les autres dépenses internes ont été couverts par le budget de l'Association.

Bibliographie

- Abern, L. et Maguire, K. (2018). Contraception knowledge in transgender individuals: Are we doing enough? [9F]. *Obstetrics & Gynecology*, 131, 65S. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000533319.47797.7e>
- Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A. et Wilson, T. A. (2020). Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: Preliminary results. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2020(1). <https://doi.org/10.1186/s13633-020-00078-2>
- ACON. (2022). *Sexual Health - Parts and Practices*. <https://www.transhub.org.au/clinicians/sexual-health>
- Adams, N., Pearce, R., Veale, J., Radix, A., Castro, D., Sarkar, A. et Thom, K. C. (2017). Guidance and ethical considerations for undertaking transgender health research and institutional review boards adjudicating this research. *Transgender Health*, 2(1), 165-175. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0012>
- Adeleye, A. J., Cedars, M. I., Smith, J. et Mok-Lin, E. (2019). Ovarian stimulation for fertility preservation or family building in a cohort of transgender men. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(10), 2155-2161. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01558-y>
- Adeleye, A. J., Reid, G., Kao, C. N., Mok-Lin, E. et Smith, J. F. (2018). Semen parameters among transgender women with a history of hormonal treatment. *Urology*, 124, 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.10.005>
- Adelson, S. L. et American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI) (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(9), 957-974. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.07.004>
- Agarwal, C. A., Scheefer, M. F., Wright, L. N., Walzer, N. K. et Rivera, A. (2018). Quality of life improvement after chest wall masculinization in female-to-male transgender patients: A prospective study using the BREAST-Q and Body Uneasiness Test. *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 71(5), 651-657. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2018.01.003>
- Agenor, M., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I. M., McDowell, M., Alizaga, N. M., Reisner, S. L., Pardee, D. J. et Potter, J. (2016). Perceptions of cervical cancer risk and screening among transmasculine individuals: Patient and provider perspectives. *Culture, Health and Sexuality*, 18(10), 1192-1206. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1177203>
- Aguayo-Romero, R. A., Reisen, C. A., Zea, M. C., Bianchi, F. T. et Poppen, P. J. (2015). Gender affirmation and body modification among transgender persons in Colombia. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 103-115. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075930>
- Ahalt, C., Haney, C., Rios, S., Fox, M. P., Farabee, D. et Williams, B. (2017). Reducing the use and impact of solitary confinement in corrections. *International Journal of Prisoner Health*, 13(1), 41-48. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1108/IJPH-08-2016-0040>
- Ahmad, S. et Leinung, M. (2017). The response of the menstrual cycle to initiation of hormonal therapy in transgender men. *Transgender Health*, 2(1), 176-179. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0023>
- Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C. et Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLoS One*, 13(10), e0204606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606>
- Ainsworth, T. A. et Spiegel, J. H. (2010). Quality of life of individuals with and without facial feminization surgery or gender reassignment surgery. *Quality of Life Research*, 19(7), 1019-1024. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9668-7>
- Aires, M. M., de Vasconcelos, D. et Moraes, B. T. D. (2020). Chondrolaryngoplasty in transgender women: Prospective analysis of voice and aesthetic satisfaction. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 394-402. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1848690>
- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P. et Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The*

- Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756–763.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12817>
- Akgul, S., Bonny, A. E., Ford, N., Holland-Hall, C. et Chelvakumar, G. (2019). Experiences of gender minority youth with the intrauterine system. *The Journal of Adolescent Health*, 65(1), 32–38.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.010>
- Alderson, P. (2007). Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Social Science & Medicine*, 65(11), 2272–2283.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.005>
- Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Bouman, W. P., Witcomb, G. et Arcelus, J. (2020). Long term effect of gender affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study. *Andrology*, 00; 1-9.
<https://doi.org/10.1111/andr.12884>
- Aldridge, Z., Thorne, N., Marshall, E., English, C., Yip, A. K. T., Nixon, E., Witcomb, G. L., Bouman, W. P. et Arcelus, J. (2022). Understanding factors that affect well-being in trans people “later” in transition: A qualitative study. *Quality of Life Research*,
<https://doi.org/10.1007/s11136-022-03134-x>
- Alexander, T. (1997). *The Medical Management of Intersexed Children: An Analogue for Childhood Sexual Abuse*. Intersex Society of North America.
<https://isna.org/articles/analog/>
- Alford, A. V., Theisen, K. M., Kim, N., Bodie, J. A. et Pariser, J. J. (2020). Successful ejaculatory sperm cryopreservation after cessation of long-term estrogen therapy in a transgender female. *Urology*, 136, e48-e50.
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.08.021>
- Allen, L. M., Hay, M. et Palermo, C. (2021). Evaluation in health professions education - is measuring outcomes enough? *Medical Education*, 56(1), 127-136.
<https://doi.org/10.1111/medu.14654>
- Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M. et Moser, C. N. (2019). Well-being and suicidality among transgender youth after gender-affirming hormones. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 302-311.
<https://doi.org.uk/10.1037/cpp0000288>
- Almasri, J., Zaiem, F., Rodriguez-Gutierrez, R., Tamhane, S. U., Iqbal, A. M., Prokop, L. J., Speiser, P. W., Baskin, L. S., Bancos, I. et Murad, M. H. (2018). Genital reconstructive surgery in females with congenital adrenal hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(11), 4089–4096. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01863>
- Almazan, A. N. et Keuroghlian, A. S. (2021). Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surgery*, 156(7), 611–618.
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0952>
- Almeida, M., Laurent, M. R., Dubois, V., Claessens, F., O'Brien, C. A., Bouillon, R., Vanderschueren, D. et Manolagas, S. C. (2017). Estrogens and androgens in skeletal physiology and pathophysiology. *Physiology Reviews*, 97(1), 135-187. <https://doi.org/10.1152/physrev.00033.2015>
- Al-Tamimi, M., Pigot, G. L., van der Sluis, W. B., van de Grift, T. C., van Moorselaar, R. J. A., Mullender, M. G., Weigert, R., Buncamper, M. E., Ozer, M., de Haseh, K. B., Djordjevic, M. L., Salgado, C. J., Belanger, M., Suominen, S., Kolehmainen, M., Santucci, R. A., Crane, C. N., Claes, K. E. Y. et Bouman, M. B. (2019). The surgical techniques and outcomes of secondary phalloplasty after metoidioplasty in transgender men: An international, multi-center case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(11), 1849–1859. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.027>
- Altman, K. (2012). Facial feminization surgery: Current state of the art. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 41(8), 885-894.
<https://doi.org/10.1016/j.ijom.2012.04.024>
- Alzahrani, T., Nguyen, T., Ryan, A., Dwairy, A., McCaffrey, J., Yunus, R., Forgione, J., Krepp, J., Nagy, C., Mazhari, R. et Reiner, J. (2019). Cardiovascular disease risk factors and myocardial infarction in the transgender population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(4), e005597
<https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Sexual Orientation and Gender Identity Issues Committee. (2018). *Conversion Therapy Policy Statement*.
https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statement/s/2018/Conversion_Therapy.aspx
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Health Care for transgender and gender diverse individuals: ACOG Committee Opinion, Number 823. *Obstetrics and Gynecology*, 137, e75.
<https://doi.org/10.1097/aog.0000000000004294>
- American Medical Association. (2016). *Definitions of "Screening" and "Medical Necessity" H-320.953*. Council on Medical Service.

- <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/H-320.953>
American Medical Association. (2021). Ethics: Informed consent. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent>.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.97808904257>
- American Psychological Association, Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. (2009). *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*.
<http://www.apa.org/pi/lgbc/publications/therapeutic-resp.html>
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for professional practice with transgender and gender non-conforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864.
<https://doi.org/10.1037/a0039906>
- American Psychological Association. (2021). *APA guidelines for psychological assessment and evaluation*.
<https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf>
- American Psychological Association. (2021). *APA Resolution on Gender Identity Change Efforts*.
<https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>
- American Urological Association (AUA) Board of Directors. (2019). *Pediatric Decision Making and Differences of Sex Development: A Societies for Pediatric Urology and American Urological Association Joint Position Statement - American Urological Association*. (n.d.).
<https://www.auanet.org/guidelines/guidelines/joint-statement-on-dsd>
- Amir, H., Yaish, I., Oren, A., Groutz, A., Greenman, Y. et Azem, F. (2020). Fertility preservation rates among transgender women compared with transgender men receiving comprehensive fertility counselling. *Reproductive Biomedicine Online*, 41(3), p. 546-554.
<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.05.003>.
- Amnesty International. (2020). *Amnesty International UK and Liberty joint statement on puberty blockers*. <https://www.amnesty.org.uk/press-releases/amnesty-international-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers>
- Amodeo, A. L., Vitelli, R., Scandurra, C., Picariello, S. et Valerio, P. (2015). Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. *International Journal of Transgenderism*, 16(1), 49-61.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1022680>
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J. et Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93-98.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>
- Anderson, J. (2007). Endoscopic laryngeal web formation for pitch elevation. *The Journal of Otolaryngology*. 36(1), 6-12.
<https://doi.org/10.2310/7070.2006.0153>
- Anderson, J. A. (2014). Pitch elevation in transgendered patients: Anterior glottic web formation assisted by temporary injection augmentation. *Journal of Voice*, 28(6), 816-821.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.05.002>
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(2), 208-214.
<https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>
- Andrzejewski, J., Pampati, S., Steiner, R. J., Boyce, L. et Johns, M. M. (2020). Perspectives of transgender youth on parental support: Qualitative findings from the resilience and transgender youth study. *Health Education & Behavior*, 109019812096550.
<https://doi.org/10.1177/1090198120965504>
- Angus, L. M., Nolan, B. J., Zajac, J. D. et Cheung, A. S. (2020). A systematic review of antiandrogens and feminization in transgender women. *Clinical*

- Endocrinology*, 94(5), 743–752.
<https://doi.org/10.1111/cen.14329>
- Ansara, Y.G., Hegarty, P., (2012). Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology & Sexuality*, 3, 137–160.
<https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696>
- Antun, A., Zhang, Q., Bhasin, S., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D. et Goodman, M. (2020). Longitudinal changes in hematologic parameters among transgender people receiving hormone therapy. *Journal of the Endocrine Society*, 4(11), 1-11.
<https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa119>
- Anzani, A., Lindley, L., Prunas, A. et Galupo, P. (2021). “I Use All the Parts I’m Given”: A qualitative investigation of trans masculine and nonbinary individuals’ use of body during sex. *International Journal of Sexual Health*, 33(1), 58-75.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1853300>
- Applebaum, P. S. (2007). Assessment of patients’ competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834-1840.
<https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045>
- Applegarth, G. et Nuttall, J. (2016). The lived experience of transgender people of talking therapies. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 66-72.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149540>
- APTN et UNDP. (2012). *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network.
<https://weareaptn.org/resource/lost-in-transition-transgender-people-rights-and-hiv-vulnerability-in-the-asia-pacific-region/>
- APTN. (2020a). *Conversion therapy practices*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network.
https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Indonesia_28Dec.pdf
- APTN. (2020b). *Conversion therapy practices: Malaysia*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-Malaysia_29Dec.pdf
- APTN. (2020c). *Conversion therapy practices: Sri Lanka*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network. https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/03/Conversion-Therapy-2020-SriLanka_28Dec.pdf
- APTN. (2021). *Conversion therapy practices: India*. Bangkok: Asia Pacific Transgender Network.
https://weareaptn.org/wp-content/uploads/2021/06/Conversion-Therapy-India_CountrySnapshot_FinalMay2021-2.pdf
- APTN. (2022). *Towards Transformative Healthcare: Asia Pacific Trans Health and Rights Module*. Bangkok: Asia-Pacific Transgender Network
<https://weareaptn.org/resource/towards-transformative-healthcare-asia-pacific-trans-health-and-rights-module/>
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G. et Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*, 30(6), 807-815.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E. et Bouman, W. P. (2016). Risk factors for non-suicidal self-injury among trans youth. *Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 402-412.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003>
- Aristegui, I., Radusky, P., Zalazar, V., Romero, M., Schwartz, J. et Sued, O. (2017). Impact of the gender identity law in Argentinean transgender women. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 446-456.
<http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2017.1314796>
- Armuan, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I. et Rodriguez-Wallberg, K. A. (2017). Transgender men’s experiences of fertility preservation: A qualitative study. *Human Reproduction*, 32(2), 383-390.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dew323>
- Armuan, G., Dhejne, C., Olofsson, J. I., Stefenson, M. et Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). Attitudes and experiences of health care professionals when caring for transgender men undergoing fertility preservation by egg freezing: A qualitative study. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*, 14, 1-12, <https://doi.org/10.1177/2633494120911036>
- Armuan, G. M., Nilsson, J., Rodriguez-Wallberg, K. A., Malmros, J., Arvidson, J., Lampic, C. et Wettergren, L. (2017). Physicians’ self-reported practice behaviour regarding fertility-related discussions in paediatric oncology in Sweden. *Psychooncology*, 26(10), 1684-1690.
<https://doi.org/10.1002/pon.4507>
- Armuan, G. M., Wettergren, L., Rodriguez-Wallberg, K. A. et Lampic, C. (2014). Desire for children, difficulties achieving a pregnancy, and infertility distress 3 to 7 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer*, 22(10), 2805-2812.
<https://doi.org/10.1007/s00520-014-2279-z>

- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Jr., Virani, S. S., Williams, K. A., Sr., Yeboah, J. et Ziaecian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(11), e596–e646. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.0000000000000678>
- Arnoldussen, M., Steensma, T. D., Popma, A., van der Miesen, A. I. R., Twisk, J. W. R. et de Vries, A. L. C. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach: Are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01691-5>
- Ashley, F. (2019a). Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, 45(7), 480–482. <https://doi.org/10.1136/medethics-2018-105293>
- Ashley, F. (2019b). Homophobia, conversion therapy, and care models for trans youth: Defending the gender-affirmative approach. *Journal of LGBT Youth*, 17(4), 361–383. <https://doi.org/10.1080/19361653.2019.1665610>
- Ashley, F. (2019c). Puberty blockers are necessary, but they don't prevent homelessness: Caring for transgender youth by supporting unsupportive Parents/guardians. *The American Journal of Bioethics*, 19, 87–89. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557277>
- Ashley, F. (2019d). Shifts in assigned sex ratios at gender identity clinics likely reflect changes in referral patterns. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(6), 948–949. <https://doi.org/pii/S1743609519307301>
- Ashley, F. (2019e). Thinking an ethics of gender exploration: Against delaying transition for transgender and gender creative youth. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 24(2), 223–236. <https://doi.org/10.1177/1359104519836462>
- Asscheman, H., T'Sjoen, G., Lemaire, A., Mas, M., Meriggiola, M. C., Mueller, A., Kuhn, A., Dhejne, C., Morel-Journel, N. et Gooren, L. J. (2014). Venous thrombo-embolism as a complication of cross-sex hormone treatment of male-to-female transsexual subjects: A review. *Andrologia*, 46(7), 791–795. <https://doi.org/10.1111/and.12150>
- Attig, R. (2022). A call for community-informed translation: Respecting Queer self-determination across linguistic lines. *Translation and Interpreting Studies*. Advance online publication. <https://doi.org/https://doi.org/10.1075/tis.21001.att>
- Auchus, R. J., Witchel, S. F., Leight, K. R., Aisenberg, J., Azziz, R., Bachega, T. A., Baker, L. A., Baratz, A. B., Baskin, L. S., Berenbaum, S. A., Breault, D. T., Cerame, B. I., Conway, G. S., Eugster, E. A., Fracassa, S., Gearhart, J. P., Geffner, M. E., Harris, K. B., Hurwitz, R. S. et Katz, A. L. (2010). Guidelines for the development of comprehensive care centers for congenital adrenal hyperplasia: Guidance from the CARES foundation initiative. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010. <https://doi.org/10.1155/2010/275213>
- Aucoin, M. W. et Wassersug, R. J. (2006). The sexuality and social performance of androgen-deprived (castrated) men throughout history: Implications for modern day cancer patients. *Social Science & Medicine*, 63(12), 3162–3173. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.08.007>
- Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G. K., Beckmann, M. W. et Hildebrandt, T. (2018). Desire to have children among transgender people in Germany: A cross-sectional multi-center study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), p. 757–767. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>
- Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E. et Tobin, H. J. (2012). Improving the lives of transgender older adults: Recommendations for policy and practice national center for transgender equality; services and advocacy for GLBT elders. <https://www.sageusa.org/resource-posts/improving-the-lives-of-transgender-older-adults/> accessed 3/14/2022
- Aurat Foundation. (2016). *Silent no more: transgender community in Pakistan: research study*. <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/transgender-community-pakistan-2016.pdf>
- Austin, A. et Goodman, R. (2017). The impact of social connectedness and internalized transphobic stigma on self-esteem among transgender and gender non-conforming adults. *Journal of Homosexuality*, 64(6), 825–841. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1236587>
- Austin, A., Craig, S. L. et Alessi, E. J. (2017). Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 141–156. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.003>

- Austin, A., Craig, S. L. et McInroy, L. B. (2016). Toward transgender affirmative social work education. *Journal of Social Work Education*, 52(3), 297-310.
<https://doi.org/10.1080/10437797.2016.1174637>
- Australian Psychological Society. (2021). *Use of psychological practices that attempt to change or suppress a person's sexual orientation or gender*. Australian Psychological Society position statement.
https://psychology.org.au/getmedia/7bb91307-14ba-4a24-b10b-750f85b0b729/updated_aps_position_statement_conversion_practices.pdf
- Avila, J. T., Golden, N. H. et Aye, T. (2019). Eating disorder screening in transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 65(6), 815-817.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.06.011>
- Azagba, S., Latham, K. et Shan, L. (2019). Cigarette, smokeless tobacco, and alcohol use among transgender adults in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 73, 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.024>
- Azul, D. (2015). Transmasculine people's vocal situations: A critical review of gender-related discourses and empirical data. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(1), 31-47.
<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12121>
- Azul, D. (2016). Gender-related aspects of transmasculine people's vocal situations: Insights from a qualitative content analysis of interview transcripts. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(6), 672-684.
<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12239>
- Azul, D., Arnold, A. et Neuschaefer-Rube, C. (2018). Do transmasculine speakers present with gender-related voice problems? Insights from a participant-centered mixed-methods study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(1), 25-39.
https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0410
- Azul, D. et Hancock, A. B. (2020). Who or what has the capacity to influence voice production? Development of a transdisciplinary theoretical approach to clinical practice addressing voice and the communication of speaker socio-cultural positioning. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 22(5), 559-570.
<https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1709544>
- Azul, D., Hancock, A. B., Lundberg, T., Nygren, U. et Dhejne, C. (2022). Supporting well-being in gender diverse people: A tutorial for implementing conceptual and practical shifts towards culturally-responsive, person-centered care in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, Advance online publication.
https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00322
- Azul, D. et Neuschaefer-Rube, C. (2019). Voice function in gender-diverse people assigned female at birth: Results from a participant-centered mixed-methods study and implications for clinical practice. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(9), 3320-3338.
https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-19-0063
- Azul, D., Nygren, U., Södersten, M. et Neuschaefer-Rube, C. (2017). Transmasculine people's voice function: A review of the currently available evidence. *Journal of Voice*, 31(2), 261.e9-261.e23.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.05.005>
- Babu, R. et Shah, U. (2021). Gender identity disorder (GID) in adolescents and adults with differences of sex development (DSD): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Urology*, 17(1), 39-47.
<https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.11.017>
- Badowski, M. E., Britt, N., Huesgen, E. C., Lewis, M. M., Miller, M. M., Nowak, K. et Smith, R. O. (2021). Pharmacotherapy considerations in transgender individuals living with human immunodeficiency virus. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 41(3), 299-314.
<https://doi.org/10.1002/phar.2499>
- Baker, K. (2013). *Transforming health: International rights-based advocacy for trans health*. New York. Consulté à l'adresse : <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/transforming-health>
- Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K. et Robinson, K. A. (2021). Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *Journal of the Endocrine Society*, 5(4), bvab011, <https://doi.org/10.1210/jendso/bvab011>
- Bakko, M. et Kattari, S. K. (2021). Differential access to transgender inclusive insurance and healthcare in the United States: challenges to health across the life course. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(1), 67-81.
<https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1632681>
- Balakrishnan, T. M., Nagarajan, S. et Jaganmohan, J. (2020). Retrospective study of prosthetic augmentation mammo- plasty in transwomen.

- Indian Journal of Plastic Surgery: Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 53(1), 42–050. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709427>
- Baleige, A., de la Chenelière, M., Dassonneville, C. et Martin, M. J. (2021). Following ICD-11, rebuilding mental health care for transgender persons: Leads from field experimentations in Lille, France. *Transgender Health*, 7(1), 1-6. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0143>
- Banbury, S. (2004). Coercive sexual behaviour in British prisons as reported by adult ex-prisoners. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 43(2), 113–130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2004.00316.x>
- Bangalore Krishna, K., Fuqua, John S., Rogol, Alan D., Klein, Karen O., Popovic, J., Houk, Christopher P., Charmandari, E. et Lee, Peter A. (2019). Use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children: Update by an international consortium. *Hormone Research in Paediatrics*, 91(6), 357–372. <https://doi.org/10.1159/000501336>
- Bangalore Krishna, K., Kogan, B. A., Mazur, T., Hoebeke, P., Bogaert, G. et Lee, P. A. (2021). Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): part 4/5. Considering the Ifs, Whens, and Whats regarding sexual-reproductive system surgery. *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 338–345. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2021.02.011>
- Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E. et Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(3), 214-222. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8)
- Baram, S., Myers, S. A., Yee, S. et Librach, C. L. (2019). Fertility preservation for transgender adolescents and young adults: A systematic review. *Human Reproduction Update*, 25(6), 694-716. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmz026>
- Baratz, A. B., Sharp, M. K. et Sandberg, D. E. (2014). Disorders of sex development peer support. *Understanding Differences and Disorders of Sex Development (DSD)*, 27, 99-112. <https://doi.org/10.1159/000363634>
- Barker, H. et Bariola, E., Lyons, A., Leonard, W., Pitts, M., Badcock, P. et Couch, M. (2015). Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *American Journal of Public Health*, 105(10), 2108-2116. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302763>
- Barnhill, J. W. (2014). Perioperative Care of the Patient with Psychiatric Disease. Dans C.R. MacKenzie, C.N. Cornell et D.G. Memtsoudis (éds), *Perioperative Care of the Orthopedic Patient* (pp. 197-205). Springer.
- Barrow, K. et Apostle, D. (2018). Addressing mental health conditions often experienced by transgender and gender expansive children. Dans C.E. Keo-Meier et D.E. Ehrensaft (éds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Bartels, L. et Lynch, S. (2017).. Transgender prisoners in Australia: An examination of the issues, law and policy. *Flinders Law Journal*, 19(2), 185-231. <http://classic.austlii.edu.au/au/journals/FlinLawJL/2017/8.pdf>
- Bartholomaeus, C. et Riggs, D. W. (2019). Transgender and non-binary Australians' experiences with healthcare professionals in relation to fertility preservation. *Culture, Health and Sexuality*, 22(2) 129-145. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1580388>
- Bartholomaeus, C., Riggs, D. W. et Sansfaçon, A. P. (2020). Expanding and improving trans affirming care in Australia: experiences with healthcare professionals among transgender young people and their parents. *Health Sociology Review*, 30(1), 58-71. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1845223>
- Başar, K. et Öz, G. (2016). Resilience in individuals with gender dysphoria: Association with perceived social support and discrimination. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4), 225-234.
- Başar, K., Öz, G. et Karakaya, J. (2016). Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1133-1141. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.04.071>
- Bauer, R. (2018). Bois and grrrls meet their daddies and mommies on gender playgrounds: Gendered age play in the les-bi-trans-queer BDSM communities. *Sexualities*, 21(1-2), 139-155. <https://doi.org/10.1177/1363460716676987>
- Bauer, G. R. et Hammond, R. (2015). Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.3138/cjhs.24.1-CO1>

- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M. et Boyce, M. (2009). "I don't think this is theoretical; this is our lives": How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of Association in Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348-361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>
- Bauer, G. R., Lawson, M. L. et Metzger, D. L. (2022). Do clinical data from transgender adolescents support the phenomenon of "Rapid-Onset Gender Dysphoria"? *The Journal of Pediatrics*, 243, 224-227. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.11.020>
- Bauer, G., Pacaud, D., Couch, R., Metzger, D., Gale, L., Gotovac, S., Mokashi, A., Feder, S., Raiche, J., Speechley, K. N., Temple Newhook, J., Ghosh, S., Sansfacon, A., Susset, F. et Lawson, M. et Trans Youth CAN! Research Team. (2021). Transgender youth referred to clinics for gender-affirming medical care in Canada. *Pediatrics*, 148(5), e2020047266. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-047266>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B. et Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 713-720. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.09.027>
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R. et Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 15, 525. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1867-2>
- Beach, L. B., Elasy, T. A. et Gonzales, G. (2018). Prevalence of self-reported diabetes by sexual orientation: Results from the 2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *LGBT Health*, 5(2), 121-130. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0091>
- Beauchamp, T. L. et Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics (8th Ed.)*. Oxford University Press.
- Becasen, J. S., Denard, C. L., Mullins, M. M., Higa, D. H. et Sipe, T. A. (2018). Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: A systematic review and meta-analysis, 2006–2017. *American Journal of Public Health*, 109(1), e1-e8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>
- Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V. et Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5), e20173845. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>
- Beck, A. J. (2014). *Sexual Victimization in Prisons and Jails Reported by Inmates, 2011-12*. PREA Data Collection Activities
- Becker, I., Auer, M., Barkmann, C., Fuss, J., Möller, B., Nieder, T. O., Fahrenkrug, S., Hildebrandt, T. et Richter-Appelt, H. (2018). A cross-sectional multicenter study of multidimensional body image in adolescents and adults with gender dysphoria before and after transition-related medical interventions. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2335-2347. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1278-4>
- Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M. et Barkmann, C. (2021). Psychosocial health in adolescents and young adults with gender dysphoria before and after gender-affirming medical interventions: A descriptive study from the Hamburg Gender Identity Service. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(11), 1755-1767. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01640-2>
- Beek, T. F., Cohen-Kettenis, P. T. et Kreukels, B. P. (2016). Gender incongruence/gender dysphoria and its classification history. *International Review of Psychiatry* 28(1), 5–12. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1091293>
- Beek, T. F., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T. et Steensma, T. D. (2015). Partial treatment requests and underlying motives of applicants for gender affirming interventions. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2201-2205. <https://doi.org/doi:10.1111/jsm.13033>
- Bekeny, J. C., Zolper, E. G., Fan, K. L. et Del Corral, G. (2020). Breast augmentation for transfeminine patients: Methods, complications, and outcomes. *Gland Surgery*, 9(3), 788-796. <https://doi.org/10.21037/g.s.2020.03.18>
- Bellinga, R. J., Capitán, L., Simon, D. et Tenorio, T. (2017). Technical and clinical considerations for facial feminization surgery with rhinoplasty and related procedures. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 19(3), 175-181. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2016.1572>
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological*

- Bulletin*, 114(3), 413–434.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413>
- Benedetti, M. G., Furlini, G., Zati, A. et Letizia Mauro, G. (2018). The effectiveness of physical exercise on bone density in osteoporotic patients. *Biomed Research International*, 2018, 4840531. <https://doi.org/10.1155/2018/4840531>
- Benestad, E. E. P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies*, 19(4), 225–231. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.09.003>
- Bennecke, E., Bernstein, S., Lee, P., van de Grift, T. C., Nordenskjöld, A., Rapp, M., Simmonds, M., Streuli, J. C., Thyen, U. et Wiesemann, C. (2021). Early genital surgery in disorders/differences of sex development: Patients' perspectives. *Archives of Sexual Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-01953-6>
- Bentsianov, S., Gordon, L., Goldman, A., Jacobs, A. et Steever, J. (2018). Use of copper intrauterine device in transgender male adolescents. *Contraception*, 98(1), 74–75. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.02.010>
- Berenbaum, S. A. (2018). Evidence needed to understand gender identity: Commentary on Turban & Ehrensaft (2018). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(12), 1244–1247. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12997>
- Berenbaum, S., Beltz, A. et Corley, R. (2015). The importance of puberty for adolescent development: Conceptualization and measurement. *Advances in Child Development and Behavior*, 48, 53–92. <http://dx.doi.org/10.1016/bs.acdb.2014.11.002>
- Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W. et Parker, L. (2001). *Informed consent: Legal theory and clinical practice (2nd ed.)* Oxford University Press.
- Berg, D et Edwards-Leeper, L. (2018). Child and family assessment. Dans C.E. Keo-Meier et D.E. Ehrensaft (éds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp.101–124). American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Berger, I. et Mooney-Somers, J. (2017). Smoking cessation programs for lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex people: A content-based systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(12), 1408–1417. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw216>
- Berli, J. U., Knudson, G., Fraser, L., Tangpricha, V., Ettner, R., Ettner, F. M., Safer, J. D., Graham, J., Monstrey, S. et Schechter, L. (2017). What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: A review. *JAMA Surgery*, 152(4), 394–400. <https://doi.org/jamasurg.2016.5549>
- Berli, J. U., Monstrey, S., Safa, B. et Chen, M. (2021). Neourethra creation in gender phalloplasty: Differences in techniques and staging. *Plastic Reconstructive Surgery*, 147(5), 801e–811e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000007898>
- Bertalan, R., Lucas-Herald, A., Kolesinska, Z., Berra, M., Cools, M., Balsamo, A. et Hiort, O. (2018). Evaluation of DSD training schools organized by cost action BM1303 “DSDnet.” *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13023-018-0967-3>
- Bertelloni, S. et Mul, D. (2008). Treatment of central precocious puberty by GnRH analogs: Long-term outcome in men. *Asian Journal of Andrology*, 10(4), 525–534. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7262.2008.00409.x>
- Bertelloni, S., Baroncelli, G. I., Ferdeghini, M., Menchini-Fabris, F. et Saggese, G. (2000). Final height, gonadal function and bone mineral density of adolescent males with central precocious puberty after therapy with gonadotropin-releasing hormone analogues. *European Journal of Pediatrics*, 159(5), 369–374. <https://doi.org/10.1007/s004310051289>
- Bertin, C., Abbas, R., Andrieu, V., Michard, F., Rioux, C., Descamps, V. et Bouscarat, F. (2019). Illicit massive silicone injections always induce chronic and definitive silicone blood diffusion with dermatologic complications. *Medicine*, 98(4), e14143. <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000014143>
- Bertrand, B., Perchenet, A. S., Colson, T. R., Drai, D. et Casanova, D. (2017). Female-to-male transgender chest reconstruction: A retrospective study of patient satisfaction. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 62(4), 303–307. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2017.05.005>
- Bhattacharya, S. et Ghosh, D. (2020). Studying physical and mental health status among hijra, kothi and transgender community in Kolkata, India. *Social Science and Medicine*, 265, 113412. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113412>
- Biedermann, S. V., Asmuth, J., Schröder, J., Briken, P., Auer, M. K. et Fuss, J. (2021). Childhood

- adversities are common among trans people and associated with adult depression and suicidality. *Journal of Psychiatric Research*, 141, 318-324. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.016>
- Bienz, M. et Saad, F. (2015). Androgen-deprivation therapy and bone loss in prostate cancer patients: A clinical review. *BoneKEy Reports*, 4, 716. <https://doi.org/10.1038/bonekey.2015.85>
- Bisbey, T. M., Reyes, D. L., Traylor, A. M. et Salas, E. (2019). Teams of psychologists helping teams: The evolution of the science of team training. *American Psychologist*, 74(3), 278-289. <https://doi.org/10.1037/amp0000419>
- Bishop, A. (2019). *Harmful treatment: the global reach of so-called conversion therapy*. Outright Action International. https://outrightinternational.org/sites/default/files/ExecSumm_SinglePagesRandL.pdf
- Biskey, E. R., Johnson, J. A., Harrison, C., Marron, J. M., Abecassis, L., Scobie-Carroll, A., Willard, J., Diamond, D. A., Taghinia, A. H. et Ganor, O. (2019). Ethical issues considered when establishing a pediatrics gender surgery center. *Pediatrics*, 143(6), e20183053. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3053>
- Bisson, J. R., Chan, K. J. et Safer, J. D. (2018). Prolactin levels do not rise among transgender women treated with estradiol and spironolactone. *Endocrine Practice*, 24(7), 646-651. <https://doi.org/10.4158/EP-2018-0101>
- Bizic, M. R., Jevtovic, M., Pusica, S., Stojanovic, B., Duisin, D., Vujovic, S., Rakic, V. et Djordjevic, M. L. (2018). Gender Dysphoria: Bioethical aspects of medical treatment. *Biomed Research International*, 2018, 9652305. <https://doi.org/10.1155/2018/9652305>
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K. et Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2), 151. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6300\(200003/04\)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6300(200003/04)12:2<151::aid-ajhb1>3.3.co;2-6)
- Blecher, G. A., Christopher, N. et Ralph, D. J. (2019). Prosthetic placement after phalloplasty. *Urologic Clinics of North America*, 46(4), 591-603. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.013>
- Block, C. (2017). Making a case for transmasculine voice and communication training. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(3), 33-41. <https://doi.org/10.1044/persp2.SIG3.33>
- Blondeel, K., de Vasconcelos, S., García-Moreno, C., Stephenson, R., Temmerman, M. et Toskin, I. (2018). Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(1), 29-41L. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.197251>
- Bloom, T. M., Nguyen, T. P., Lami, F., Pace, C. C., Poulakis, Z., Telfer, M., Taylor, A., Pang, K. C. et Tollit, M. A. (2021). Measurement tools for gender identity, gender expression, and gender dysphoria in transgender and gender-diverse children and adolescents: A systematic review. *The Lancet Child & Adolescent Health*. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(21\)00098-5](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00098-5)
- Blosnich, J. R., Brown, G. R., Shipherd, J. C., Kauth, M., Piegari, R. I. et Bossarte, R. M. (2013). Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *American Journal of Public Health*, 103(10), e27-e32. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301507>
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A. et Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health*, 103(5), 943-951. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>
- Bockting, W. et Coleman, E. (2016). *Developmental stages of the transgender coming-out process: Toward an integrated identity*. Dans R. Ettner, S. Monstrey et E. Coleman (éds), *Principles of transgender medicine and surgery* (pp. 137-158). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Boedecker, A. L. (2011). *The transgender guidebook : keys to a successful transition*. Boedecker.
- Bonnington, A., Dianat, S., Kerns, J., Hastings, J., Hawkins, M., De Haan, G. et Obedin-Maliver, J. (2020). Society of family planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. *Contraception*, 102(2), 70-82. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.001>
- Borgström, B., Fridström, M., Gustafsson, B., Ljungman, P. et Rodriguez-Wallberg, K. A. (2020). A prospective study on the long-term outcome of prepubertal and pubertal boys undergoing testicular biopsy for fertility preservation prior to hematologic stem cell transplantation. *Pediatric Blood Cancer*, 67(9), e28507. <https://doi.org/10.1002/pbc.28507>
- Boskey, E. R., Taghinia, A. H. et Ganor, O. (2019). Association of surgical risk with exogenous hormone use in transgender patients: A systematic

- review. *JAMA Surgery* 154(2), 159-169.
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.4598>
- Boskey, E., Taghnia, A. et Ganor, O. (2018). Public accommodation laws and gender panic in clinical settings. *AMA Journal of Ethics*, 20(11), 1067–1074.
<https://doi.org/10.1001/amajethics.2018.1067>
- Bouman, M. B., van der Sluis, W. B., van Woudenberg Hamstra, L. E., Buncamper, M. E., Kreukels, B. P. C., Meijerink, W. et Mullender, M. G. (2016). Patient-reported esthetic and functional outcomes of primary total laparoscopic intestinal vaginoplasty in transgender women with penoscrotal hypoplasia. *Journal of Sexual Medicine*, 13(9), 1438-1444.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.009>
- Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. R., Millet, N., Fernandez-Aranda, F. et Arcelus, J. (2017). Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 16-26.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258352>
- Bouman, W. P., Davey, A., Meyer, C., Witcomb, G. L. et Arcelus, J. (2016). Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sexual and Relationship Therapy*, 31(3), 359-375.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1184754>
- Bouman, W. P., Richards, C., Addinall, R. M., Arango de Montis, I., Duisin, D., Estiva, I., Fisher, A., Harte, F., Khoury, B., Lu, Z., Marais, A., Mattila, A., Nayarana, R. D., Nieder, T.O., Robles-Garcia, R., Roque Guerra, A., Tereshkevich, D., T'Sjoen, G. et Wilson, D. (2014). Yes and yes again: Are standards of care which require two signatures for genital reconstructive surgery ethical? *Sex and Relationship Therapy*, 29 (4), 377-389.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2014.954993>
- Bouman, W. P., Schwend, A. S., Motmans, J., Smiley, A., Safer, J. D., Deutsch, M. B., Adams, N. J. et Winter, S. (2017). Language and trans health. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 1-6.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1262127>
- Bowling, J., Baldwin, A. et Schnarrs, P. W. (2019). Influences of health care access on resilience building among transgender and gender non-binary individuals. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 205-217.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1595807>
- Boyd, J. (2019). *Aging in place, caregiving, and long-term care for transgender adults*. Dans C. Hardacker, K. Ducheny et M. Houlber (éds), *Transgender and Gender Nonconforming Health and Aging* (pp. 175-190). Springer
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A. et Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, 103 (10), 1820-1829.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300796>
- Bradford, N. J., Rider, G. N., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Berg, D. R., Spencer, K. G. et McGuire, J. K. (2018). Creating gender: A thematic analysis of genderqueer narratives. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 155-168.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1474516>
- Brain, C. E., Creighton, S. M., Mushtaq, I., Carmichael, P. A., Barnicoat, A., Honour, J. W., Larcher, V. et Achermann, J. C. (2010). Holistic management of DSD. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 24(2), 335–354.
<https://doi.org/10.1016/j.beem.2010.01.006>
- Brandt, J. S., Patel, A. J., Marshall, I. et Bachmann, G. A. (2019). Transgender men, pregnancy, and the "new" advanced paternal age: A review of the literature. *Maturitas*, 128, 17-21.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.07.004>
- Branski, R. C., Verdolini, K., Sandulache, V., Rosen, C. A. et Hebda, P. A. (2006). Vocal fold wound healing: A review for clinicians. *Journal of Voice*, 20(3), 432–442.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.08.005>
- Bränström, R. et Pachankis, J. E. (2021). Country-level structural stigma, identity concealment, and day-to-day discrimination as determinants of transgender people's life satisfaction. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(9), 1537-1545. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>.
- Bränström, R., Stormbom, I., Bergendal, M. et Pachankis, J. (2022). Transgender-based disparities in suicidality: A population-based study of key predictions from four theoretical models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52, 401-412.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sltb.12830>
- Braun, H., Nash, R., Tangpricha, V., Brockman, J., Ward, K. et Goodman, M. (2017). Cancer in transgender people: Evidence and methodological considerations. *Epidemiologic Reviews*, 39(1), 93-107. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxw003>

- Braun, H., Zhang, Q., Getahun, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Goodman, M. et Yeung, H. (2021). Moderate-to-severe acne and mental health symptoms in transmasculine persons who have received testosterone. *JAMA Dermatology*, *157*(3), 344-346. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.5353>
- Brennan, A. M., Barnsteiner, J., Siantz, M. L., Cotter, V. T. et Everett, J. (2012). Lesbian, gay, bisexual, transgendered, or intersexed content for nursing curricula. *Journal of Professional Nursing*, *28*(2), 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.11.004>
- Brett, M. A., Roberts, L. F., Johnson, T. W. et Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Expectations, consequences, and adjustments to castration (Part II). *The Journal of Sexual Medicine*, *4*(4), 946-955. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00522.x>
- Brik, T., Vrouenraets, L., de Vries, M. C. et Hannema, S. E. (2020). Trajectories of adolescents treated with gonadotropin-releasing hormone analogues for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(7), 2611-2618. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>
- Brik, T., Vrouenraets, L., Schagen, S. E. E., Meissner, A., de Vries, M. C. et Hannema, S. E. (2019). Use of fertility preservation among a cohort of transgirls in the Netherlands. *Journal of Adolescent Health*, *64*(5), 589-593. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.11.008>
- Brömdal, A., Clark, K. A., Hughto, J., Debattista, J., Phillips, T. M., Mullens, A. B., Gow, J. et Daken, K. (2019). Whole-incarceration-setting approaches to supporting and upholding the rights and health of incarcerated transgender people. *The International Journal of Transgenderism*, *20*(4), 341-350. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1080/15532739.2019.1651684>
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, *34*(10), 844-850. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.34.10.844>
- Brown, A., Lourenco, A. P., Niell, B. L., Cronin, B., Dibble, E. H., DiNome, M. L., Goel, M. S., Hansen, J., Heller, S. L., Jochelson, M. S., Karrington, B., Klein, K. A., Mehta, T. S., Newell, M. S., Schechter, L., Stuckey, A. R., Swain, M. E., Tseng, J., Tuscano, D. S. et Moy, L. (2021). ACR appropriateness criteria® transgender breast cancer screening. *Journal of the American College of Radiology*, *18*(11s), S502-s515. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2021.09.005>
- Brown, E. et Mar, K. (2018). Culturally responsive practice with children of color. Dans C.E. Keo-Meier et D.E. Ehrensaft (éds), *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*. American Psychological Association.
- Brown, G. R. (2009). Recommended revisions to the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care section on medical care for incarcerated persons with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, *11*(2), 133-139. <https://doi.org/10.1080/15532730903008073>
- Brown, G. R. (2010). Autocastration and Autopenectomy as Surgical Self-Treatment in Incarcerated Persons with Gender Identity Disorder. *International Journal of Transgenderism*, *12*(1), 31-39. <https://doi.org/10.1080/15532731003688970>
- Brown, G. R. (2014). Qualitative analysis of transgender inmates' correspondence: Implications for departments of correction. *Journal of Correctional Health Care*, *20*(4), 334-342. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1177/1078345814541533>
- Brown, G. R. et Jones, K. T. (2014). Incidence of breast cancer in a cohort of 5,135 transgender veterans. *Breast Cancer Research and Treatment*, *149*(1), 191-198. <https://doi.org/10.1007/s10549-014-3213-2>
- Brown, G. R. et Jones, K. T. (2015). Health correlates of criminal justice involvement in 4,793 transgender veterans. *LGBT Health*, *2*(4), 297-305. <https://doi.org.gate.lib.buffalo.edu/10.1089/lgbt.2015.0052>
- Brown, G. R. et Jones, K. T. (2016). Mental health and medical health disparities in 5135 transgender veterans receiving healthcare in the veterans health administration: A case-control study. *LGBT Health*, *3*(2), p. 122-131. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0058>
- Brown, G. R. et McDuffie, E. (2009). Health care policies addressing transgender inmates in prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care*, *15*(4), 280-291. <https://doi.org/10.1177/1078345809340423>
- Brown, M., Perry, A., Cheesman, A. D. et Pring, T. (2000). Notes and discussion. Pitch change in male-to-female- transsexuals: Has phonosurgery a role to play? *International Journal of Language &*

- Communication Disorders*, 35(1), 129-136.
<https://doi.org/10.1080/136828200247296>
- Brown, S. K., Chang, J., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Addition of Wendler glottoplasty to voice therapy improves trans female voice outcomes. *Laryngoscope*, 131(7), 1588-1593.
<https://doi.org/10.1002/lary.29050>
- Brumbaugh-Johnson, S. M. et Hull, K. E. (2019). Coming out as transgender: Navigating the social implications of a transgender identity. *Journal of Homosexuality*, 66(8), p. 1148-1177.
<https://doi.org/1080/00918369.2018.1493253>.
- Bryant, L., Damarin, A. K. et Marshall, Z. (2014). Tobacco control recommendations identified by LGBT Atlantans in a community-based research project. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 8(3), 259-260.
<https://doi.org/10.1353/cpr.2014.0041>
- Bryson, C. et Honig, S. C. (2019). Genitourinary complications of gender-affirming surgery. *Current Urology Reports*, 20(6).
<https://doi.org/10.1007/s11934-019-0894-4>.
- Buchting, F. O., Emory, K. T., Kim, Y., Fagan, P., Vera, L. E. et Emery, S. (2017). Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(1), e1-e7.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.11.022>
- Buckley, D. P., Dahl, K. L., Cler, G. J. et Stepp, C. E. (2020). Transmasculine voice modification: A case study. *Journal of Voice*, 34(6), 903-910.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.05.003>
- Budge, S. L. (2013). Interpersonal psychotherapy with transgender clients. *Psychotherapy*, 50(3), 356–359. <https://doi.org/10.1037/a0032194>
- Budge, S. L. (2015). Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 52(3), 287–297
<https://doi.org/10.1037/pst0000034>
- Budge, S.L., Adelson, J. L. et Howard, K. A. (2013). Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 81(3), 545-557.
<https://doi.org/10.1037/a0031774>.
- Budge, S. L., Katz-Wise, S. L., Tebbe, E. N., Howard, K. A. S., Schneider, C. L. et Rodriguez, A. (2012). Transgender emotional and coping processes: Facilitative and avoidant coping throughout gender transitioning. *The Counseling Psychologist*, 41(4), 601-647.
<https://doi.org/10.1177/0011000011432753>
- Budge, S. L., Sinnard, M. T. et Hoyt, W. T. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy (Chic.)*, 58(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/pst0000310>
- Bultynck, C., Cosyns, M., T'Sjoen, G., Van Borsel, J. et Bonte, K. (2020). Thyroplasty type III to lower the vocal pitch in trans men. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 164(1), 157-159.
<https://doi.org/10.1177/0194599820937675>
- Bultynck, C., Pas, C., Defreyne, J., Cosyns, M., den Heijer, M. et T'Sjoen, G. (2017). Self perception of voice in transgender persons during cross-sex hormone therapy. *The Laryngoscope*, 127(12), 2796-2804. <https://doi.org/10.1002/lary.26716>
- Buncamper, M. E., Honselaar, J. S., Bouman, M. B., Özer, M., Kreukels, B. P. et Mullender, M. G. (2015). Aesthetic and functional outcomes of neovaginoplasty using penile skin in male-to-female transsexuals. *Journal of Sexual Medicine*, 12(7), 1626-1634.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12914>
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., de Vries, M., Witte, B. I., Bouman, M. B. et Mullender, M. G. (2017). Penile inversion vaginoplasty with or without additional full-thickness skin graft: To graft or not to graft? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 649e-656e.
<https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000003108>
- Buncamper, M. E., van der Sluis, W. B., van der Pas, R. S. D., Özer, M., Smit, J. M., Witte, B. I., Bouman, M. B. et Mullender, M. G. (2016). Surgical outcome after penile inversion vaginoplasty: A retrospective study of 475 transgender women. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138(5), 999-1007.
<https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002684>
- Bungener, S. L., de Vries, A. L. C., Popma, A. et Steensma, T. D. (2020). Sexual experiences of young transgender persons during and after gender-affirmative treatment. *Pediatrics*, 146(6), e20191411. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1411>
- Bureau of Justice Assistance, United States. (2017). *Prison Rape Elimination Act of 2003*. U.S. G.P.O.. <https://www.prearesourcecenter.org/about/prison-rape-elimination-act>.
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J. et Motmans, J. (2019). Health disparities between

- binary and non-binary trans people: a community-driven survey. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3).
<https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1629370>
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., Nieto, I. G., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J. et Motmans, J. (2021). The impact of training in transgender care on healthcare providers competence and confidence: A cross-sectional survey. *Healthcare*, 9(8), 967.
<https://www.mdpi.com/2227-9032/9/8/967>
- Burgwal, A. et Motmans, J. (2021). Trans and gender diverse people's experiences and evaluations with general and trans-specific healthcare services: A cross-sectional survey. *International Journal of Impotence Research*, 33, 679-686.
<https://doi.org/10.1038/s41443-021-00432-9>
- Burnes, T. R., Dexter, M. M., Richmond, K., Singh, A. A. et Cherrington, A. (2016). The experiences of transgender survivors of trauma who undergo social and medical transition. *Traumatology*, 22(1), 75-84. <https://doi.org/10.1037/trm0000064>
- Bustos, S. S., Bustos, V. P., Mascaro, A., Ciudad, P., Forte, A. J., Del Corral, G. et Manrique, O. J. (2021). Complications and patient-reported outcomes in transfemale vaginoplasty: An updated systematic review and meta-analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 9(3), e3510.
<https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000003510>
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter. On the discursive limits of "sex"*. Routledge.
- Butler, J., Anstrom, K. J., Felker, G. M., Givertz, M. M., Kalogeropoulos, A. P., Konstam, M. A., Mann, D. L., Margulies, K. B., McNulty, S. E., Mentz, R. J., Redfield, M. M., Tang, W. H. W., Whellan, D. J., Shah, M., Desvigne-Nickens, P., Hernandez, A. F. et Braunwald, E. (2017). Efficacy and safety of spironolactone in acute heart failure. *JAMA Cardiology*, 2(9), 950.
<https://doi.org/10.1001/jamacardio.2017.2198>
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, F. L., Pleak, R. R. et Tompkins, D. A. (2012). Report of the American Psychiatric Association task force on treatment of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 759-796.
<https://doi.org/10.1007/s10508-012-9975-x>
- Byne, W., Karasic, D. H., Coleman, E., Eyler, A. E., Kidd, J. D., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R. et Pula, J. (2018). Gender dysphoria in adults: An overview and primer for psychiatrists. *Transgender Health*, 3(1), 57-70.
<https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0053>
- Caceres, B. A., Streed, C. G Jr., Corliss, H. L., Lloyd-Jones, D. M., Matthews, P. A., Mukherjee, M., Poteat, T., Rosendale, N., Ross, L. M. et American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Hypertension; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Peripheral Vascular Disease; and Stroke Council (2020). Assessing and addressing cardiovascular health in LGBTQ adults: A scientific statement *The American Heart Association. Circulation*, 142(19), e321–e332.
<https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.0000000000000914>
- Cai, X., Hughto, J. M., Reisner, S. L., Pachankis, J. E. et Levy, B. R. (2019). Benefit of gender-affirming medical treatment for transgender elders: Later-life alignment of mind and body. *LGBT Health*, 6(1), 34-39.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0262>
- Calcedo-Barba, A., Fructuoso, A., Martinez-Raga, J., Paz, S., Sánchez de Carmona, M. et Vicens, E. (2020). A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. *BMC Psychiatry*, 20(1), 339.
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02756-0>
- Callander, D., Wiggins, J., Rosenberg, S., Cornelisse, V. J., Duck-Chong, E., Holt, M., Pony, M., Vlahakis, E., MacGibbon, J. et Cook, T. (2019). *The 2018 Australian trans and gender diverse sexual health survey: report of findings*. The Kirby Institute, University of New South Wales.
https://genderrights.org.au/wp-content/uploads/2020/03/ATGDSexualHealthSurveyReport_v7.pdf
- Callen-Lorde. (2014) Protocols for the Provision of Hormone Therapy. <http://callen-lorde.org/graphics/2018/05/Callen-Lorde-TGNC-Hormone-Therapy-Protocols-2018.pdf>
- Callen Lorde. (2020a). *Safer Binding* http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/Safer-Binding_2018_FINAL.pdf.
- Callen Lorde. (2020b). *Safer Tucking*: http://callen-lorde.org/graphics/2018/09/HOTT-Safer-Tucking_Final.pdf.
- Callens, N., Kreukels, B. P. C. et van de Grift, T. C. (2021). Young voices: Sexual health and transition care needs in adolescents with intersex/differences of sex development - A pilot study. *Journal of*

- Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2), 176-189.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpbg.2020.11.001>
- Callens, N., Van Kuyk, M., van Kuppenveld, J. H., Drop, S. L. S., Cohen-Kettenis, P. T. et Dessens, A. B. (2016). Recalled and current gender role behavior, gender identity and sexual orientation in adults with disorders/differences of sex development. *Hormones and Behavior*, 86, 8–20. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2016.08.008>
- Campbell-Hall, V., Peterson, I., Bhana, A., Mjadu, S., Hosegood, V. et Flisher, A. J. (2010). Collaboration between traditional practitioners and primary health care staff in South Africa: Developing a workable partnership for community mental health services. *Transcultural Psychiatry*, 47(4), 610–628. <https://doi.org/10.1177/1363461510383459>
- Canner, J. K., Harfouch, O., Kodadek, L. M., Pelaez, D., Coon, D., Offodile, A. C., 2nd, Haider, A. H. et Lau, B. D. (2018). Temporal trends in gender-affirming surgery among transgender patients in the United States. *JAMA Surgery*, 153(7), 609–616. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.6231>
- Canonico, M., Oger, E., Plu-Bureau, G., Conard, J., Meyer, G., Lévesque, H. et Scarabin, P. Y. (2007). Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: Impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation*, 115(7), 840–845. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.642280>
- Capitán, L., Gutierrez Santamaria, J., Simon, D., Coon, D., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T. et Capitán-Canadas, F. (2020). Facial gender confirmation surgery: A protocol for diagnosis, surgical planning, and postoperative management. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(4), 818e–828e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006686>
- Capitán, L., Simon, D., Kaye, K. et Tenorio, T. (2014). Facial feminization surgery: The forehead. Surgical techniques and analysis of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134(4), 609–619. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000545>
- Capitán, L., Simon, D., Meyer, T., Alcaide, A., Wells, A., Bailon, C., Bellinga, R. J., Tenorio, T. et Capitán-Canadas, F. (2017). Facial feminization surgery: Simultaneous hair transplant during forehead reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 139(3), 573–584. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003149>
- Cardoso da Silva, D. C., Schwarz, K., Fontanari, A. M., Costa, A. B., Massuda, R., Henriques, A. A., Salvador, J., Silveira, E., Rosito, T. E. et Rodrigues Lobato, M. I. (2016). WHOQOL-100 before and after sex reassignment surgery in Brazilian male-to-female transsexual individuals. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 988–993. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.37>
- Carel, J. C., Eugster, E. A., Rogol, A., Ghizzoni, L. et Palmert, M. R. (2009). Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*, 123(4), e752–e762. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1783>
- CARES Foundation. (2020). Statement on Surgery. <https://www.caresfoundation.org/treatment/surgery.pdf>
- Carew, L., Dacakis, G. et Oates, J. (2007). The effectiveness of oral resonance therapy on the perception of femininity of voice in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 21(5), 591–603. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.05.005>
- Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S. et Viner, R. M. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One*, 16(2), e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>
- Carpenter, M. (2018). Intersex variations, human rights, and the International Classification of Diseases. *Health and Human Rights Journal*, 20(2), 205–214.
- Carpenter, M. (2021). Intersex human rights, sexual orientation, gender identity, sex characteristics and the Yogyakarta Principles plus 10. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 516–532. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1781262>
- Carpenter, C. S., Eppink, S. T. et Gonzales, G. (2020). Transgender status, gender identity, and socioeconomic outcomes in the United States. *ILR Review*, 73(3), 573–599. <https://doi.org/10.1177/0019793920902776>
- Carpenter, W. T., Gold, J. M., Lahti, A.C., Queern, C. A., Conley, R. R., Bartko, J. J., Kovnik, J. et Applebaum, P. S. (2000). Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Archives of General Psychiatry*, 57(6), 533–538. <https://doi.org/10-1001/pubs.Arch Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-57-6-yoa9156>
- Carroll, L., Graff, C., Wicks, M. et Diaz Thomas, A. (2020). Living with an invisible illness: A qualitative study exploring the lived experiences of female children with congenital adrenal hyperplasia. *Quality of Life Research: An*

- International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29(3), 673–681. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02350-2>
- Carswell, J. M. et Roberts, A. L. (2017). Induction and maintenance of amenorrhea in transmasculine and nonbinary adolescents. *Transgender Health*, 2, 195-201. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0021>
- Carter, H. B., Albertsen, P. C., Barry, M. J., Etzioni, R., Freedland, S. J., Greene, K. L., Holmberg, L., Kantoff, P., Konety, B. R., Murad, M. H., Penson, D. F. et Zietman, A. L. (2013). Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *Journal of Urology*, 190(2), 419-426. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2013.04.119>
- Cartwright, C., Hughes, M. et Lienert, T. (2012). End-of-life care for gay, lesbian, bisexual and transgender people. *Culture, Health & Sexuality*, 14(5), 537–548. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1080/13691058.2012.673639>
- Casado, J. C., Rodríguez-Parra, M. J. et Adrián, J. A. (2017). Voice feminization in male-to-female transgendered clients after Wendler’s glottoplasty with vs. without voice therapy support. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 274(4), 2049-2058. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4420-8>
- Castellano, E., Crespi, C., Dell’Aquila, C., Rosato, R., Catalano, C., Mineccia, V., Motta, G., Botto, E. et Manieri, C. (2015). Quality of life and hormones after sex reassignment surgery. *Journal of Endocrinological Investigation*, 38(12), 1373-1381. <https://doi.org/10.1007/s40618-015-0398-0>
- Catelan, R. F., Costa, A. B. et Lisboa, C. S. M. (2017). Psychological interventions for transgender persons: A scoping review. *International Journal of Sexual Health*, 29(4), 325-337. <https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1360432>
- Cauffman, E. et Steinberg, L. (2000). (Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(6), 741–760. <https://doi.org/10.1002/bsl.416>
- Cavanaugh, T., Hopwood, R. et Lambert, C. (2016). Informed consent in the medical care of transgender and gender-nonconforming patients. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1147-1155. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.11.sect1-1611>
- Celentano, D. D. et Szklo, M. (2019). *Gordis Epidemiology*. Elsevier, Inc.
- Census Organization of India. (2015). Population Census 2011. <https://www.census2011.co.in>
- Center of Excellence for Transgender Health. (2016). *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People, 2nd edition*. Center of Excellence for Transgender Health, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>.
- Centers for Disease Control. (2020). Transforming Health: Patient-Centered HIV Prevention and Care: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/transforming-health/health-care-providers/sexual-history.html>.
- Centers for Disease Control. (2021). Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States – 2021 Update Clinical Practice Guideline. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2021.pdf>
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2010). *Toolkit Part 11: Guidelines for Translation*. <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/ToolkitPart11>
- Chadwick, S. B., Francisco, M., van Anders, S. M., (2019). When orgasms do not equal pleasure: Accounts of “bad” orgasm experiences during consensual sexual encounters. *Archives of Sexual Behavior*, 48, 2435–2459. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01527-7>
- Chan, K. J., Liang J. J., Jolly, D., Weinand, J. D. et Safer J. D. (2018). Exogenous testosterone does not induce or exacerbate the metabolic features associated with PCOS among transgender men. *Endocrine Practice* 24(6), 565-572. <https://doi.org/10.4158/EP-2017-0247>.
- Chang, J., Brown, S. K., Hu, S., Sivakumar, G., Sataluri, M., Goldberg, L., Courey, M. S. (2021). Effect of Wendler glottoplasty on acoustic measures of voice. *Laryngoscope*. 131(3), 583-586. <https://doi.org/10.1002/lary.28764>
- Chantrapanichkul, P., Stevenson, M. O., Suppakitjanusant, P., Goodman, M. et Tangpricha, V. (2021). Serum hormone concentrations in transgender individuals receiving gender-affirming hormone therapy: A longitudinal retrospective cohort Study. *Endocrine Practice*, 27(1), 27-33. <https://doi.org/10.4158/EP-2020-0414>
- Charter, R. (2018). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 64-77. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1399496>

- Chase, C. (2003). What is the agenda of the intersex patient advocacy movement? *The Endocrinologist*, 13(3), 240–242.
<https://doi.org/10.1097/01.ten.0000081687.21823.d4>
- Chen, D., Abrams, M., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M. et Hidalgo, M. A. (2021). Psychosocial characteristics of transgender youth seeking gender-affirming medical treatment: Baseline findings from the trans youth care study. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1104–1111.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.033>
- Chen, D., Hidalgo, M. A., Leibowitz, S., Leininger, J., Simons, L., Finlayson, C. et Garofalo, R. (2016). Multidisciplinary care for gender-diverse youth: A narrative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Health*, 1(1), 117–123. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0009>
- Chen, D., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Finlayson, C. A. et Woodruff, T. K. (2019). Factors affecting fertility decision-making among transgender adolescents and young adults. *LGBT Health*, 6(3), 107–115.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0250>
- Chen, D., Matson, M., Macapagal, K., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Fisher, C. B. et Mustanski, B. (2018). Attitudes toward fertility and reproductive health among transgender and gender-nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 63(1), 62–68.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.306>
- Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A. et Finlayson, C. (2017). Fertility preservation for transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health* 61(1), 120–123
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.022>
- Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., Steinberg, L., Sisk, C. L., Ross, J., Paus, T., Mueller, S. C., McCarthy, M. M., Micevych, P. E., Martin, C. L., Kreukels, B. P. C., Kenworthy, L., Herting, M. M., Herlitz, A., Haraldsen, I. R. J. H. et Dahl, R. (2020). Consensus parameter: Research methodologies to evaluate neurodevelopmental effects of pubertal suppression in transgender youth. *Transgender Health*, 5(4), 246–257.
<https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0006>
- Chen, M., Fuqua, J. et Eugster, E. A. (2016). Characteristics of referrals for gender dysphoria over a 13-year period. *Journal of Adolescent Health*, 58(3), 369–371.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.010>
- Chen, S. et Loshak, H. (2020). *Primary Care Initiated Gender-Affirming Therapy for Gender Dysphoria: A Review of Evidence Based Guidelines: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563451/>
- Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A. et Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 209–218.
<https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.09>
- Cheung, A.S., Wynne, K., Erasmus, J., Murray, S. et Zajac, J.D. (2019). Position statement on the hormonal management of adult transgender and gender diverse individuals. *Medical Journal of Australia*. 211(3):127–33.
<https://doi.org/10.5694/mja2.50259>
- Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T. et Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: A systematic review. *Pediatrics*, 141(4), e20173742.
<https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742>
- Chew, D., Tollit, M.A., Poulakis, Z., Zwickl, S., Cheung, A.S. et Pang, K.C. (2020). Youths with a non-binary gender identity: A review of their sociodemographic and clinical profile. *Lancet Child Adolescent Health* 4, 322–330.
[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30403-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30403-1)
- Chiland, C., Clouet, A. M., Golse, B., Guinot, M. et Wolf, J. P. (2013). A new type of family: Transmen as fathers thanks to donor sperm insemination. A 12-year follow-up exploratory study of their children. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(6), 365–370.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.07.001>
- Chiniara, L. N., Viner, C., Palmert, M. et Bonifacio, H. (2019). Perspectives on fertility preservation and parenthood among transgender youth and their parents. *Archives of Disease in Childhood*, 104(8), 739–744.
<http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2018-316080>
- Chinn, P. (2013). Commentary lesbian, gay, bisexual and transgender health: Disparities we can change. *Nurse Educator*, 38(3), 94–95.
<https://doi.org/10.1097/NNE.0b013e31828dc235>
- Chipkin, S. R. et Kim, F. (2017). Ten most important things to know about caring for transgender patients. *American Journal of Medicine*, 130(11),

- 1238–1245.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.06.019>
- Chisolm-Straker, M., Willging, C., Daul, A. D., McNamara, S., Sante, S. C., Shattuck, D. G. et Crandall, C. S. (2018). Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: What physicians know, think, and do. *Annals of Emergency Medicine*, 71(2), 183-188. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.09.042>
- Chlebowski, R. T., Anderson, G. L., Aragaki, A. K., Manson, J. E., Stefanick, M. L., Pan, K., Barrington, W., Kuller, L. H., Simon, M. S., Lane, D., Johnson, K. C., Rohan, T. E., Gass, M., Cauley, J. A., Paskett, E. D., Sattari, M. et Prentice, R. L. (2020). Association of Menopausal Hormone Therapy With Breast Cancer Incidence and Mortality During Long-term Follow-up of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA*, 324(4), 369–380. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.9482>
- Chrisler, J. C., Gorman, J. A., Manion, J., Murgo, M., Barney, A., Adams-Clark, A., Newton, J. R. et McGrath, M. (2016). Queer periods: Attitudes toward and experiences with menstruation in the masculine of centre and transgender community. *Culture, Health & Sexuality*, 18(11), 1238-1250. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1182645>
- Chumakov, E. M., Ashenbrenner, Y. V., Petrova, N. N., Zastrozhin, M. S., Azarova, L. A. et Limankin, O. V. (2021). Anxiety and depression among transgender people: Findings from a cross-sectional online survey in Russia. *LGBT Health*, 8(6), 412-419. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0464>
- Cipres, D., Seidman, D., Cloniger, C., 3rd, Nova, C., O'Shea, A. et Obedin-Maliver, J. (2017). Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco. *Contraception*, 95(2), 186-189. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.09.005>
- Cirrincone, L. R., Senneker, T., Scarsi, K. K. et Tseng, A. (2020). Drug interactions with gender-affirming hormone therapy: Focus on antiretrovirals and direct acting antivirals. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 16(7), 565-581. <https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1777278>
- Claes, K. E. Y., D'Arpa, S. et Monstrey, S. J. (2018). Chest surgery for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 369-380. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.010>
- Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M. et Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in transsexualism: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning and perceived social support. *Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 168-79. <https://doi.org/10.1111/jsm.12711>
- Clark, B. A., Marshall, S. K. et Saewyc, E. M. (2020). Hormone therapy decision-making processes: Transgender youth and parents. *Journal of Adolescence*, 79, 136–147. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.016>
- Clark, B.A., Veale, J. F., Townsend, M., Frohard-Dourlent, H. et Saewyc, E. (2018). Non-binary youth: Access to gender-affirming primary health care. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 158-169. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1394954>
- Clark, K. A., White Hughto, J. M. et Pachankis, J. E. (2017). "What's the right thing to do?" Correctional healthcare providers' knowledge, attitudes and experiences caring for transgender inmates. *Social Science & Medicine (1982)*, 193, 80–89. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1016/j.socscimed.2017.09.052>
- Clark, T. C., Lucassen, M. F., Bullen, P., Denny, S. J., Fleming, T. M., Robinson, E. M. et Rossen, F. V. (2014). The health and well-being of transgender high school students: Results from the New Zealand adolescent health survey (Youth'12). *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.008>
- Clements-Nolle, K., Guzman, R. et Harris, S. G. (2008). Sex trade in a male-to-female transgender population: Psychosocial correlates of inconsistent condom use. *Sexual Health*, 5(1), 49-54. <https://doi.org/10.1071/SH07045>
- Cocchetti, C., Ristori, J., Mazzoli, F., Prunas, A., Bertelloni, S., Magini, A., Vignozzi, L., Maggi, M. et Fisher, A. D. (2020). 5 α -Reductase-2 deficiency: Is gender assignment recommended in infancy? Two case-reports and review of the literature. *Journal of Endocrinological Investigation*, 43(8), 1131–1136. <https://doi.org/10.1007/s40618-020-01193-w>
- Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M. et Fisher, A. D. (2020). Hormonal treatment strategies tailored to non-binary transgender individuals. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1609. <https://doi.org/10.3390/jcm9061609>

- Cohanzad, S. (2016). Extensive metoidioplasty as a technique capable of creating a compatible analogue to a natural penis in female transsexuals. *Aesthetics in Plastic Surgery*, 40(1), 130-138. <https://doi.org/10.1007/s00266-015-0607-4>
- Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Gender change in 46,XY persons with 5 α -reductase-2 deficiency and 17 β -hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399-410. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4>
- Cohen-Kettenis, P. T., Owen, A., Kaijser, V. G., Bradley, S. J. et Zucker, K. J. (2003). Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(1), 41-53. <https://doi.org/10.1023/a:1021769215342>
- Cohen-Kettenis, P. T. et Pfäfflin, F. (2009). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499-513. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9562-y>
- Cohen-Kettenis, P. T. et van Goozen, S. H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263-271. <https://doi.org/10.1097/00004583-199702000-00017>
- Colebunders, B., Brondeel, S., D'Arpa, S., Hoebeke, P. et Monstrey, S. (2017). An update on the surgical treatment for transgender patients. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.08.001>
- Colebunders, B., T'Sjoen, G., Weyers, S. et Monstrey, S. (2014). Hormonal and surgical treatment in trans-women with BRCA1 mutations: A controversial topic. *Journal of Sexual Medicine*, 11(10), 2496-2499. <https://doi.org/10.1111/jsm.12628>
- Coleman, E., Allen, M. P. et Ford, J. V. (2018). Gender variance and sexual orientation among male spirit mediums in Myanmar. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 987-998. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1172-0>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., Lev, A. I., Mayer, G., Meyer-Bahlburg, H., Hall, B. P., Pfäfflin, F., Rachlin, K., Robinson, B., Schechter, L. S., Tangpricha, V., van Trotsenburg, M., Vitale, A., Winter, S., Whittle, S., Wylie, K. R. et Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Colizzi, M., Costa, R., Pace, V. et Todarello, O. (2013). Hormonal treatment reduces psychobiological distress in gender identity disorder, independently of the attachment style. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3049-3058. <https://doi.org/10.1111/jsm.12155>
- Colizzi, M., Costa, R. et Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.09.029>
- Colizzi, M., Costa, R. et Todarello, O. (2015). Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: Is the elevated prevalence real? *Psychiatry Research*, 226(1), 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.045>
- Collin, L., Reisner, S. L., Tangpricha, V. et Goodman, M. (2016). Prevalence of transgender depends on the "case" definition: A systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 613-626. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>
- Colton Meier, S. L., Fitzgerald, K. M., Pardo, S. T. et Babcock, J. (2011). The effects of hormonal gender affirmation treatment on mental health in female-to-male transsexuals. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(3), 281-299. <https://doi.org/10.1080/19359705.2011.581195>
- Colvin, C. J., Fairall, L., Lewin, S., Georgeu, D., Zwarenstein, M., Bachmann, M., Uebel, K. E. et Bateman, E. D. (2010). Expanding access to ART in South Africa: The role of nurse-initiated treatment Lessons from the STRETCH trial in the Free State. *South African Medical Journal*, 100(4), 210. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-75>
- Comite, F., Cutler, G. B., Jr., Rivier, J., Vale, W. W., Loriaux, D. L. et Crowley, W. F., Jr. (1981). Short-term treatment of idiopathic precocious puberty with a long-acting analogue of luteinizing hormone-releasing hormone. A preliminary report. *New England Journal of Medicine*, 305(26), 1546-1550. <https://doi.org/10.1056/nejm198112243052602>
- Comparison of State Correctional Policies in the United States. *Sexuality Research and Social*

- Policy*, 16(4), 393–407.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9>
- Conlin, S. E., Douglass, R. P., Larson-Konar, D. M., Gluck, M. S., Fiume, C. et Heesacker, M. (2019). Exploring nonbinary gender identities: A qualitative content analysis. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 13(2), 114–133.
<https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1597818>
- Connelly, P. J., Clark, A., Touyz, R. M. et Delles, C. (2021). Transgender adults, gender-affirming hormone therapy and blood pressure: A systematic review. *Journal of Hypertension*, 39(2), 223–230.
<https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1097/HJH.0000000000002632>
- Connelly, P. J., Marie Freel, E., Perry, C., Ewan, J., Touyz, R. M., Currie, G. et Delles, C. (2019). Gender-affirming hormone therapy, vascular health and cardiovascular disease in transgender adults. *Hypertension*, 74(6), 1266–1274.
<https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13080>
- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S. et Landers, S. J. (2012). Transgender health in Massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *American Journal of Public Health*, 102(1), 118–122.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300315>
- Cook-Daniels, L. (2016). *Understanding Transgender Elders*. In D.A. Harley et P.B. Tester, *Handbook of LGBT Elders* (pp. 285–308). Springer.
- Coolhart, D. (2018). Helping families move from distress to resilience. Dans C.E. Keo-Meier et D.E. Ehrensaft (éds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association.
<https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Coolhart, D., Ritenour, K. et Grodzinski, A. (2017). Experiences of ambiguous loss for parents of transgender male youth: A phenomenological exploration. *Contemporary Family Therapy*, 40(1), 28–41. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9426-x>
- Coon, D., Tuffaha, S., Christensen, J. et Bonawitz, S. C. (2013). Plastic surgery and smoking: A prospective analysis of incidence, compliance, and complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 131(2), 385–391.
<https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318277886a>
- Cornwall, A. et Jolly, S. (2006). Introduction: Sexuality matters. *IDS Bulletin*, 37(5), 1–11.
<https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2006.tb00295.x>
- Corrective Services New South Wales. (2015). “Section 7.23 Management of transgender and intersex inmates”, Operations Procedures Manual, Sydney, NSW
- Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., Cardoso, D., Soll, B., Schwarz, K., Schneider, M. A., Gagliotti, D. A. M., Saadeh, A., Lobato, M. I. R., Nard, H. C. et Koller, S. H. (2018). Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 115–123.
<https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7>
- Costa, L. B. F., Rosa-e-Silva, A. C. J. D. S., Medeiros, S. F. D., Nacul, A. P., Carvalho, B. R. D., Benetti-Pinto, C. L., Ylea, D. A., Maciel, Soares, J. M. et Maranhão, T. M. D. O. (2018). Recommendations for the use of testosterone in male transgender. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 275–280. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657788>.
- Costa, R., Carmichael, P. et Colizzi, M. (2016). To treat or not to treat: Puberty suppression in childhood-onset gender dysphoria. *Nature Reviews. Urology*, 13(8), 456–462.
<https://doi.org/10.1038/nrurol.2016.128>
- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P. et Colizzi, M. (2015). Psychological support, puberty suppression, and psychosocial functioning in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2206–2214.
<https://doi.org/10.1111/jsm.13034>
- Cosyns, M., Van Borsel, J., Wierckx, K., Dedeker, D., Van de Peer, F., Daelman, T., Laenen, S. et T’Sjoen, G. (2014). Voice in female-to-male transsexual persons after long-term androgen therapy. *The Laryngoscope*, 124(6), 1409–1414.
<https://doi.org/10.1002/lary.24480>
- Craig, S.L., Austin, A., 2016. The AFFIRM open pilot feasibility study: A brief affirmative cognitive behavioral coping skills group intervention for sexual and gender minority youth. *Children and Youth Services Review* (64), 136–144.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.022>
- Craig, S. L., Austin, A., Rashidi, M. et Adams, M. (2017). Fighting for survival: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning students in religious colleges and

- universities. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 29(1), 1–24.
<https://doi.org/10.1080/10538720.2016.1260512>
- Crerand, C. E., Kapa, H. M., Litteral, J. L., Nahata, L., Combs, B., Indyk, J. A., Jayanthi, V. R., Chan, Y. M., Tishelman, A. C. et Hansen-Moore, J. (2019). Parent perceptions of psychosocial care for children with differences of sex development. *Journal of Pediatric Urology*, 15(5), 522.e1–522.e8.
<https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2019.06.024>
- Crissman, H. P., Berger, M. B., Graham, L. F. et Dalton, V. K. (2017). Transgender demographics: A household probability sample of US adults, 2014. *American Journal of Public Health*, 107(2), 213–215.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571>
- Crissman, H. P., Warner, L., Gardner, M., Carr, M., Schast, A., Quittner, A. L., Kogan, B. et Sandberg, D. E. (2011). Children with disorders of sex development: A qualitative study of early parental experience. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1), 10.
<https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-10>
- Crocetti, D., Monro, S., Vecchietti, V. et Yeadon-Lee, T. (2020). Towards an agency-based model of intersex, variations of sex characteristics (VSC) and DSD/dsd health. *Culture, Health & Sexuality*, 23(4), 500–515.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1825815>
- Crouch, N. S. et Creighton, S. M. (2014). Transition of care for adolescents with disorders of sex development. *Nature Reviews Endocrinology*, 10(7), 436–442.
<https://doi.org/10.1038/nrendo.2014.62>
- Cull, M. L. et Simmonds, M. (2010). Importance of support groups for intersex (disorders of sex development) patients, families and the medical profession. *Sexual Development*, 4(4–5), 310–312.
<https://doi.org/10.1159/000313889>
- D’Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T. et Clarke, P. (2021). One size does not fit all: In support of psychotherapy for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), 7–16. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>
- Dacakis, G. (2000). Long-term maintenance of fundamental frequency increases in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 14(4), 549–556. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(00\)80010-7](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(00)80010-7)
- Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S. et Meads, C. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: Systematic review and quality assessment. *BMJ Open*, 11(4), e048943. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048943>
- Dalke, K. B., Baratz, A. B. et Greenberg, J. A. (2020). Protecting children with intersex traits: Legal, ethical, and human rights considerations. *The Plasticity of Sex*, 207–224.
<https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815968-2.00010-4>
- Damrose, E. J. (2008). Quantifying the impact of androgen therapy on the female larynx. *Auris, Nasus, Larynx*, 36(1), 110–112.
<https://doi.org/10.1016/j.anl.2008.03.002>
- Danon, L. M. et Krämer, A. (2017). Between concealing and revealing intersexed bodies: Parental strategies. *Qualitative Health Research*, 27(10), 1562–1574.
<https://doi.org/10.1177/1049732317697100>
- Darwin, H. (2020). Challenging the cisgender/transgender binary: Nonbinary people and the transgender label. *Gender & Society*, 34(3), 357–380.
<https://doi.org/10.1177/0891243220912256>
- Davey, A., Arcelus, J., Meyer, C. et Bouman, W. P. (2016). Self-injury among trans individuals and matched controls: Prevalence and associated factors. *Health & Social Care in the Community*, 24(4), 485–494. <https://doi.org/10.1111/hsc.12239>
- Davey, A., Bouman, W.P., Arcelus, J., Meyer, C. (2014). Social support and psychological wellbeing: A comparison of patients with gender dysphoria and matched controls. *Journal of Sexual Medicine*, 11(12), 2976–2985.
<https://doi.org/doi:10.1111/jsm.12681>
- Davey, A., Bouman, W. P., Meyer, C. et Arcelus, J. (2015). Interpersonal functioning among individuals with gender dysphoria. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1173–1185.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22209>
- Davies, S., Papp, V. G. et Antoni, C. (2015). Voice and communication change for gender nonconforming individuals: Giving voice to the person inside. *International Journal of Transgenderism*, 16(3), 117–159.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1075931>
- Davis, S. A. et Colton Meier, S. (2014). Effects of testosterone treatment and chest reconstruction surgery on mental health and sexuality in female-to-male transgender people. *International Journal of Sexual Health*, 26(2), 113–128.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2013.833152>
- Day, J. K., Perez-Brumer, A. et Russell, S. T. (2018). Safe schools? Transgender youth’s school

- experiences and perceptions of school climate. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(8), 1731–1742. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0866-x>
- de Blok, C. J. M., Dijkman, B. A. M., Wiepjes, C. M., Staphorsius, A. S., Timmermans, F. W., Smit, J. M., Dreijerink, K. M. A. et den Heijer, M. (2021). Sustained breast development and breast anthropometric changes in 3 years of gender-affirming hormone treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(2), e782-e790. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa841>
- de Blok, C. J. M., Klaver, M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G. et den Heijer, M. (2018). Breast development in transwomen after 1 year of cross-sex hormone therapy: Results of a prospective multicenter study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(2), 532-538. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01927>
- de Blok, C. J. M., Staphorsius, A. S., Wiepjes, C. M., Smit, J. M., Nanayakkara, P. W. B. et den Heijer, M. (2020). Frequency, determinants, and satisfaction of breast augmentation in trans women receiving hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(2), 342-348. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.021>
- De Cuypere, G. et Vercruyssen, H. (2009). Eligibility and readiness criteria for sex reassignment surgery: Recommendations for revision of the WPATH standards of care. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 194-205. <https://doi.org/10.1080/15532730903383781>
- de Freitas, L. D., Leda-Rego, G., Bezerra-Filho, S. et Miranda-Scippa, A. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 74(2), 99-104. <https://doi.org/10.1111/pcn.12947>
- de Graaf, N. M., Carmichael, P., Steensma, T. D. et Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Gender Identity Development Service in London (2000–2017). *The Journal of Sexual Medicine*, 15(10), 1381-1383. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002>
- de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C. et Carmichael, P. (2018). Sex ratio in children and adolescents referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1301–1304. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1204-9>
- de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C., Wasserman, L., Wood, H. et Zucker, K. J. (2020). Suicidality in clinic-referred transgender adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9>
- De Los Reyes, A., Ohannessian, C. M. et Racz, S. J. (2019). Discrepancies between adolescent and parent reports about family relationships. *Child Development Perspectives*, 13(1), 53-58. <https://doi.org/10.1111/cdep.12306>
- de Nie, I., Meißner, A., Kosteljik, E. H., Soufan, A. T., Voorn-de Warem, I. A. C., den Heijer, M., Huirne, J. et van Mello, N. M. (2020). Impaired semen quality in trans women: Prevalence and determinants. *Human Reproduction*, 35(7), 1529-1536. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa133>
- de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A., Russo, G. I. et the, E. A. U. Y. A. U. M. s. H. W. g. (2021). Patterns of sexual behavior and psychological processes in asexual persons: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(6), 641-651. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0336-3>
- de Roo, C., Lierman, S., Tilleman, K., Peynshaert, K., Braeckmans, K., Caanen, M., Lambalk, C. B., Weyers, S., T'Sjoen, G., Cornelissen, R. et De Sutter, P. (2017). Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: Insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment. *Reproductive Biomedicine Online*, 34(6), 557-566. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2017.03.008>
- de Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G. et De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 112–119. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275>
- De Sutter, P., Kira, K., Verschoor, A. et Hotimsky (2002). The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: A survey. *International Journal of Transgenderism*, 6(3), 3–97. <https://doi.org/2003-08360-002>
- de Vries, A. L. C. et Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301–320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. et Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender

- identity development and its clinical implications. *Pediatric Endocrinology Reviews*, 4(4), 343-351.
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D. et Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1195-1202. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>
- de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H. et Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696-704. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>
- de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A. et Doreleijers, T. A. (2010). Autism Spectrum Disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930-936. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
- de Vries, A. L. C., Richards, C., Tishelman, A. C., Motmans, J., Hannema, S. E., Green, J. et Rosenthal, S. M. (2021). Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Weighing current knowledge and uncertainties in decisions about gender-related treatment for transgender adolescents. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 1-8. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1904330>
- de Vries, A. L. C., Roehle, R., Marshall, L., Frisén, L., van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Bouvattier, C., Köhler, B., Thyen, U., Nordenström, A., Rapp, M. et Cohen-Kettenis, P. T. (2019). Mental health of a large group of adults with disorders of sex development in six European countries. *Psychosomatic Medicine*, 81(7), 629-640. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000718>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T., VanderLaan, D. P. et Zucker, K. J. (2015). Poor peer relations predict parent- and self-reported behavioral and emotional problems of adolescents with gender dysphoria: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 579-588. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0764-7>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. et Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276-2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- de Vries, E., Kathard, H. et Müller, A. (2020). Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? *BMC Medical Education*, 20(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1963-6>
- Deebel, N. A., Morin, J. P., Autorino, R., Vince, R., Grob, B. et Hampton, L. J. (2017). Prostate cancer in transgender women: Incidence, etiopathogenesis, and management challenges. *Urology*, 110, 166-171. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.08.032>
- Defreyne, J., Elaut, E., Kreukels, B., Fisher, A. D., Castellini, G., Staphorsius, A. et T'Sjoen, G. (2020). Sexual desire changes in transgender individuals upon initiation of hormone treatment: Results from the longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 812-825. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.020>
- Defreyne, J., Motmans, J. et T'Sjoen, G. (2017). Healthcare costs and quality of life outcomes following gender affirming surgery in trans men: A review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 17(6), 543-556. <https://doi.org/10.1080/14737167.2017.1388164>
- Defreyne, J., Nota, N., Pereira, C., Schreiner, T., Fisher, A. D., den Heijer, M. et T'Sjoen, G. (2017). Transient elevated serum prolactin in trans women is caused by Cyproterone Acetate treatment. *LGBT Health*, 4(5), 328-336. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0190>
- Defreyne, J., Van de Bruaene, L. D., Rietzschel, E., Van Schuylenbergh, J. et T'Sjoen, G. G. (2019). Effects of gender-affirming hormones on lipid, metabolic, and cardiac surrogate blood markers in transgender persons. *Clinical Chemistry*, 65(1), 119-134. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2018.288241>
- Defreyne, J., Van Schuylenbergh, J., Motmans, J., Tilleman, K. L. et T'Sjoen, G. G. (2020). Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertility and Sterility* 113(1), 149-157. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.002>
- Defreyne, J., Vantomme, B., Van Caenegem, E., Wierckx, K., De Blok, C. J. M., Klaver, M. et T'Sjoen, G. (2018). Prospective evaluation of hematocrit in gender-affirming hormone treatment: Results from European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *Andrology*, 6(3), 446-454. <https://doi.org/10.1111/andr.12485>
- Dekker, M. J., Wierckx, K., Van Caenegem, E., Klaver, M., Kreukels, B. P., Elaut, E. et T'Sjoen,

- G. (2016). A European Network for the Investigation of Gender Incongruence: Endocrine part. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 994–999. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.371>
- del Río-González, A. M., Zea, M. C., Flórez-Donado, J., Torres-Salazar, P., Abello-Luque, D., García-Montaña, E. A., García-Roncallo, P. A. et Meyer, I. H. (2021). Sexual orientation and gender identity change efforts and suicide morbidity among sexual and gender minority adults in Colombia. *LGBT health*, 8(7), 463–472. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0490>
- Delemarre-van de Waal, H. A. et Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(suppl. 1), S131–S137. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>
- Delimata, N., Simmonds, M., O'Brien, M., Davis, G., Auchus, R. et Lin-Su, K. (2018). Evaluating the term ‘disorders of sex development’: A multidisciplinary debate. *Social Medicine*, 12(1):98–107.
- Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S. et Chen, D. (2020). Health disparities in transgender and gender expansive adolescents: A topical review from a minority stress framework. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(8), 842–847. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa040>
- Demeestere, I., Simon, P., Dedeken, L., Moffa, F., Tsépididis, S., Brachet, C., Delbaery, A., Devreker, A. F. et Ferster, A. (2015). Live birth after autograft of ovarian tissue cryopreserved during childhood. *Human Reproduction*, 30(9), 2107–2109. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev128>
- Denby, K. J., Cho, L., Toljan, K., Patil, M. et Ferrando, C. A. (2021). Assessment of cardiovascular risk in transgender patients presenting for gender-affirming care. *The American Journal of Medicine*, 134(8), 1002–1008. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.02.031>
- Department of Health and Human Services. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019) *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. Transgender People and HIV*. <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>
- Dessens, A. B., Slijper, F. M. E. et Drop, S. L. S. (2005). Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389–397. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-4338-5>
- Deuster, D., Di Vincenzo, K., Szukaj, M., Am Zehnhoff-Dinnesen, A. et Dobel, C. (2016). Change of speech fundamental frequency explains the satisfaction with voice in response to testosterone therapy in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(8), 2127–2131. <https://doi.org/10.1007/s00405-016-4043-0>
- Deuster, D., Matulat, P., Knief, A., Zitzmann, M., Rosslau, K., Szukaj, M., Dinnesen, A. et Schmidt, C. M. (2016). Voice deepening under testosterone treatment in female-to-male gender dysphoric individuals. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 273(4), 959–965. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3846-8>
- Deutsch, M. B. (2011). Use of the informed consent model in the provision of cross-sex hormone therapy: A survey of the practices of selected clinics. *International Journal of Transgenderism*, 13, 140–146. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.675233>
- Deutsch, M. B. (2016a). *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people* (2nd ed.). San Francisco, CA: University of California, San Francisco, Department of Family and Community Medicine Center of Excellence for Transgender Health. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>
- Deutsch, M. B. (2016b). Gender-affirming surgeries in the era of insurance coverage: developing a framework for psychosocial support and care navigation in the perioperative period. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(2), 386–391. <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0092>
- Deutsch, M. B., Bhakri, K. et Kubicek, K. (2015). Effects of cross-sex hormone treatment on transgender women and men. *Obstetric Gynecology*, 125(3), 605–610. <https://doi.org/10.1097/>
- Deutsch, M. B., Glidden, D. V., Sevelius, J., Keatley, J., McMahan, V. et Guanira, J., (2015). HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: A subgroup analysis of the iPrEx trial. *The Lancet HIV*, 2(12), e512–e9. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00206-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00206-4)
- Devor, A. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Mental*

- Health*, 8(1), 41–67.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2004.9962366>
- DeVita, T., Bishop, C. et Plankey, M. (2018). Queering medical education: systematically assessing LGBTQI health competency and implementing reform. *Medical Education Online*, 23(1), 1510703.
<https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1510703>
- Dharma, C., Scheim, A. I. et Bauer, G. R. (2019). Exploratory factor analysis of two sexual health scales for transgender people: Trans-specific condom/barrier negotiation self-efficacy (T-barrier) and trans-specific sexual body image worries (T-worries). *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1563–1572. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1383-4>
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N. et Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PloS One*, 6(2), e16885.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G. et Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44–57.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>
- Dick, B. et Ferguson, B. J. (2015). Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 3–6.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260>
- Dierckx, M., Mortelmans, D. et Motmans, J. (2019). Role ambiguity and role conflict among partners of trans people. *Journal of Family Issues*, 40(1), 85–110.
<https://doi.org/10.1177/0192513x18800362>
- Din-Dzietham, R., Nembhard, W. N., Collins, R. et Davis, S. K. (2004). Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. The metro Atlanta heart disease study, 1999–2001. *Social Science & Medicine*, 58(3), 449–461.
[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00211-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00211-9)
- Dizon, D. S., Tejada-Berges, T., Koelliker, S., Steinhoff, M. et Granai, C. O. (2006). Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 62(4), 226–228.
<https://doi.org/10.1159/000094097>
- Djordjevic, M. L., Majstorovic, M., Stanojevic, D., Bizic, M., Ducic, S., Kojovic, V. et Perovic, S. (2008). One-stage repair of severe hypospadias using combined buccal mucosa graft and longitudinal dorsal skin flap. *European Journal of Pediatric Surgery*, 18(6), 427–430.
<https://doi.org/10.1055/s-2008-1038929>
- Do, T. T., Nguyen, T. V. A., Vu, X. T. et Nguyen, T. P. T. (2018). Seeking healthcare as a transgender woman in Vietnam: Access barriers and the situation of hormone use. *Regional Journal of Southeast Asian Studies*, 3,2,30–58.
<http://www.rjseas.org/journalview/5>
- Do, T. T. et Van Nguyen, A. T. (2020). ‘They know better than we doctors do’: providers’ preparedness for transgender healthcare in Vietnam. *Health Sociology Review*, 29(1), 92–107.
<https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1715814>
- Donaldson, M. S., Yordy, K. D., Lohr, K. N. et Vanselow, N.A. (1996). *Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care; Primary care: America’s health in a new era*. National Academies Press (US).
- Donnez, J. et Dolmans, M. M. (2015). Ovarian cortex transplantation: 60 reported live births brings the success and worldwide expansion of the technique towards routine clinical practice. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 32(8), 1167–1170. <https://doi.org/10.1007/s10815-015-0544-9>
- Downing, J. M. et Przedworski, J. M. (2018). Health of transgender adults in the U.S., 2014–2016. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(3), 336–344. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1016/j.amepre.2018.04.045>
- Dragon, C. N., Guerino, P., Ewald, E. et Laffan, A. M. (2017). Transgender Medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health*, 4(6), 404–411.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0208>
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T. et Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: Controversies, proposal, and rationale. *The Lancet. Psychiatry*, 3(3), 297–304.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6)
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. et Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568–577.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2012.741575>
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M. et Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34–45.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>

- DSD-TRN – Differences or Disorders of Sex Development Translational Research Network.* (n.d.). <http://dsdtrn.org/>.
- Du Bois, S. N., Yoder, W., Guy, A. A., Manser, K. et Ramos, S. (2018). Examining associations between state-level transgender policies and transgender health. *Transgender Health*, 3(1), 220-224. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0031>
- Dubin, S. N., Nolan, I. T., Streed, C. G. Jr., Greene, R. E., Radix, A. E. et Morrison, S. D. (2018). Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness. *Advances in Medical Education and Practice*, 9, 377-91. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S147183>
- Dubin, S., Lane, M., Morrison, S., Radix, A., Belkind, U., Vercler, C. et Inwards-Breland, D. (2020). Medically assisted gender affirmation: When children and parents disagree. *Journal of Medical Ethics*, 46(5), 295–299. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105567>
- Duby, Z., Hartmann, M., Mahaka, I., Munaiwa, O., Nabukeera, J., Vilakazi, N., Mthembu, F., Colvin, C. J., Mensch, B. et van der Straten, A. (2015). Lost in Translation: Language, terminology, and understanding of penile–anal intercourse in an HIV prevention trial in South Africa, Uganda, and Zimbabwe. *The Journal of Sex Research*, 53(9), 1096–1106. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1069784>
- Duranteau, L., Rapp, M., van de Grift, T. C., Hirschberg, A. L. et Nordenskjöld, A. (2021). Participant- and clinician-reported long-term outcomes after surgery in individuals with complete androgen insensitivity syndrome. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2), 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.11.012>
- Durwood, L., Eisner, L., Fladeboe, K., Ji, C. G., Barney, S., McLaughlin, K. A. et Olson, K. R. (2021). Social support and internalizing psychopathology in transgender youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(5), 841-854. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01391-y>
- Durwood, L., Kivalanka, K.A., Kahn-Samuels, S., Jordan, A.E., Rubin, J.D., Schnelzer, P., Devor, A.H. et Olson, K.R. (2022). Retransitioning: The experiences of youth who socially transition genders more than once, *International Journal of Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2085224>
- Durwood, L., McLaughlin, K. A. et Olson, K. R. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.10.016>
- Dy, G. W., Granieri, M. A., Fu, B. C., Vanni, A. J., Voelzke, B., Rourke, K. F., Elliott, S. P., Nikolavsky, D. et Zhao, L. C. (2019). Presenting complications to a reconstructive urologist after masculinizing genital reconstructive surgery. *Urology*, 132, 202-206. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.04.051>
- Dyer, C. (2020). Children are “highly unlikely” to be able to consent to taking puberty blockers, rules High Court. *BMJ*, m4699. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4699>
- Eckstrand, K. L., Potter, J., McCauley, E. et Brinkley-Rubinstein, L. (2017). *Institutionalization and Incarceration of LGBT Individuals*. Dans K.L. Eckstrand et J. Potter (éds), *Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients What Every Healthcare Provider Should Know* (pp. 149–165). Springer International Publishing.
- Ediati A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Dessens, A. (2017). Ediati, A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Okkerse, J., Wisniewski, A., Drop, S., Faradz, S. M. H. et Dessens, A. (2017). Social stigmatisation in late identified patients with disorders of sex development in Indonesia. *BMJ Paediatrics Open*, 1(1), e000130. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2017-000130>
- Edmiston, E. K., Donald, C. A., Sattler, A. R., Peebles, J. K., Ehrenfeld, J. M. et Eckstrand, K. L. (2016). Opportunities and gaps in primary care preventative health services for transgender patients: a systematic review. *Transgender Health*, 1(1), 216-230. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0019>
- Edmo v. Idaho Department of Corrections, Corizon, Inc. et al.; case number 1:17-cv-151-BLW, 2020.
- Edwards-Leeper, L., Feldman, H.A., Lash, B.R., Shumer, D.E. et Tishelman, A.C. (2017). Psychological profile of the first sample of transgender youth presenting for medical intervention in a U.S. pediatric gender center. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 374-382.
- Edwards-Leeper, L., Leibowitz, S. et Sangganjanavanich, V. F. (2016). Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 165–172. <https://doi.org/10.1037/sgd0000167>

- Edwards-Leeper, L. et Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 321–336.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653302>
- Efstathiou, E., Davis, J. W., Pisters, L., Li, W., Wen, S., McMullin, R. P., Gormley, M., Ricci, D., Titus, M., Hoang, A., Zurita, A. J., Tran, N., Peng, W., Kheoh, T., Molina, A., Troncoso, P. et Logothetis, C. J. (2019). Clinical and biological characterisation of localised high-risk prostate cancer: Results of a randomised preoperative study of a luteinising hormone-releasing hormone agonist with or without abiraterone acetate plus prednisone. *European Urology*, 76(4), 418–424.
<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.05.010>
- Eftekhar Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z., Moradi, Y. et Baradaran, H. R. (2020). Quality of life in people with transsexuality after surgery: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 264.
<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01510-0>
- Ehrensaft, D. (2016), *The Gender Creative Child: Pathways for Nurturing and Supporting Children who Live Outside Gender Boxes*. The Experiment
- Ehrensaft, D. (2018). Exploring gender expansive expressions. Dans C.E. Keo-Meier et D.E. Ehrensaft (éds), *The Gender Affirmative Model: An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*. American Psychological Association.
- Ehrensaft, D., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A. C. et Keo-Meier, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn - A view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 251–268.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649>
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G. et Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), 521–526.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014>
- Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Rider, G. N., Gower, A. L. et Coleman, E. (2020). "It's kind of hard to go to the doctor's office if you're hated there." A call for gender-affirming care from transgender and gender diverse adolescents in the United States. *Health & Social Care in the Community*, 28(3), 1082–1089.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12941>
- Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Murad, M. H., Erwin, P. J. et Montori, V. M. (2010). Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: A systematic review and meta-analyses. *Clinical Endocrinology*, 72(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03632.x>
- El-Hadi, H., Stone, J., Temple-Oberle, C. et Harrop, A. R. (2018). Gender-affirming surgery for transgender individuals: Perceived satisfaction and barriers to care. *Plastic Surgery*, 26(4), 263–268.
<https://doi.org/10.1177/2292550318767437>
- Eliason, M. J., Dibble, S. et DeJoseph, J. (2010). Nursing's silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: The need for emancipatory efforts. *Advances in Nursing Science*, 33(3), 206–218.
<https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181e63e49>
- Ellens, R. E. H., Bakula, D. M., Mullins, A. J., Scott Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E. Y., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Mullins, L. L. et Nokoff, N. J. (2017). Psychological adjustment of parents of children born with atypical genitalia 1 Year after genitoplasty. *Journal of Urology*, 198(4), 914–920.
<https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.05.035>
- Ellis, S. A., Wojnar, D. M. et Pettinato, M. (2015). Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents: It's how we could have a family. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 60(1), 62–69.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12213>
- Ellis, S. J., Wakefield, C. E., McLoone, J. K., Robertson, E. G. et Cohn, R. J. (2016). Fertility concerns among child and adolescent cancer survivors and their parents: A qualitative analysis. *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(5), 347–362.
<https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1196806>
- Embaye, N. (2006). Affirmative psychotherapy with bisexual transgender people. *Journal of Bisexuality*, 6(1-2), 51–63.
https://doi.org/10.1300/J159v06n01_04
- Emmer, P., Lowe, A. et Marshall, R. B. (2011). *This is a Prison, Glitter is Not Allowed : Experiences of Trans and Gender Variant People in Pennsylvania's Prison Systems : A Report by The Hearts on a Wire Collective*. Hearts On A Wire Collective.

- Endocrine Society, Pediatric Endocrine Society (2020). *Position Statement: Transgender Health*. Endocrine Society.
- Ernst, M. E., Sandberg, D. E., Keegan, C., Quint, E. H., Lossie, A. C. et Yashar, B. M. (2016). The lived experience of MRKH: Sharing health information with peers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(2), 154–158. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.09.009>
- Equality and Human Rights Commission. (2021) Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights. (2021). *Right to respect for private and family life, home and correspondence*. <https://www.equalityhumanrights.com/en/human-rights-act/article-8-respect-your-private-and-family-life>
- Esmonde, N., Heston, A., Jedrzejewski, B., Ramly, E., Annen, A., Guerriero, J., Hansen, J. et Berli, J. (2019). What is "nonbinary" and what do I need to know? A primer for surgeons providing chest surgery for transgender patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(5), NP106-NP112. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy166>
- Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E. et GIDSEEN Group (2013). Coordination of healthcare for transsexual persons: A multidisciplinary approach. *Current Opinions Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 585-591. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436182.42966.31>
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2015). Access to fertility services by transgender persons: an Ethics Committee opinion. *Fertility and Sterility*, 104(5), 1111-1115. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.021>
- Ettner, R. (2013). Care of the elderly transgender patient. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 20(6), 580–584. <https://doi.org/10.1097/01.med.0000436183.34931.a5>
- Ettner, R. et Wylie, K. (2013). Psychological and social adjustment in older transsexual people. *Maturitas*, 74(3), 226–229. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.11.011>
- Ettner, R., Monstrey, S. et Coleman, E. (2016). *Theories of the Etiology of Transgender Identity*. Dans R. Ettner, S. Monstrey et E. Coleman (éds), *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (pp. 17-29). Routledge.
- European Medicines Agency. (2020). *Restrictions in use of cyproterone due to meningioma risk*. https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/cyproterone-article-31-referral-restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk_en-0.pdf
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2020). *EU-LGBTI II: A long way to go for LGBTI equality*. Publications Office of the European Union.
- Evans, S., Crawley, J., Kane, D. et Edmunds, K. (2021). The process of transitioning for the transgender individual and the nursing imperative: A narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4646-4660. <https://doi.org/10.1111/jan.14943>.
- Ewald, E. R., Guerino, P., Dragon, C., Laffan, A. M., Goldstein, Z. et Streed, C. (2019). Identifying Medicare beneficiaries accessing transgender-related care in the era of ICD-10. *LGBT Health*, 6(4), 166-173. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0175>
- Expósito-Campos, P. (2021). A typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(3), 270-280. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1869126>
- Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S. et Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PloS One*, 12(8), e0183014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014>
- Fabbre, V. D. et Gaveras, E. (2020). The manifestation of multilevel stigma in the lived experiences of transgender and gender nonconforming older adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(3), 350. <https://doi.org/10.1037/ort0000440>
- Fakin, R. M., Zimmermann, S., Kaye, K., Lunger, L., Weinforth, G. et Giovanoli, P. (2019). Long-term outcomes in breast augmentation in trans-women: A 20-year experience. *Aesthetic Surgery Journal*, 39(4), 381-390. <https://doi.org/10.1093/asj/sjy143>
- Falcone, M., Garaffa, G., Gillo, A., Dente, D., Christopher, A. N. et Ralph, D. J. (2018). Outcomes of inflatable penile prosthesis insertion in 247 patients completing female to male gender reassignment surgery. *BJU International*, 121(1), 139-144. <https://doi.org/10.1111/bju.14027>
- Fast, A. A. et Olson, K. R. (2017). Gender development in transgender preschool children. *Child Development*, 89(2), 620–637. <https://doi.org/10.1111/cdev.12758>
- Fayne, R. A., Perper, M., Eber, A. E., Aldahan, A. S. et Nouri, K. (2018). Laser and light treatments for hair reduction in Fitzpatrick skin types IV–VI: A comprehensive review of the literature. *American*

- Journal of Clinical Dermatology*, 19(2), 237-252.
<https://doi.org/10.1007/s40257-017-0316-7>
- Fedele, D. A., Kirk, K., Wolfe-Christensen, C., Phillips, T. M., Mazur, T., Mullins, L. L., Chernausek, S. D. et Wisniewski, A. B. (2010). Primary caregivers of children affected by disorders of sex development: Mental health and caregiver characteristics in the context of genital ambiguity and genitoplasty. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2010, 1-7.
<https://doi.org/10.1155/2010/690674>
- Federal Bureau of Prisons. (2016). *Transgender Clinical Care*.
https://www.bop.gov/resources/pdfs/trans_guide_dec_2016.pdf
- Feinberg, L. (1996). *Transgender Warriors; Making History from Joan of Arc to Marsha P. Johnson and Beyond*. Beacon Press.
- Feldman, J., Brown, G. R., Deutsch, M. B., Hembree, W., Meyer, W., Meyer-Bahlburg, H. F., Tangpricha, V., T'Sjoen, G. et Safer, J. D. (2016). Priorities for transgender medical and healthcare research. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity*, 23(2), 180-187.
<https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1097/MED.000000000000231>
- Ferguson, H. J., Brunson, V. E. A. et Bradford, E. E. F. (2021). The developmental trajectories of executive function from adolescence to old age. *Science Reports*, 11, 1382.
<https://doi.org/10.1038/s41598-020-80866-1>
- Fernandez, A. A., França, K., Chacon, A. H. et Nouri, K. (2013). From flint razors to lasers: A timeline of hair removal methods. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 12(2), 153-162.
<https://doi.org/10.1111/jocd.12021>
- Ferrando, C. A. (2020). Adverse events associated with gender affirming vaginoplasty surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 267.e1-267.e6.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.033>
- Fiani, C. N. et Han, H. J. (2019). Navigating identity: Experiences of binary and non-binary transgender and gender non-conforming (TGNC) adults. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 181-194.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1426074>
- Fielding, L. (Ed.). (2021). *Trans Sex: Clinical Approaches to Trans Sexualities and Erotic Embodiments* (Vol. 1). Routledge.
<https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780429318290>
- Finlayson, C., Johnson, E. K., Chen, D., Dabrowski, E., Gosiengfiao, Y., Campo-Engelstein, L. et Woodruff, T. K. (2016). Proceedings of the working group session on fertility preservation for individuals with gender and sex diversity. *Transgender Health*, 1(1), 99-107.
<https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0008>
- Fischer, O. J. (2021). Non-binary reproduction: Stories of conception, pregnancy, and birth. *International Journal of Transgender Health*, 22 (1-2), 77-88.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1838392>
- Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Cassioli, E., Sensi, C. et Maggi, M. (2016). Cross-sex hormone treatment and psychobiological changes in transsexual persons: Two-year follow-up data. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(11), 4260-4269.
<https://doi.org/10.1210/jc.2016-1276>
- Fisher, A. D., Ristori, J., Fanni, E., Castellini, G., Forti, G. et Maggi, M. (2016). Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: A major of dilemma. *Journal of Endocrinological Investigation*, 39(11), 1207-1224.
<https://doi.org/10.1007/s40618-016-0482-0>
- Fisher, C. M., Waling, A., Kerr, L., Bellamy, R., Ezer, P. et Mikolajczak, G. (2019). *6th National Survey of Australian Secondary Students and Sexual Health 2018, (ARCSHS Monograph Series No. 113)*. Australian Research Centre in Sex, Health & Society.
- Fitzpatrick, L.A., Pace, C., Wiita, B. (2000). Comparison of regimens containing oral micronized progesterone or medroxyprogesterone acetate on quality of life in postmenopausal women: A cross-sectional survey. *Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine*. 9(4), 381-387.
<https://doi.org/10.1089/15246090050020691>
- Fix, L., Durden, M., Obedin-Maliver, J., Moseson, H., Hastings, J., Stoeffler, A. et Baum, S. E. (2020). Stakeholder perceptions and experiences regarding access to contraception and abortion for transgender, non-binary, and gender-expansive individuals assigned female at birth in the U.S. *Archives of Sexual Behaviour*, 49(7), 2683-2702.
<https://doi.org/10.1007/s10508-020-01707-w>
- Fleming, L., Knafl, K. et Van Riper, M. (2017). How the child's gender matters for families having a child with congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Family Nursing*, 23(4), 516-533.
<https://doi.org/10.1177/1074840717735499>

- Flentje, A., Heck, N. C., Brennan, J. M. et Meyer, I. H. (2020). The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(5), 673–694. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1007/s10865-019-00120-6>
- Francis, A., Jasani, S. et Bachmann, G. (2018). Contraceptive challenges and the transgender individual. *Women's Midlife Health*, 4, 12. <https://doi.org/10.1186/s40695-018-0042-1>
- Fraser, L. (2009a). Psychotherapy in the world professional association for transgender health's standards of care: Background and recommendations. *International Journal of Transgenderism*, 11(2), 110-126. <https://doi.org/10.1080/15532730903008057>
- Fraser, L. (2009b). Depth psychotherapy with transgender people. *Sex and Relationship Therapy*, 24(2), 126-142. <https://doi.org/10.1080/14681990903003878>
- Frederick, M. J., Berhanu, A. E. et Bartlett, R. (2017). Chest surgery in female to male transgender individuals. *Annals of Plastic Surgery*, 78(3), 249-253. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000882>
- Frederick, N. N., Campbell, K., Kenney, L. B., Moss, K., Speckhart, A. et Bober, S. L. (2018). Barriers and facilitators to sexual and reproductive health communication between pediatric oncology clinicians and adolescent and young adult patients: The clinician perspective. *Pediatric Blood and Cancer*, 65(8), e27087. <https://doi.org/10.1002/pbc.27087>
- Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *The Public Policy and Aging Report*, 21(3), 3. <https://doi.org/10.1093/ppar/21.3.3>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J. et Muraco, A. (2014). Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54(3), 488-500. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt021>
- Frey, J. D., Poudrier, G., Thomson, J. E. et Hazen, A. (2017). A historical review of gender-affirming medicine: Focus on genital reconstruction surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(8), 991-1002. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.06.007>
- Fung, R., Gallibois, C., Coutin, A. et Wright, S. (2020). Learning by chance: Investigating gaps in transgender care education amongst family medicine, endocrinology, psychiatry and urology residents. *Canadian Medical Education Journal*, 11(4), e19-e28. <https://doi.org/10.36834/cmej.53009>
- Furtado, P. S., Moraes, F., Lago, R., Barros, L. O., Toralles, M. B. et Barroso, U. (2012). Gender dysphoria associated with disorders of sex development. *Nature Reviews Urology*, 9(11), 620–627. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2012.182>
- Gaither, T. W., Awad, M. A., Osterberg, E. C., Murphy, G. P., Romero, A., Bowers, M. L. et Breyer, B. N. (2018). Postoperative complications following primary penile inversion vaginoplasty among 330 male-to-female transgender patients. *Journal of Urology*, 199(3), 760-765. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.10.013>
- Galupo, M. P., Henise, S. B. et Mercer, N. L. (2016). “The labels don’t work very well”: Transgender individuals’ conceptualizations of sexual orientation and sexual identity. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 93-104. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1189373>
- Galupo, M. P., Pulice-Farrow, L., Clements, Z.A. et Morris, E.R. (2019). “I love you as both and I love you as neither”: Romantic partners’ affirmations of nonbinary trans individuals. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 315-327. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1496867>
- Gamarel, K. E., Mereish, E. H., Manning, D., Iwamoto, M., Operario, D. et Nemoto, T. (2015). Minority stress, smoking patterns, and cessation attempts: Findings from a community-sample of transgender women in the San Francisco Bay area. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(3), 306-313. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv066>
- Gao, Y., Maurer, T. et Mirmirani, P. (2018). Understanding and addressing hair disorders in transgender individuals. *American Journal of Clinical Dermatology*, 19(4), 517-527. <https://doi.org/10.1007/s40257-018-0343-z>
- Garaffa, G., Ralph, D. J. et Christopher, N. (2010). Total urethral construction with the radial artery-based forearm free flap in the transsexual. *BJU International*, 106(8), 1206-1210. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09247.x>
- Garcia, M. M. (2018). Sexual function after shallow and full-depth vaginoplasty: Challenges, clinical findings, and treatment strategies - urologic perspectives. *Clinical Plastic Surgery*, 45(3), 437-446. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.04.002>
- Garcia, M. M. (2021). Decision-making in masculinizing surgery and feminizing surgery.

- Dans D. Nikolavsky et S. A. Blakely (éds), *Urological Care for the Transgender Patient: A Comprehensive Guide*, pp. 7-21. Springer International Publishing.
- Garcia, M. M. et Zaliznyak, M. (2020). Effects of feminizing hormone therapy on sexual function of transgender women. *Journal of Urology*, 203(Suppl. 4), e672-e672. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000900.020>
- Garcia, M. M., Christopher, N. A., De Luca, F., Spilotros, M. et Ralph, D. J. (2014). Overall satisfaction, sexual function, and the durability of neophallus dimensions following staged female to male genital gender confirming surgery: The Institute of Urology, London U.K. experience. *Translational Andrology and Urology*, 3(2), 156-162. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.04.10>
- Gardner, M. et Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625-635. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625>
- Garrison, S. (2018). On the limits of “trans enough”: Authenticating trans identity narratives. *Gender & Society*, 32(5), 613-637. <https://doi.org/10.1177/0891243218780299>
- Gava, G., Cerpolini, S., Martelli, V., Battista, G., Seracchioli, R. et Meriggiola, M. C. (2016). Cyproterone acetate vs leuprolide acetate in combination with transdermal oestradiol in transwomen: A comparison of safety and effectiveness. *Clinical Endocrinology*, 85(2), 239-246. <https://doi.org/10.1111/cen.13050>
- Gava, G., Mancini, I., Alvisi, S., Seracchioli, R. et Meriggiola, M. C. (2020). A comparison of 5-year administration of cyproterone acetate or leuprolide acetate in combination with estradiol in transwomen. *European Journal of Endocrinology*, 183(6), 561-569. <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0370>
- Gava, G., Mancini, I., Cerpolini, S., Baldassarre, M., Seracchioli, R. et Meriggiola, M. C. (2018). Testosterone undecanoate and testosterone enanthate injections are both effective and safe in transmen over 5 years of administration. *Clinical Endocrinology*, 89(6), 878-886. <https://doi.org/10.1111/cen.13821>
- Gebreab, S. Z., Vandeleur, C. L., Rudaz, D., Strippoli, M.-P. F., Gholam-Rezaee, M., Castela, E., Lasserre, A. M., Glaus, J., Pistis, G., Kuehner, C., von Känel, R., Marques-Vidal, P., Vollenweider, P. et Preisig, M. (2018). Psychosocial stress over the lifespan, psychological factors, and cardiometabolic risk in the community. *Psychosomatic Medicine*, 80(7), 628-639. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000621>
- Gelfer, M. P. et Tice, R. M. (2013). Perceptual and acoustic outcomes of voice therapy for male-to-female transgender individuals immediately after therapy and 15 months later. *Journal of Voice*, 27(3), 335-347. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2012.07.009>
- Geneid, A., Rihkanen, H. et Kinnari, T. J. (2015). Long-term outcome of endoscopic shortening and stiffening of the vocal folds to raise the pitch. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272(12), 3751-3756. <https://doi.org/10.1007/s00405-015-3721-7>
- Georgeu, D., Colvin, C. J., Lewin, S., Fairall, L., Bachmann, M. O., Uebel, K., Zwarenstein, M., Draper, B. et Bateman, E. D. (2012). Implementing nurse-initiated and managed antiretroviral treatment (NIMART) in South Africa: A qualitative process evaluation of the STRETCH trial. *Implementation Science*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-66>
- Gerritse, K., Hartman, L., Antonides, M. F., Wensing-Kruger, A., de Vries, A. L. C. et Molewijk, B. C. (2018). Moral challenges in transgender care: A thematic analysis based on a focused ethnography. *Archives of Sexual Behaviour*, 47(8), 2319-2333. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1287-3>
- Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V. et Goodman, M. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 169(4), 205-213. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.7326/M17-2785>
- Gibson, D.J., Glazier, J.J., Olson, K.R. (2021). Evaluation of anxiety and depression in a community sample of transgender youth. *JAMA Network Open* 4, e214739-e214739. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4739>
- Gieles, N. C., van de Grift, T. C., Elaut, E., Heylens, G., Becker-Hebly, I., Nieder, T. O., Laan, E. T. M. et Kreukels, B. P. C. (2022). Pleasure please! Sexual pleasure and influencing factors in transgender persons: An ENIGI follow-up study.

- International Journal of Transgender Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2028693>
- Giffort, D. M. et Underman, K. (2016). The relationship between medical education and trans health disparities: A call to research. *Sociology Compass*, 10(11), 999-1013. <https://doi-org.nottingham.idm.oclc.org/10.1111/soc4.12432>
- Gils, L. et Brewaeys, A. (2007). Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research*, 18, 178-184.
- Giltay, E. J. et Gooren, L. J. (2000). Effects of sex steroid deprivation/administration on hair growth and skin sebum production in transsexual males and females. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85(8), 2913-2921. <https://doi.org/10.1210/jcem.85.8.6710>
- Giltay, E. J., Gooren, L. J. G., Emeis, J. J., Kooistra, T. et Stehouwer, C. D. A. (2000). Oral, but not transdermal, administration of estrogens lowers tissue-type plasminogen activator levels in humans without affecting endothelial synthesis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 20(5), 1396-1403. <https://doi.org/10.1161/01.ATV.20.5.1396>
- Giordano, S. (2008). Lives in a chiaroscuro. Should we suspend the puberty of children with gender identity disorder? *Journal of Medical Ethics*, 34(8), 580-584. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021097>
- Giordano, S. (2012). Sliding doors: Should treatment of gender identity disorder and other body modifications be privately funded? *Medicine, Health Care Philosophy*, 15(1), 31-40. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9303-y>
- Giordano, S. et Holm, S. (2020). Is puberty delaying treatment 'experimental treatment'? *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 113-121. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1747768>
- Giovanardi, G., Mirabella, M., Di Giuseppe, M., Lombardo, F., Speranza, A. M. et Lingiardi, V. (2021). Defensive functioning of individuals diagnosed with gender dysphoria at the beginning of their hormonal treatment. *Frontiers in Psychology*, 12, 665547. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.665547>
- Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V. et Speranza, A. M. (2018). Attachment Patterns and Complex Trauma in a Sample of Adults Diagnosed with Gender Dysphoria. *Frontiers in Psychology*, 9, 60. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060>
- GIRES, LGBT Foundation, Mermaids, Ozanne Foundation, and Stonewall. (2020). *Conversion therapy and gender identity survey*. Stonewall https://www.stonewall.org.uk/system/files/2020_conversion_therapy_and_gender_identity_survey.pdf
- Glaser, R. L. M. F., Newman, M. M., Parsons, M. M., Zava, D. P. et Glaser-Garbrick, D. (2009). Safety of maternal testosterone therapy during breast feeding. *International Journal of Pharmaceutical Compounding*, 13(4), 314-317.
- Glaser, J., Nouri, S., Fernandez, A., Sudore, R. L., Schillinger, D., Klein-Fedyshin, M. et Schenker, Y. (2020). Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: An updated systematic review. *Medical Decision Making*, 40(2), 119-143. <https://doi.org/10.1177/0272989x19896348>
- Glick, J. C., Leamy, C., Molsberry, A. H. et Kerfeld, C. I. (2020). Moving toward equitable health care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer patients: Education and training in physical therapy education. *Journal of Physical Therapy Education*, 34(3), 192-197. <https://doi.org/10.1097/JTE.000000000000140>
- Glidden, D., Bouman, W. P., Jones, B. et Arcelus, J. (2016). Autistic spectrum disorders and gender dysphoria: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*, 4(1), 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.003>
- Glynn, T. R., Gamarel, K. E., Kahler, C. W., Iwamoto, M., Operario, D. et Nemoto, T. (2016). The role of gender affirmation in psychological well-being among transgender women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(3), 336. <https://doi.org/10.1037/sgd0000171>
- Godfrey, L. M. (2021). Mental health outcomes among individuals with 46,XY disorders of sex development: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 26(1), 40-59. <https://doi.org/10.1177/1359105320909863>
- Goetz, T. G. et Arcomano, A. C. (2022). "X" marks the transgressive gender: A qualitative exploration of legal gender-affirmation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/19359705.2021.2008572>
- Goldblum, P., Testa, R. J., Pflum, S., Hendricks, M. L., Bradford, J. et Bongar, B. (2012). The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people.

- Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 468. <https://doi.org/10.1037/a0029605>
- Goldhammer, H., Marc, L. G., Psihopaidas, D., Chavis, N. S., Massaquoi, M., Cahill, S., Rebhook, G., Reisner, S., Mayer, K. A., Cohen, S. M. et Keuroghlian, A. S. (2022). HIV care continuum interventions for transgender women: A topical review. *Public Health Reports*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00333549211065517>
- Goldstein, Z., Khan, M., Reisman, T. et Safer, J. D. (2019). Managing the risk of venous thromboembolism in transgender adults undergoing hormone therapy. *Journal of Blood Medicine*, 10, 209-216. <https://doi.org/10.2147/JBM.S166780>
- Golub, S. A., Fikslin, R. A., Starbuck, L. et Klein, A. (2019). High rates of PrEP eligibility but low rates of PrEP access among a national sample of transmasculine individuals. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 82(1), e1-e7. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000002116>
- Gomez, A. M., Đô, L., Ratliff, G. A., Crego, P. I. et Hastings, J. (2020). Contraceptive beliefs, needs, and care experiences among transgender and nonbinary young adults. *The Journal of Adolescent Health*, 67(4), 597-602. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.003>
- Gómez-Gil, E., Zubiaurre-Elorza, L., Esteva, I., Guillamon, A., Godás, T., Cruz Almaraz, M. et Salamero, M. (2012). Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 37(5), 662-670. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.08.010>
- Gong, E. M. et Cheng, E. Y. (2017). Current challenges with proximal hypospadias: We have a long way to go. *Journal of Pediatric Urology*, 13(5), 457-467. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2017.03.024>
- Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Kreukels, B., Motmans, J. et Coleman, E. (2019). Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 48(2), 303-321. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.001>
- Gooren, L. J., van Trotsenburg, M. A., Giltay, E. J. et van Diest, P. J. (2013). Breast cancer development in transsexual subjects receiving cross-sex hormone treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(12), 3129-3134. <https://doi.org/10.1111/jsm.12319>
- Gooren, L. J., Wierckx, K. et Giltay, E. J. (2014). Cardiovascular disease in transsexual persons treated with cross-sex hormones: Reversal of the traditional sex difference in cardiovascular disease pattern. *European Journal of Endocrinology*, 170(6), 809-819. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1530/EJE-14-0011>
- Gordon, A. R., Fish, J. N., Kiekens, W. J., Lightfoot, M., Frost, D. M. et Russell, S. T. (2021). Cigarette smoking and minority stress across age cohorts in a national sample of sexual minorities: Results from the Generations Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(6), 530-542. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa079>
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Gebleux, S., Penochet, J., Pringuey, D., Albarel, F., Morange, I., Loundou, A., Berbis, J., Auquier, P., Lançon, C. et Bonierbale, M. (2012). Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(2), 531-541. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02564.x>
- Gorin-Lazard, A., Baumstarck, K., Boyer, L., Maquigneau, A., Penochet, J. C., Pringuey, D. et Auquier, P. (2013). Hormonal therapy is associated with better self-esteem, mood, and quality of life in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(11), 996-1000. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000046>
- Gourab, G., Khan, M. N. M., Hasan, A. M. R., Sarwar, G., Irfan, S. D. et Reza, M. M. (2019). The willingness to receive sexually transmitted infection services from public healthcare facilities among key populations at risk for human immunodeficiency virus infection in Bangladesh: Qualitative study. *PLOS One*, 14(9), e0221637. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221637>
- Gower, A. L., Rider, G. N., Brown, C., McMorris, B. J., Coleman, E., Taliaferro, L. A. et Eisenberg, M. E. (2018). Supporting transgender and gender diverse youth: Protection against emotional distress and substance use. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(6), 787-794. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.030>
- Gower, A. L., Rider, G. N., Coleman, E., Brown, C., McMorris, B. J. et Eisenberg, M. E. (2018). Perceived gender presentation among transgender and gender diverse youth: Approaches to analysis and associations with bullying victimization and emotional distress. *LGBT Health*, 5(5), 312-319. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0176>

- Grabski, B., Rachoń, D., Czernikiewicz, W., Dulko, S., Jakima, S., Muldenr-Nieckowski, Ł., Trofimiuk- Muldner, M., Baran, D., Dora, M., Iniewicz, G., Mijas, M., Stankiewicz, S., Adamczewska-Stachura, M. et Mazurczak, A. (2021). Recommendations of the Polish Sexological Society on medical care in transgender adults – position statement of the expert panel. *Psychiatria Polska*, 55(3), 701–708. <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/125785>
- Graham, S. (2010). *Gender diversity in Indonesia: sexuality, Islam and queer selves*. Routledge.
- Grannis, C., Leibowitz, S. F., Gahn, S., Nahata, L., Morningstar, M., Mattson, W. I., Chen, D., Strang, J. F. et Nelson, E. E. (2021). Testosterone treatment, internalizing symptoms, and body image dissatisfaction in transgender boys. *Psychoneuroendocrinology*, 132, 105358. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105358>
- Grant, J., Lisa, A., Mottet, J., Tanis, D., With, J., Harrison, J., Herman, M. et Keisling, M. H. (2011). *Injustice at Every Turn A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
- Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L. et Keisling, M. (2016). Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey. 2011. *Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force*. https://thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/Ntds_full.pdf
- Grant, R. M., Pellegrini, M., Defechereux, P. A., Anderson, P. L., Yu, M., Glidden, D. V., O’Neal, J., Yager, J., Bhasin, S., Sevelius, J. et Deutsch, M. B. (2020). Sex hormone therapy and tenofovir diphosphate concentration in dried blood spots: Primary results of the interactions between antiretrovirals and transgender hormones study. *Clinical Infectious Diseases*, 73(7), e2117–e2123. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1160>
- Grassian, S. (2006). Psychiatric effects of solitary confinement part of the law enforcement and corrections commons recommended citation. *Washington University Journal of Law & Policy*, 22(1), 325-383. https://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1362&context=law_journal_law_policy
- Green, A. E., Price-Feeney, M., Dorison, S. H. et Pick, C. J. (2020). Self-reported conversion efforts and suicidality among US LGBTQ youths and young adults, 2018. *American Journal of Public Health*, 110(8), 1221–1227. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305701>
- Green, R. et Fleming, D. T. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1(1), 163-174. <https://doi.org/10.1080/10532528.1990.10559859>
- Greenwald, P., Dubois, B., Lekovich, J., Pang, J. H. et Safer, J. D. (2021). Successful in vitro fertilization in a cisgender female carrier using oocytes retrieved from a transgender man maintained on testosterone. *AACE Clinical Case Reports*, 8(1), 19-21. <https://doi.org/10.1016/j.aace.2021.06.007>
- Greytak, E. A., Kosciw, J. G. et Boesen, M. J. (2013). Putting the “T” in “Resource”: The benefits of LGBT-related school resources for transgender youth. *Journal of LGBT Youth*, 10 (1-2), 45-63. <https://doi.org/10.1080/19361653.2012.718522>
- Gridley, S. J., Crouch, J. M., Evans, Y., Eng, W., Antoon, E., Lyapustina, M., Schimmel-Bristow, A., Woodward, J., Dundon, K., Schaff, R., McCarty, C., Ahrens, K. et Breland, D. J. (2016). Youth and caregiver perspectives on barriers to gender-affirming health care for transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 254–261. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.03.017>
- Griffiths, D. A. (2018). Shifting syndromes: Sex chromosome variations and intersex classifications. *Social Studies of Science*, 48(1), 125-148. <https://doi.org/10.1177/0306312718757081>
- Grimstad, F. W., Fowler, K. G., New, E. P., Ferrando, C. A., Pollard, R. R., Chapman, G., Gray, M. et Lobo, V. G. (2020). Ovarian histopathology in transmasculine persons on testosterone: A multicenter case series. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(9), 1807-1818. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.029>
- Grimstad, F., Fowler, K., New, E., Unger, C., Pollard, R., Chapman, G., Hochberg, L., Gomez-Lobo, V., Gray, M. (2018). Evaluation of uterine pathology in transgender men and gender nonbinary persons on testosterone. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(2), 217. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.02.009>
- Grimstad, F., Kremen, J., Streed, C. G. et Dalke, K. B. (2021). The health care of adults with differences in sex development or intersex traits is changing: Time to prepare clinicians and health systems. *LGBT Health*, 8(7), 439–443. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0018>

- Grimstad, F., McLaren, H. et Gray, M. (2021). The gynecologic examination of the transfeminine person after penile inversion vaginoplasty. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(3), 266-273. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.002>
- Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M. et de Vries, M. C. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: Developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatrics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0869-x>
- Gross, M. (1999). Pitch-raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 13(2), 246–250. [https://doi.org/10.1016/s0892-1997\(99\)80028-9](https://doi.org/10.1016/s0892-1997(99)80028-9)
- Grossman, A. H. et D'Augelli, A. R. (2006). Transgender youth: Invisible and vulnerable. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 111-128. https://doi.org/10.1300/J082v51n01_06
- Grossman, A. H. et D'Augelli, A. R. (2007). Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527–537. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527>
- Grossman, A. H., D'Augelli, A. R., Howell, T. J. et Hubbard, S. (2005). Parent' reactions to transgender youth' gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 18(1), 3–16. https://doi.org/10.1300/j041v18n01_02
- Grossman, A. H., Park, J. Y., Frank, J. A. et Russell, S. T. (2019). Parental responses to transgender and gender nonconforming youth: Associations with parent support, parental abuse, and youths' psychological adjustment. *Journal of Homosexuality*, 68(8), 1–18. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1696103>
- Grynberg, M., Fanchin, R., Dubost, G., Colau, J. C., Bremont-Weil, C., Frydman, R. et Ayoubi, J. M. (2010). Histology of genital tract and breast tissue after long-term testosterone administration in a female-to-male transsexual population. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(4), 553-558. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2009.12.021>
- Gunjawate, D. R., B. Kumar, R., Ravi, R. et Kunnath, L. S. (2020). Knowledge and attitudes toward transgender community among speech-language pathologists in India: A questionnaire-based exploration. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 455-462. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753135>
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Glasziou, P. et deBeer, H. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383–394. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L. et Brown, G. K. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>
- Hadj-Moussa, M., Agarwal, S., Ohl, D. A. et Kuzon, W. M. (2018). Masculinizing genital gender confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 7(1), 141–155. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.06.004>
- Hadj-Moussa, M., Ohl, D. A. et Kuzon, W. M., Jr. (2018). Feminizing genital gender-confirmation surgery. *Sexual Medicine Reviews*, 6(3), 457-468 e452. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.11.005>
- Hafford-Letchfield, T., Simpson, P., Willis, P. B. et Almack, K. (2018). Developing inclusive residential care for older lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people: An evaluation of the Care Home Challenge action research project. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), e312–e320. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1111/hsc.12521>
- Hage, J. J., Dekker, J., Karim, R. B., Verheijen, R. H. M. et Bloemena, E. (2000). Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: Report of two cases. *Gynecologic Oncology*, 76(3), 413-415. <https://doi.org/10.1006/gyno.1999.5720>
- Hagen, D. B. et Galupo, M. P. (2014). Trans* individuals' experiences of gendered language with health care providers: Recommendations for practitioners. *International Journal of Transgenderism*, 15(1), 16-34. <https://doi.org/10.1080/15532739.2014.890560>
- Hahn, M., Sheran, N., Weber, S., Cohan, D. et Obedin-Maliver, J. (2019). Providing patient-centered perinatal care for transgender men and gender-diverse individuals: A collaborative multidisciplinary team approach. *Obstetrics & Gynecology*, 135(5), 959-963. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003506>

- Hall, R., Mitchell, L. et Sachdeva, J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJPsych Open*, 7(6). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>
- Hamada, A., Kingsberg, S., Wierckx, K., T'Sjoen, G., De Sutter, P., Knudson, G. et Agarwal, A. (2015). Semen characteristics of transwomen referred for sperm banking before sex transition: A case series. *Andrologia*, 47(7), 832-838. <https://doi.org/10.1111/and.12330>
- Hamilton, J. B. et Mestler, G. E. (1969). Mortality and survival: Comparison of Eunuchs with intact men and women in a mentally retarded population. *Journal of Gerontology*, 24(4), 395-411. <https://doi.org/10.1093/geronj/24.4.395>
- Hamm, J. A. et Nieder, T. O. (2021). Trans*-sexualität neu denken: Eine partizipative interviewstudie zu gelingender sexualität ohne genitalangleichung. *Zeitschrift Für Sexualforschung*, 34(02), 69-78. <https://doi.org/10.1055/a-1477-0412>
- Hancock, A. B. (2017). An ICF perspective on voice-related quality of life of American transgender women. *Journal of Voice*, 31(1), 115.e1-115.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.03.013>
- Hancock, A. B., Childs, K. D. et Irwig, M. S. (2017). Trans male voice in the first year of testosterone therapy: Make no assumptions. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(9), 2472-2482. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0320
- Hancock, A. B. et Downs, S. C. (2021). Listening to gender-diverse people of color: Barriers to accessing voice and communication care. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00262
- Hancock, A. B. et Garabedian, L. M. (2013). Transgender voice and communication treatment: A retrospective chart review of 25 cases. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(1), 54-65. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00185.x>
- Hancock, A. et Haskin, G. (2015). Speech-language pathologists' knowledge and attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) populations. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 206-221. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0095
- Hancock, A. B., Krissinger, J. et Owen, K. (2011). Voice perceptions and quality of life for transgender people. *Journal of Voice*, 25(5), 553-558. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.07.013>
- Hancock, A. B. et Pool, S. F. (2017). Influence of listener characteristics on perceptions of sex and gender. *Journal of Language and Social Psychology*, 36(5), 599-610. <https://doi.org/10.1177/0261927X17704460>
- Hancock, A. B. et Siegfriedt, L. L. (2020). *Transforming voice and communication with transgender and gender-diverse people: An evidence-based process*. Plural Publishing.
- Handy, A. B., Wassersug, R. J., Ketter, J. T. J. et Johnson, T. W. (2015). The sexual side of castration narratives: Fiction written by and for eunuchs and eunuch "wannabes." *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 151-159. <https://doi.org/10.3138/cjhs.242-a4>
- Hardacker, C. T., Chyten-Brennan, J. et Komar, A. (2019). Transgender physiology, anatomy, and aging: A provider's guide to gender-affirming surgeries. In *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 37-60). Springer.
- Harden, K. P. (2014). A sex-positive framework for research on adolescent sexuality. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 455-469. <https://doi.org/10.1177/1745691614535934>
- Hardy, T. L. D., Rieger, J. M., Wells, K. et Boliek, C. A. (2021). Associations between voice and gestural characteristics of transgender women and self-rated femininity, satisfaction, and quality of life. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(2), 663-672. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00118
- Harper, A., Finnerty, P., Martinez, M., Brace, A., Crethar, H. C., Loos, B., Harper, B., Graham, S., Singh, A., Kocet, M., Travis, L., Lambert, S., Burnes, T., Dickey, L. M. et Hammer, T. R. (2013). Association for lesbian, gay, bisexual, and transgender issues in counseling competencies for counseling with lesbian, gay, bisexual, queer, questioning, intersex, and ally individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 7(1), 2-43. <https://doi.org/10.1080/15538605.2013.755444>
- Harris, K., Ferguson, J. et Hills, S. (2014). A comparative study of hair removal at an NHS hospital: Luminette intense pulsed light versus electrolysis. *Journal of Dermatological Treatment*, 25(2), 169-173. <https://doi.org/10.3109/09546634.2012.715239>
- Havranek, E. P., Mujahid, M. S., Barr, D. A., Blair, I. V., Cohen, M. S., Cruz-Flores, S., Davey-Smith, G., Dennison-Himmelfarb, C. R., Lauer, M. S., Lockwood, D. W., Rosal, M. et Yancy, C. W. (2015). American Heart Association Council on

- Quality of Care and Outcomes Research, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health, and Stroke Council. *Social Determinants of Risk and Outcomes for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation, 132*(9), 873–898. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1161/CIR.000000000000228>
- Hay, M. (2021, February 20). Meet the men who risk it all to have their balls cut off. *The Daily Beast*. <https://www.thedailybeast.com/inside-the-dangerous-global-network-of-backstreet-castrators-cutters-and-eunuch-makers>
- Health Policy Project, Asia-Pacific Transgender Network et United Nations Development Program. (2015). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans people and trans communities*. <https://weareaptn.org/2017/06/01/blueprint-for-the-provision-of-comprehensive-care-for-trans-people/>
- Heck, N. C., Croot, L. C. et Robohm, J. S. (2015). Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice, 46*(1), 30–36. <https://doi.org/10.1037/a0033134>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V. et Montori, V. M. (2009). Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94*(9), 3132–3154. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-0345>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Hassan Murad, M., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V. et T’Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 102*(11), 3869–3903. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1210/jc.2017-01658>
- Hempel, J. (2016, September 1). *My Brother’s Pregnancy and the Making of a New American Family*. TIME.
- Hendricks, M. L. et Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Henry, R. S., Perrin, P. B., Coston, B. M. et Witten, T. M. (2020). Transgender and gender nonconforming adult preparedness for aging: Concerns for aging, and familiarity with and engagement in planning behaviors. *International Journal of Transgender Health, 21*(1), 58–69. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1690612>
- Herdt, G. (1994). *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. The MIT Press.
- Herman, J. L., Brown, T. N. T. et Haas, A. P. (2019). *Suicide thoughts and attempts among transgender adults. Findings from the 2015 US Transgender Survey. Williams Institute UCLA School of Law*. <https://escholarship.org/content/qt1812g3hm/qt1812g3hm.pdf>
- Hermann, M. et Thorstenson, A. (2015). A rare case of male-to-eunuch gender dysphoria. *Sexual Medicine, 3*(4), 331–333. <https://doi.org/10.1002/sm2.81>
- Hess, J., Henkel, A., Bohr, J., Rehme, C., Panic, A., Panic, L., Rossi Neto, R., Hadaschik, B. et Hess, Y. (2018). Sexuality after male-to-female gender affirmation surgery. *BioMed Research International, 2018*, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2018/9037979>
- Hess, J., Hess-Busch, Y., Kronier, J., Rubben, H. et Rossi Neto, R. (2016). Modified preparation of the neurovascular bundle in male to female transgender patients. *Urology International, 96*(3), 354–359. <https://doi.org/10.1159/000443281>
- Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P. C., Paap, M. C. S., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., Cohen-Kettenis, P. T., Haraldsen, I. R. et De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: Multicentre study in four European countries. *British Journal of Psychiatry, 204*(2), 151–156. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954>
- Heylens, G., Verroken, C., De Cock, S., T’Sjoen, G. et De Cuypere, G. (2014). Effects of different steps in gender reassignment therapy on psychopathology: A prospective study of persons with a gender identity disorder. *The Journal of Sexual Medicine, 11*(1), 119–126. <https://doi.org/10.1111/jsm.12363>
- Hidalgo, M. A. et Chen, D. (2019). Experiences of gender minority stress in cisgender parents of transgender/gender-expansive prepubertal children: A qualitative study. *Journal of Family*

- Issues*, 40(7), 865–886.
<https://doi.org/10.1177/0192513x19829502>
- Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P. et Olson, J. (2013). The gender affirmative model: What we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56(5), 285–290. <https://doi.org/10.1159/000355235>
- Hines, M., Constantinescu, M. et Spencer, D. (2015). Early androgen exposure and human gender development. *Biology of Sex Differences*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s13293-015-0022-1>
- Hiransuthikul, A., Himmad, L., Kerr, S. J., Janamnuysook, R., Dalodom, T. et Phanjaroen, K. (2020). Drug-drug interactions among Thai HIV-positive transgender women undergoing feminizing hormone therapy and antiretroviral therapy: The iFACT study. *Clinical Infectious Diseases* 72(3), 396–402. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa038>
- Hiransuthikul, A., Janamnuysook, R., Sungsing, T., Jantarapakde, J., Trachunthong, D., Mills, S. et Phanuphak, N. (2019). High burden of chlamydia and gonorrhoea in pharyngeal, rectal and urethral sites among Thai transgender women: Implications for anatomical site selection for the screening of STI. *Sexually Transmitted Infections*, 95(7), 534. <https://doi.org/10.1136/sxtrans-2018-053835>
- Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A., Gorman, G. H., Nylund, C. M. et Klein, D. A. (2019). Gender dysphoria in children with Autism Spectrum Disorder. *LGBT Health*, 6(3), 95–100. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0252>
- Hisle-Gorman, E., Schvey, N. A., Adirim, T. A., Rayne, A. K., Susi, A., Roberts, T. A. et Klein, D. A. (2021). Mental healthcare utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(8), 1444–1454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.014>
- Hoebcke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., De Cuyper, G., T'Sjoen, G., Weyers, S., Decaestecker, K. et Monstrey, S. (2005). Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *European Urology*, 47(3), 398–402. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2004.10.008>
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J. et Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(Suppl. 2), 332. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5>
- Hollenbach, A., Eckstrand, K., Dreger, A. et AAMC Advisory Committee on Sexual Orientation, Gender Identity, and Sex Development (2014). *Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to Improve Health Care for Individuals Who Are LGBT, Gender Nonconforming, or Born with DSD: A Resource for Medical Educators*. Association of American Medical Colleges.
- Holmberg, M., Arver, S. et Dhejne, C. (2019). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature Reviews Urology*, 16(2), 121–139. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0108-8>
- Hontscharuk, R., Alba, B., Hamidian Jahromi, A. et Schechter, L. (2021). Penile inversion vaginoplasty outcomes: Complications and satisfaction. *Andrology*, 9(6), 1732–1743. <https://doi.org/10.1111/andr.13030>
- Hontscharuk, R., Alba, B., Manno, C., Pine, E., Deutsch, M. B., Coon, D. et Schechter, L. (2021). Perioperative transgender hormone management: Avoiding venous thromboembolism and other complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 147(4), 1008–1017. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007786>
- Hooton, T. M. (2012). Clinical practice. Uncomplicated urinary tract infection. *New England Journal of Medicine*, 366(11), 1028–1037. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1104429>
- Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Ozer, M., Buncamper, M. E. et Mullender, M. G. (2015). Outcome of vaginoplasty in male-to-female transgenders: A systematic review of surgical techniques. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1499–1512. <https://doi.org/10.1111/jsm.12868>
- Horner, B., McManus, A., Comfort, J., Freijah, R., Lovelock, G., Hunter, M. et Tavener, M. (2012). How prepared is the retirement and residential aged care sector in Western Australia for older non-heterosexual people?. *Quality in Primary Care*, 20(4), 263–274.
- Hostiuc, S., Rusu, M. C., Negoii, I. et Drima, E. (2018). Testing decision-making competency of schizophrenia participants in clinical trials. A meta-analysis and meta-regression. *BMC Psychiatry*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1580-z>
- Horton, C. (2021). Parent advocacy groups for trans children. Dans A. Goldberg et G. Beemyn (éds),

- The SAGE Encyclopedia of Trans Studies*. SAGE Publications Inc.
- Houk, C. P. et Lee, P. A. (2010). Approach to assigning gender in 46,XX Congenital Adrenal Hyperplasia with male external genitalia: Replacing dogmatism with pragmatism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(10), 4501-4508.
<https://doi.org/10.1210/jc.2010-0714>
- Houlberg, M. (2019). Endocrinology, hormone replacement therapy (HRT), and aging. In *Transgender and gender nonconforming health and aging* (pp. 21-35). Springer
- House of Commons Women and Equalities Committee. (2015, December 8). *Transgender Equality: First report of session 2015-2016*. Consulté à l'adresse :
<https://publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmselect/cmwomeq/390/390.pdf>
- Hoy-Ellis, C. P. et Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Depression among transgender older adults: General and minority stress. *American Journal of Community Psychology*, 59(3-4), 295-305.
<https://doi.org/10.1002/ajcp.12138>
- Hudson, J., Nahata, L., Dietz, E. et Quinn, G. P. (2018). Fertility counseling for transgender AYAs. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 6(1), 84-92. <https://doi.org/10.1037/cpp0000180>
- Hughes, I. A. (2005). Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 91(7), 554-563.
<https://doi.org/10.1136/adc.2006.098319>
- Hughes, I. A., Nihoul-Fékété, C., Thomas, B. et Cohen-Kettenis, P. T. (2007). Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21:351-365.
<https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.06.003>
- Hughto, J. M. W., Gunn, H. A., Rood, B. A. et Pantalone, D. W. (2020). Social and medical gender affirmation experiences are inversely associated with mental health problems in a U.S. non-probability sample of transgender adults. *Archives of Sexual Behavior*.
<https://doi.org/10.1007/s10508-020-01655-5>
- Hullmann, S. E., Fedele, D. A., Wolfe-Christensen, C., Mullins, L. L. et Wisniewski, A. B. (2011). Differences in adjustment by child developmental stage among caregivers of children with disorders of sex development. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2011(1).
<https://doi.org/10.1186/1687-9856-2011-16>
- Human Rights Campaign, (2018a). *Gender Expansive Youth Report*. Human Rights Campaign, US.
- Human Rights Campaign. (2018b). *LGBTQ Youth Report*.
https://www.hrc.org/resources/2018_lgbtq-youth-report
- Human Rights Campaign Foundation. (2017). *Corporate Equality Index 2018: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality*.
<https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/CEI-2018-FullReport.pdf>
- Human Rights Campaign Foundation. (2022). *Corporate Equality Index 2022: Rating workplaces on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer equality*.
<https://www.hrc.org/resources/corporate-equality-index>
- Human Rights Watch. (2014). "I'm scared to be a woman": human rights abuses against transgender people in Malaysia.
https://features.hrw.org/features/HRW_reports_2014/Im_Scared_to_Be_a_Woman/index.htm
- Human Rights Watch. (2017). "I want to be like nature made me": Medically unnecessary surgeries on intersex children in the U.S.
https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/lgbtintersex0717_web_0.pdf;
- Hunt, J. (2014). An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 288-296.
<https://doi.org/10.1080/14733145.2013.838597>
- Hunt, J., Bristowe, K., Chidyamatara, S. et Harding, R. (2017). 'They will be afraid to touch you': LGBTI people and sex workers' experiences of accessing healthcare in Zimbabwe - an in-depth qualitative study. *BMJ Global Health*, 2(2), e000168. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000168>
- Iantaffi, A. et Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture Health & Sexuality*, 13(3), 355-370.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2010.537770>
- Idrus, N. I. et Hymans, T. D. (2014). Balancing benefits and harm: Chemical use and bodily transformation among Indonesia's transgender waria. *International Journal of Drug Policy*, 25(4), 789-797.

- ILGA World. (2020a). *Trans legal mapping report 2019: recognition before the law*. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Trans_Legal_Mapping_Report_2019_EN.pdf
- ILGA World. (2020b). *Curbing deception: a world survey on legal regulation of so-called "conversion therapies"*. https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Curbing_Deception_world_survey_legal_restrictions_conversion_therapy.pdf
- Ingraham, N., Wingo, E. et Roberts, S. C. M. (2018). Inclusion of LGBTQ persons in research related to pregnancy risk: A cognitive interview study. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. <https://doi.org/10.1136/bmj.srh-2018-200097>
- International Commission of Jurists (2007). *Yogyakarta Principles - Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*. www.yogyakartaprinciples.org
- International Commission of Jurists. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10 - Additional Principles and State Obligation on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation, Gender Expression and Sex Characteristics to Complement the Yogyakarta Principles*. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Report of an Expert Panel*. Interprofessional Education Collaborative.
- Irwig, M. S. (2017). Testosterone therapy for transgender men. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5, 301-311. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(16\)00036-x](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(16)00036-x)
- Irwig, M. S. (2018). Cardiovascular health in transgender people. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 19(3), 243-251. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9454-3>
- Irwig, M. S., Childs, K. et Hancock, A. B. (2017). Effects of testosterone on the transgender male voice. *Andrology*, 5(1), 107-112. <https://doi.org/10.1111/andr.12278>
- Irwig, M.S. (2021). Is there a role for 5 α -reductase inhibitors in transgender individuals? *Andrology*, 9(6), 1729-1731. <https://doi.org/10.1111/andr.12881>
- Isaacson, D., Aghili, R., Wongwittava, N. et Garcia, M. (2017). How big is too big? The girth of bestselling insertive sex toys to guide maximal neophallus dimensions. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(11), 1455-1461. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.09.012>
- Islam, N., Nash, R., Zhang, Q., Panagiotakopoulos, L., Daley, T., Bhasin, S., Getahun, D., Sonya Haw, J., McCracken, C., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S. et Goodman, M. (2021). Is there a link between hormone use and diabetes incidence in transgender people? Data from the STRONG cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(4), e1549-e1557. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgab832>
- Isshiki, N., Taira, T. et Tanabe, M. (1983). Surgical alteration of the vocal pitch. *The Journal of Otolaryngology*, 12(5), 335-340. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6644864/>
- Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Rothman, M. S., Van Schuylenbergh, J., Van de Bruaene, L., Motmans, J. et T'Sjoen, G. (2019). Health considerations for transgender women and remaining unknowns: A narrative review. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 204201881987116. <https://doi.org/10.1177/2042018819871166>
- Iwamoto, S. J., Grimstad, F., Irwig, M. S. et Rothman, M. S. (2021). Routine screening for transgender and gender diverse adults taking gender-affirming hormone therapy: A narrative review. *Journal of General Internal Medicine*, 36(5), 1380-1389. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06634-7>
- Iwamoto, S. J., T'Sjoen, G., Safer, J. D., Davidge-Pitts, C. J., Wierman, M. E., Glodowski, M. B. et Rothman, M. S. (2019). Letter to the editor: "Progesterone is important for transgender women's therapy - applying evidence for the benefits of progesterone in ciswomen". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 104(8), 3127-3128. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00249>
- Jablonski, R. A., Vance, D. E. et Beattie, E. (2013). The invisible elderly: Lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 46-52. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130916-0>
- Jackowich, R. A., Vale, R., Vale, K., Wassersug, R. J. et Johnson, T. W. (2014). Voluntary genital ablations: Contrasting the cutters and their clients. *Sexual Medicine*, 2(3), 121-132. <https://doi.org/10.1002/sm2.33>
- Jackson Levin, N., Kattari, S. K., Piellusch, E. K. et Watson, E. (2020). "We just take care of each other": Navigating 'chosen family' in the context of health, illness, and the mutual provision of care

- amongst queer and transgender young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7346. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197346>
- Jacobson, G. J., Niemira, J. C. et Violeta, K. J. (éds). (2019). *Sex, Sexuality, and Trans Identities: Clinical Guidance for Psychotherapists and Counselors*. Jessica Kingsley Publishers.
- Jadoul, P., Guilmain, A., Squifflet, J., Luyckx, M., Votino, R., Wyns, C. et Dolmans, M. M. (2017). Efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: Lessons learned from 545 cases. *Human Reproduction*, 32(5), 1046-1054. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex040>
- Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A. et Garcia Nuñez, D. (2018). Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *BioMed Research International*, 2018, 8639263. <https://doi.org/10.1155/2018/8639263>
- Jahromi, A. H., Horen, S. R., Dorafshar, A. H., Seu, M. L., Radix, A., Anderson, E., Green, J., Fraser, L., Johannesson, L., Testa, G., Schechter, L. S. M. et Schechter, L. (2021). Uterine transplantation and donation in transgender individuals; Proof of concept. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 349-359. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915635>
- Jakomin, J. R., Ziegler, A., Rio, C. et Suddarth, R. (2020). Opportunities to learn transgender voice and communication therapy in graduate speech-language pathology education: Preliminary e-survey findings. *Perspectives*, 5(4), 876-883. https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00047
- James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. et Anafi, M. (2016). *The report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-AIAN-Report-Dec17.pdf>
- James-Abra, S., Tarasoff, L., Green, D., Epstein, R., Anderson, S., Marvel, S., Steele, L. S., Ross, L. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. *Human Reproduction*, 30(6), 1365-1374. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev087>
- Jarrett, B. A., Corbet, A. L., Gardner, I. H., Weinand, J. D. et Peitzmeier, S. M. (2018). Chest binding and care seeking among transmasculine adults: A cross-sectional study. *Transgender Health*, 3(1), 170-178. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0017>
- Jasuja, G. K., de Groot, A., Quinn, E. K., Ameli, O., Hughto, J. M., Dunbar, M., Deutsch, M., Streed, C. G., Paasche-Orlos, M., Wolfe, H. L. et Rose, A. J. (2020). Beyond gender identity disorder diagnosis codes: An examination of additional methods to identify transgender individuals in administrative databases. *Medical Care*, 58(10), 903. <https://doi.org.uk/10.1097/MLR.0000000000001362>
- Javier, C., Crimston, C. R. et Barlow, F. K. (2022). Surgical satisfaction and quality of life outcomes reported by transgender men and women at least one year post gender-affirming surgery: A systematic literature review. *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 255-273. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2038334>
- Jazayeri, H. E., Lopez, J., Sluiter, E. C., O'Brien-Coon, D., Bluebond-Langner, R., Kuzon, W. M., Jr., Berli, J. U., Monstrey, S. J., Deschamps-Braly, J. C., Dorafshar, A. H. et Schechter, L. S. (2021). Discussion: Promoting centers for transgender care. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 79(1), 3-4. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2020.09.027>
- Jefford, M. et Moore, R. (2008). Improvement of informed consent and the quality of consent documents. *The Lancet. Oncology*, 9(5), 485-493. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(08\)70128-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(08)70128-1)
- Jeness, V. et Smyth, M. (2011). The passage and implementation of the Prison Rape Elimination Act: Legal endogeneity and the uncertain road from symbolic law to instrumental effects. *Stanford Law & Policy Review*, 22, 489. <https://doi.org/doi:10.1177/0891243215611856>
- Jeness, V. et Fenstermaker, S. (2016). Forty years after Brownmiller: Prisons for men, transgender inmates, and the rape of the feminine. *Gender & Society*, 30(1), 14-29. <https://doi.org/doi:10.1177/0891243215611856>
- Jessen, R. S., Wæhre, A., David, L. et Stänicke, E. (2021). Negotiating gender in everyday life: Toward a conceptual model of gender dysphoria in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3489-3503. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02024-6>
- Jiang, D. D., Gallagher, S., Burchill, L., Berli, J. et Dugi, D., 3rd. (2019). Implementation of a pelvic floor physical therapy program for transgender women undergoing gender-affirming vaginoplasty. *Obstetrics and Gynecology*, 133(5), 1003-1011. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003236>
- Jiang, D., Witten, J., Berli, J. et Dugi, D., 3rd. (2018). Does depth matter? Factors affecting choice of

- vulvoplasty over vaginoplasty as gender-affirming genital surgery for transgender women. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(6), 902-906. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.085>
- Jindarak, S., Nilprapha, K., Atikankul, T., Angspatt, A., Pungrasmi, P., Iamphongsai, S., Promniyom, P., Suwajo, P., Scvaggi, G. et Tiewtranon, P. (2018). Spermatogenesis abnormalities following hormonal therapy in transwomen. *Biomed Research International*, 2018, 7919481. <https://doi.org/10.1155/2018/7919481>
- Johns, M. M., Beltran, O., Armstrong, H. L., Jayne, P. E. et Barrios, L. C. (2018). Protective factors among transgender and gender variant youth: A systematic review by socioecological level. *The Journal of Primary Prevention*, 39(3), 263-301. <https://doi.org/10.1007/s10935-018-0508-9>
- Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L. et Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students - 19 states and large urban school districts, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(3), 67. <https://doi.org.uk/10.15585/mmwr.mm6803a3>
- Johnson, E. K., Rosoklija, I., Finlayson, C., Chen, D., Yerkes, E. B., Madonna, M. B., Holl, J. L., Baratz, A. B., Davis, G. et Cheng, E. Y. (2017). Attitudes towards “disorders of sex development” nomenclature among affected individuals. *Journal of Pediatric Urology*, 13(6), 608.e1–608.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2017.03.035>
- Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Dearnorff, J., Bockting, W.O. (2020). Invalidation experiences among non-binary adolescents. *Journal of Sex Research*, 57(2), 222-233. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1608422>
- Johnson, L. et Federman, E. J. (2014). Training, experience, and attitudes of VA psychologists regarding LGBT issues: Relation to practice and competence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(1). <https://doi.org/10.1037/sgd0000019>
- Johnson, T. W. et Irwig, M. S. (2014). The hidden world of self-castration and testicular self-injury. *Nature Reviews Urology*, 11(5), 297-300. <https://doi:10.1038/nrurol.2014.84>
- Johnson, T. W. et Wassersug, R. J. (2010). Gender identity disorder outside the binary: When gender identity disorder-not otherwise specified is not good enough. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 597–598. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9608-1>
- Johnson, T. W. et Wassersug, R. J. (2016). Recognition of gender variants outside the binary in WPATH Standards of Care, Version 7.0. *International Journal of Transgenderism*, 17(1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/15532739.2015.1114442>
- Johnson, T. W., Brett, M. A., Roberts, L. F. et Wassersug, R. J. (2007). Eunuchs in contemporary society: Characterizing men who are voluntarily castrated (Part I). *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 930–945. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00521.x>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2019). UNAIDS Data 2019. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
- Joint, R., Chen, Z. E. et Cameron, S. (2018). Breast and reproductive cancers in the transgender population: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(12), 1505-1512. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15258>
- Jones, C. (2019). Intersex, infertility and the future: Early diagnoses and the imagined life course. *Sociology of Health & Illness*, 42(1), 143–156. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12990>
- Jones, T., de Bolger, T., Dune, A., Lykins, A. et G. Hawkes. (2015). *Female-to-Male (FtM) transgender people’s experiences in Australia: A national study*. Springer International Publishing.
- Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E. et Arcelus, J. (2019). Gender congruence and body satisfaction in nonbinary transgender people: A case control study. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 263-274. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1538840>
- Jones, B. A., Bouman, W. P., Haycraft, E. et Arcelus, J. (2019). Mental health and quality of life in non-binary transgender adults: A case control study. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 251-262. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1630346>
- Jones, B. A., Brewin, N., Richards, C., Van Eijk, M., Stephenson-Allen, A. et Arcelus, J. (2017). Investigating the outcome of the initial assessment at a national transgender health service: Time to review the process?. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 427-432. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1372838>
- Jones, B. P., Rajamanoharan, A., Vali, S., Williams, N. J., Saso, S., Thum, M. Y., Ghaem-Maghami,

- S., Quiroga, I., Diaz-Garcia, C., Thomas, P., Wilkinson, S., Yazbek, J. et Smith, J. R. (2021). Perceptions and motivations for uterus transplant in transgender women. *JAMA Network Open*, 4(1), e2034561. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.34561>
- Jones, R. K., Witwer, E. et Jerman, J. (2020). Transgender abortion patients and the provision of transgender-specific care at non-hospital facilities that provide abortions. *Contraception: X*, 2, 100019. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100019>
- Jones, K., Wood, M. et Stephens, L. (2017). Contraception choices for transgender males. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 43(3), 239-240. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2017-101809>
- Joseph, A. A., Kulshreshtha, B., Shabir, I., Marumudi, E., George, T. S., Sagar, R., Mehta, M. et Ammini, A. C. (2016). Gender issues and related social stigma affecting patients with a disorder of sex development in India. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 361-367. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0841-0>
- Julian, J. M., Salvetti, B., Held, J. I., Murray, P. M., Lara-Rojas, L. et Olson-Kennedy, J. (2021). The impact of chest binding in transgender and gender diverse youth and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1129-1134. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.029>
- Jung, A. et Schuppe, H. C. (2007). Influence of genital heat stress on semen quality in humans. *Andrologia*, 39(6), 203-215. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.2007.00794.x>
- Kailas, M., Lu, H. M. S., Rothman, E. F. et Safer, J. D. (2017). Prevalence and types of gender-affirming surgery among a sample of transgender endocrinology patients prior to state expansion of insurance coverage. *Endocrine Practice*, 23(7), 780-786. <https://doi.org/10.4158/EP161727.OR>
- Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N. M., Egebjerg Rischel, K., Frisén, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L. et Waehre, A. (2020). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: A study in four Nordic countries and in the UK. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 40-44. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429>
- Kaltiala, R., Heino, E., Työlajärvi, M. et Suomalainen, L. (2020). Adolescent development and psychosocial functioning after starting cross-sex hormones for gender dysphoria. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(3), 213-219. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1691260>
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työlajärvi, M. et Frisen, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 31-41. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s135432>
- Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työlajärvi, M. et Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>
- Kanagalingam, J., Georgalas, C., Wood, G. R., Ahluwalia, S., Sandhu, G. et Cheesman, A. D. (2005). Cricothyroid approximation and subluxation in 21 male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 115(4), 611-618. <https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000161357.12826.33>
- Kang, A., Aizen, J. M., Cohen, A. J., Bales, G. T. et Pariser, J. J. (2019). Techniques and considerations of prosthetic surgery after phalloplasty in the transgender male. *Translational Andrological Urology*, 8(3), 273-282. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.02>
- Kanhai, R. C. (2016). Sensate vagina pedicled-spot for male-to-female transsexuals: The experience in the first 50 patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 40(2), 284-287. <https://doi.org/10.1007/s00266-016-0620-2>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Asscheman, H. et Mulder, J. W. (1999). Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104(2), 542-549; discussion 550-541. <https://doi.org/10.1097/00006534-199908000-00039>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J., Karim, R. B. et Mulder, J. W. (1999). Exceptional presenting conditions and outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals. *Annals of Plastic Surgery*, 43(5), 476-483. <https://doi.org/10.1097/00000637-199911000-00003>
- Kanhai, R. C., Hage, J. J. et Mulder, J. W. (2000). Long-term outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals: A questionnaire survey of 107 patients. *British Journal of Plastic Surgery*, 53(3), 209-211. <https://doi.org/10.1054/bjps.1999.3298>
- Kanis, J. A. (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: Synopsis of a WHO report.

- Osteoporosis International*, 4(6), 368-381.
<https://doi.org/10.1007/BF01622200>
- Kanj, R. V., Conard, L. A. E., Corathers, S. D. et Trotman, G. E. (2019). Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. *The International Journal of Transgenderism*, 20(4), 413-420.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1631929>
- Karasic, D. H. (2016). Protecting transgender rights promotes transgender health. *LGBT Health*, 3(4), 245-247.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0072>
- Karasic, D. H. (2019). Mental health care for the adult transgender patient. In C.A. Ferrando, C. A (Ed.). *Comprehensive Care of the Transgender Patient* (pp. 8-11). Elsevier Health Sciences.
- Karasic, D. H. et Fraser, L. (2018). Multidisciplinary care and the standards of care for transgender and gender nonconforming individuals. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 295-299.
<https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.016>
- Karkazis, K., Tamar-Mattis, A. et Kon, A. A. (2010). Genital surgery for disorders of sex development: Implementing a shared decision-making approach. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 23(8), 789-805.
<https://doi.org/10.1515/jpem.2010.129>
- Kasianczuk, M. et Trofymenko, O. (2020). *Size estimation for transgender people in Ukraine/SE "Center of Social Expertises named fter Yu. Saenko" of the Institute of So-ciology of the National Academy of Sciences of Ukraine.-Kyiv, 2020.*
https://www.researchgate.net/publication/348325593_POPULATION_SIZE_ESTIMATION_FOR_TRANSGENDER_PEOPLE_IN_UKRAINE
- Kattari, S. K. et Hasche, L. (2016). Differences across age groups in transgender and gender non-conforming people's experiences of health care discrimination, harassment, and victimization. *Journal of Aging and Health*, 28(2), 285-306.
<https://doi.org/10.1177/0898264315590228>
- Kattari, S. K., Walls, N. E., Speer, S. R. et Kattari, L. (2016). Exploring the relationship between transgender-inclusive providers and mental health outcomes among transgender/gender variant people. *Social Work in Health Care*, 55(8), 635-650.
<https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1193099>
- Katz-Wise, S. L., Budge, S. L., Fugate, E., Flanagan, K., Touloumtzis, C., Rood, B., Perez-Brumer, A. et Leibowitz, S. (2017). Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), 243-263.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1304312>
- Kaufman, R. et Tishelman, A.C. (2018). Creating a network of professionals. Dans C.E. Keo-Meier et D.E. Ehrensaft (éds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association.
<https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C. et Boedecker, A. L. (2018). Adjunctive interventions: Supportive services for gender role transitions. Dans M.R. Kauth et J.C. Shipherd (éds). *Adult Transgender Care: An Interdisciplinary Approach for Training Mental Health Professionals* (pp.161-174). Routledge.
- Kauth, M. R., Shipherd, J. C., Lindsay, J., Blossnich, J. R., Brown, G. R. et Jones, K. T. (2014). Access to care for transgender veterans in the Veterans Health Administration: 2006-2013. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S532-S534.
<https://doi.org.uk/10.2105/AJPH.2014.302086>
- Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J. et McCabe, S. E. (2020). Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *Elsevier*, 11, 100608.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608>
- Kelly, S. J. et Ismail, M. (2015). Stress and type 2 diabetes: A review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes. *Annual Review of Public Health* 36, 441-462.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122921>
- Kelly, V., Hertegård, S., Eriksson, J., Nygren, U. et Södersten, M. (2018). Effects of gender-confirming pitch-raising surgery in transgender women a long-term follow-up study of acoustic and patient-reported data. *Journal of Voice*, 33(5), 781-791.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.03.005>
- Kelvin, J. F., Thom, B., Benedict, C., Carter, J., Corcoran, S., Dickler, M. N., Goodman, K. A., Margolies, A., Matasar, M. J., Noy, A et Goldfarb, S. B. (2016). Cancer and fertility program improves patient satisfaction with information received. *Journal of Clinical Oncology*, 34(15), 1780-1786.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2015.64.5168>

- Kennedy, E. et Thibeault, S. L. (2020). Voice-gender incongruence and voice health information-seeking behaviors in the transgender community. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(3), 1563–1573.
https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00188
- Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T. et Dewitte, M. (2022). Sexual self-concept discrepancies mediate the relation between gender dysphoria sexual esteem and sexual attitudes in binary transgender individuals. *The Journal of Sex Research*, 59(4), 524–536.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1951643>
- Kent, M. A., Winoker, J. S. et Grotas, A. B. (2018). Effects of feminizing hormones on sperm production and malignant changes: Microscopic examination of post orchiectomy specimens in transwomen. *Urology*, 121, 93–96.
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.07.023>
- Keohane v. Jones (Florida Department of Corrections), Case No.4:16-cv-511-MW-CAS, N. D. Fla, 2018.
- Keo-Meier, C. L. et Ehrensaft, D. (2018). Introduction to the gender affirmative model. In C. Keo-Meier & D. Ehrensaft (Ed), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. (pp. 3–19). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Keo-Meier, C. L. et Fitzgerald, K. M. (2017). Affirmative psychological testing and neurocognitive assessment with transgender adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 51–64.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.011>
- Keo-Meier, C. L., Herman, L. I., Reisner, S. L., Pardo, S. T., Sharp, C. et Babcock, J. C. (2015). Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 143–156.
<https://doi.org/10.1037/a0037599>
- Kerckhof, M. E., Kreukels, B. P. C., Nieder, T. O., Becker-Héblly, I., van de Grift, T. C., Staphorsius, A. S., Elaut, E. (2019). Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: Results from the ENIGI follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(12), 2018–2029.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.003>
- Kerry, S. (2014). Sistergirls/brotherboys: The status of indigenous transgender Australians. *International Journal of Transgender Health*, 15(3–4), 173–186.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995262>
- Khalili, J., Leung, L. B. et Diamant, A. L. (2015). Finding the perfect doctor: Identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender-competent physicians. *American Journal of Public Health*, 105(6), 1114–1119.
<https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302448>
- Khatchadourian, K., Amed, S. et Metzger, D. L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal of Pediatrics*, 164(4), 906–911.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.10.068>
- Kidd, J. D., Dolezal, C. et Bockting, W. O. (2018). The relationship between tobacco use and legal document gender-marker change, hormone use, and gender-affirming surgery in a United States sample of trans-feminine and trans-masculine individuals: Implications for cardiovascular health. *LGBT Health*, 5(7), 401–411.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0103>
- Kidd, K. M., Sequeira, G. M., Douglas, C., Paglisotti, T., Inwards-Breland, D. J., Miller, E. et Coulter, R. (2021). Prevalence of gender-diverse youth in an urban school district. *Pediatrics*, 147(6), e2020049823. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049823>
- Kim, H.T. (2020) Vocal feminization for transgender women: Current strategies and patient perspectives. *International Journal of General Medicine*, 13, 43–52. <http://doi.org/doi:10.2147/IJGM.S205102>
- Kim, E. Y. (2015). Long-term effects of gonadotropin-releasing hormone analogs in girls with central precocious puberty. *Korean Journal of Pediatrics*, 58(1), 1–7.
<https://doi.org/10.3345/kjp.2015.58.1.1>
- Kim, H. T. (2017). A new conceptual approach for voice feminization: 12 years of experience. *The Laryngoscope*, 127(5), 1102–1108.
<https://doi.org/10.1002/lary.26127>
- Kirey-Sitnikova, Y. (2021). Prospects and challenges of gender neutralization in Russian. *Russian Linguistics*, 45(2), 143–158.
<https://doi.org/10.1007/s11185-021-09241-6>
- Kismödi, E., Corona, E., Maticka-Tyndale, E., Rubio-Aurioles, E. et Coleman, E. (2017). Sexual Rights as Human Rights: A guide for the WAS Declaration of Sexual Rights. *International Journal of Sexual Health*, 29(suppl.1), 1–92.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2017.1353865>
- Klaver, M., de Mutsert, R., van der Loos, M., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M. et Klink, D. T. (2020). Hormonal treatment and cardiovascular risk profile in transgender adolescents. *Pediatrics*,

- 145(3), e20190741.
<https://doi.org/10.1542/peds.2019-0741>
- Klaver, M., de Mutsert, R., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., Rotteveel, J. et Klink, D. T. (2018). Early hormonal treatment affects body composition and body shape in young transgender adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(2), 251-260.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.12.009>
- Klein, A. et Golub, S.A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*, 3(3), 193-199.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111>
- Klein, C. et Gorzalka, B. B. (2009). Sexual functioning in transsexuals following hormone therapy and genital surgery: A review. *Journal of Sexual Medicine*, 6(11), 2922-2939.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01370>
- Klein, D. A., Berry-Bibee, E. N., Baker, K. K., Malcolm, N. M., Rollison, J. M. et Frederiksen, B. N. (2018). Providing quality family planning services to LGBTQIA individuals: A systematic review. *Contraception*, 97(5)
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.12.016>
- Klein, D. A., Paradise, S. L. et Goodwin, E. T. (2018). Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. *AFP Journal*, 98(11), 645-653.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30485050>
- Kleinplatz, P. J. (Ed.). (2012). *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (second edition). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Klimstra, T. A., Hale, W. W. III., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T. et Meeus, W. H. J. (2009). Identity formation in adolescence: Change or stability? *Journal of Youth and Adolescence*, 39(2), 150-162. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9401-4>
- Klink, D., Bokenkamp, A., Dekker, C. et Rotteveel, J. (2015). Arterial hypertension as a complication of triptorelin treatment in adolescents with gender dysphoria. *Endocrinology and Metabolism International Journal*, 2(1), 36-38.
<https://doi.org/10.15406/emij.2015.02.00008>
- Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M. et Rotteveel, J. (2015). Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100(2), E270-E275.
<https://doi.org/10.1210/jc.2014-2439>
- Kloer, C., Parker, A., Blasdel, G., Kaplan, S., Zhao, L. et Bluebond-Langner, R. (2021). Sexual health after vaginoplasty: A systematic review. *Andrology*, 9(6), 1744-1764.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/andr.13022>
- Klosky, J. L., Anderson, L. E., Russell, K. M., Huang, L., Zhang, H., Schover, L. R., Simmons, J. L. et Kutteh, W. H. (2017). Provider influences on sperm banking outcomes among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), 277-283.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.020>
- Klosky, J. L., Flynn, J. S., Lehmann, V., Russell, K. M., Wang, F., Hardin, R. N., Eddinger, J. R., Zhang, H., Schenck, L. A. et Schover, L. R. (2017). Parental influences on sperm banking attempts among adolescent males newly diagnosed with cancer. *Fertility and Sterility*, 108(6), 1043-1049.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.08.039>
- Klosky, J. L., Wang, F., Russell, K. M., Zhang, H., Flynn, J. S., Huang, L., Wasilewski-Masker, K., Landier, W., Leonard, M., Albritton, K. H., Gupta, A. A., Casilas, J., Colte, O., Kutteh, W. H. et Schover, L. R. (2017). Prevalence and predictors of sperm banking in adolescents newly diagnosed with cancer: Examination of adolescent, parent, and provider factors influencing fertility preservation outcomes. *Journal of Clinical Oncology*, 35(34), 3830-3865.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.4767>
- Knutson, D., Koch, J. M. et Goldbach, C. (2019). Recommended terminology, pronouns, and documentation for work with transgender and non-binary populations. *Practice Innovations*, 4(4), 214-224. <https://doi.org/10.1037/pri0000098>
- Koçak, I., Akpınar, M. E., Cakır, Z. A., Doğan, M., Bengisu, S. et Celikoyar, M. M. (2010). Laser reduction glottoplasty for managing androphonia after failed cricothyroid approximation surgery. *Journal of Voice*, 24(6), 758-764.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.06.004>
- Kocan, S. et Gursoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *Journal of Breast Health*, 12(4), 145-150.
<https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>
- Koehler, A., Eyssel, J. et Nieder, T. O. (2018). Genders and individual treatment progress in (non-)binary trans individuals. *The Journal of*

- Sexual Medicine*, 15(1), 102-113.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.11.007>
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex*. Tavistock Publications.
- Kojima, T., Shoji, K., Isshiki, N. et Nakamura, K. (2008). Thyroplasty type III for treatment of voice problem in GID of female-to-male type. *Practica Oto-Rhino-Laryngologica*, 101(1), 39-43.
<https://doi.org/10.5631/jibirin.101.39>
- Kon, A. (2015). Ethical issues in decision-making for infants with disorders of sex development. *Hormone and Metabolic Research*, 47(05), 340-343. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547269>
- Kornienko, O., Santos, C., Martin, C. et Granger, K. (2016). Peer influence on gender identity development in adolescence. *Developmental Psychology*, 52(10), 1578-1592.
<https://doi.org/10.1037/dev0000200>
- Korpaisarn, S. et Safer, J. D. (2018). Gaps in transgender medical education among healthcare providers: A major barrier to care for transgender persons. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 19(3), 271-275. <https://doi-org.nottingham.idm.oclc.org/10.1007/s11154-018-9452-5>
- Kosilek v. Mass. Department of Corrections/ Kathleen Dennehy; Kosilek v. Spencer, 889 F.Supp.2d 190 (D. Mass. Sept. 4, 2012); "Kosilek II."
- Kosilek v. Massachusetts, 221 F. Supp. 2d 156 (D Mass 2002).
- Kozato, A., Fox, G. C., Yong, P. C., Shin, S. J., Avanesian, B. K., Ting, J., Yiwei, L., Subha, K., Safer, J.D. et Pang, J. H. (2021). No venous thromboembolism increase among transgender female patients remaining on estrogen for gender-affirming surgery. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(4), e1586-e1590. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa966>
- Krege, S., Eckoldt, F., Richter-Unruh, A., Köhler, B., Leuschner, I., Mentzel, H. J., Moss, A., Schweizer, K., Stein, R., Werner-Rosen, K., Wieacker, P., Wiesemann, C., Wunsch, L. et Richter-Appelt, H. (2019). Variations of sex development: The first German interdisciplinary consensus paper. *Journal of Pediatric Urology*, 15(2), 114-123.
<https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.10.008>
- Krempasky, C., Harris, M., Abern, L. et Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 134-143.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043>
- Kreukels, B. P. C., Köhler, B., Nordenström, A., Roehle, R., Thyen, U., Bouvattier, C., de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., Köhler, B., Cohen-Kettenis, P., de Vries, A., Arlt, W., Wiesemann, C., Slowikowska-Hilczler, J., de la Perriere, A. B., Sultan, C., Paris, F., Bouvattier, C., Thyen, U. et Reisch, N. (2018). Gender dysphoria and gender change in disorders of sex development/intersex conditions: Results From the dsd-LIFE study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 777-785.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.021>
- Kreukels, B. P. et Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nature Reviews Endocrinology*, 7(8), 466-472.
<https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.78>
- Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N. J., Tazeau, Y. N., Miville, M. L., Kerns, R., Stegman, R., Suzuki, L. et Benton, S. A. (2004). Achieving competency in psychological assessment: Directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 725-739.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20010>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrang, J. et Malata, A. (2018). High-quality health systems in the sustainable development goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3)
- Kunachak, S., Prakunhungsit, S. et Sujjalak, K. (2000). Thyroid cartilage and vocal fold reduction: A new phonosurgical method for male-to-female transsexuals. *The Annals of Otology, Rhinology, and Laryngology*, 109(11), 1082-1086.
<https://doi.org/10.1177/000348940010901116>
- Kuper, L. E., Adams, N. et Mustanski, B. S. (2018). Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. *LGBT Health*, 5(7), 391-400.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0259>
- Kuper, L. E., Lindley, L. et Lopez, X. (2019). Exploring the gender development histories of children and adolescents presenting for gender affirming medical care. *Clinical Practice in*

- Pediatric Psychology*, 7(3), 217-228.
<https://doi.org/10.1037/cpp0000290>
- Kuper, L. E., Mathews, S. et Lau, M. (2019). Baseline mental health and psychosocial functioning of transgender adolescents seeking gender-affirming hormone therapy. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 40(8), 589-596.
<https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000697>
- Kuper, L. E., Nussbaum, R. et Mustanski, B. (2012). Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 244-254.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2011.596954>
- Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M. et Lopez, X. (2020). Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics*, 145(4).
<https://doi.org/10.1542/peds.2019-3006>
- Kuper, L. E., Wright, L. et Mustanski, B. (2014). Stud identity among female-born youth of color: Joint conceptualizations of gender variance and same-sex sexuality. *Journal of Homosexuality*, 61(5), 714-731.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870443>
- Kuper, L. E., Wright, L. et Mustanski, B. (2018). Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. *International Journal of Transgenderism*, 19(4), 436-455.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1443869>
- Kuijpers, S., Wiepjes, C. M., Conemans, E. B., Fisher, A. D., T'Sjoen, G. et den Heijer, M. (2021). Toward a lowest effective dose of cyproterone acetate in trans women: Results from the ENIGI study. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 106(10), e3936-e3945. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1210/clinem/dgab427>
- Kuvalanka, K. A., Bellis, C., Goldberg, A. E. et McGuire, J. K. (2019). An exploratory study of custody challenges experienced by affirming mothers of transgender and gender-nonconforming children. *Family Court Review*, 57(1), 54-71. <https://doi.org/10.1111/fcre.12387>
- Kuvalanka, K. A., Mahan, D. J., McGuire, J. K. et Hoffman, T. K. (2017). Perspectives of mothers of transgender and gender-nonconforming children with autism spectrum disorder. *Journal of Homosexuality*, 65(9), 1167-1189.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1406221>
- Kuyper, L. et Wijzen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 377-385.
<https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>
- Kvist, O., Luiza Dallora, A., Nilsson, O., Anderberg, P., Sanmartin Berglund, J., Flodmark, C. E. et Diaz, S. (2021). A cross-sectional magnetic resonance imaging study of factors influencing growth plate closure in adolescents and young adults. *Acta Paediatrica*, 110(4), 1249-1256.
<https://doi.org/10.1111/apa.15617>
- Laan, E. T. M., Klein, V., Werner, M. A., van Lunsen, R. H. W. et Janssen, E. (2021). In pursuit of pleasure: A biopsychosocial perspective on sexual pleasure and gender. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 516-536.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1965689>
- Ladanyi, C., Mor, A., Christianson, M. S., Dhillon, N. et Segars, J. H. (2017). Recent advances in the field of ovarian tissue cryopreservation and opportunities for research. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(6), 709-722.
<https://doi.org/10.1007/s10815-017-0899-1>
- Lampalzer, U., Briken, P. et Schweizer, K. (2021). Psychosocial care and support in the field of intersex/diverse sex development (dsd): Counseling experiences, localization and needed improvements. *International Journal of Impotence Research*, 33(2), 228-242.
- Landén, M., Wälinder, J., Hambert, G. et Lundstrom, B. (1998). Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(4), 284-289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10001.x>
- Langenderfer-Magruder, L., Whitfield, D. L., Walls, N. E., Kattari, S. K. et Ramos, D. (2014). Experiences of intimate partner violence and subsequent police reporting among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer adults in Colorado. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(5), 855-871.
<https://doi.org/10.1177/0886260514556767>
- Langley, R. E., Gilbert, D. C., Duong, T., Clarke, N. W., Nankivell, M., Rosen, S. D., Mangar, S., Macnair, A., Sundaram, S. K., Laniado, M. E., Dixit, S., Madaan, S., Manetta, C., Pope, A., Scrase, C. D., McKay, S., Muazzam, I. A., Collins, G. N., Worlding, J. et Williams, S. T. (2021). Transdermal oestradiol for androgen suppression in prostate cancer: Long-term cardiovascular outcomes from the randomised Prostate Adenocarcinoma Transcutaneous Hormone (PATCH) trial programme. *The Lancet*, 397(10274), 581-591.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00100-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00100-8)

- Laron, Z., Zeev, Z., Kauli, R., Comaru-Schally, A. et Schally, A. (1981). D-Trp6-analogue of luteinising hormone releasing hormone in combination with cyproterone acetate to treat precocious puberty. *The Lancet*, 318(8253), 955-956. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(81\)91155-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(81)91155-7)
- Laube, J. S., Auer, M. K., Biedermann, S. V., Schröder, J., Hildebrandt, T., Nieder, T. O., Briken, P. et Fuss, J. (2020). Sexual behavior, desire, and psychosexual experience in gynephilic and androphilic trans women: A cross-sectional multicenter study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(6), 1182-1194. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.030>
- Lawrence, A. A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 32(4), 299-315. <https://doi.org/10.1023/a:1024086814364>
- Lawrence, A. A. (2005). Sexuality after male-to-female sex reassignment surgery. *Archives of Sexual Behaviour*, 34 (2), 147-166. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-1793-y>
- LeBreton, M., Courtois, F., Journal, N. M., Beaulieu-Prevost, D., Belanger, M., Ruffion, A. et Terrier, J. E. (2017). Genital sensory detection thresholds and patient satisfaction with vaginoplasty in male-to-female transgender women. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 274-281. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.005>
- Ledesma, E. et Ford, C. L. (2020). Health implications of housing assignments for incarcerated transgender women. *American Journal of Public Health*, 110(5), 650-654. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305565>
- Lee, D. S., Marsh, L., Garcia-Altieri, M. A., Chiu, L. W. et Awad, S. S. (2016). Active mental illnesses adversely affect surgical outcomes. *The American Surgeon*, 82(12), 1238-1243. <https://doi.org/10.1177/000313481608201233>
- Lee, H., Operario, D., van den Berg, J. J., Yi, H., Choo, S. et Kim, S. S. (2020). Health disparities among transgender adults in South Korea. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 32(2-3), 103-110. <https://doi.org/10.1177%2F1010539520912594>
- Lee, H., Park, J., Choi, B., Yi, H. et Kim, S. S. (2018). Experiences of and barriers to transition-related healthcare among Korean transgender adults: Focus on gender identity disorder diagnosis, hormone therapy, and sex reassignment surgery. *Epidemiology and Health*, 40, 1-13. <https://doi.org/10.4178/epih.e2018005>
- Lee, J. Y., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Chan, Y. M., Glidden, D. V. et Rosenthal, S. M. (2020). Low bone mineral density in early pubertal transgender/gender diverse youth: Findings from the Trans Youth Care Study. *Journal of Endocrine Society*, 4(9), bvaa065. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa065>
- Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F. et Hughes, I. A. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex. *Pediatrics*, 118(2):e488-500. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0738>
- Lee, P. A., Nordenström, A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L.M., Lin-Su, K., Looijenga, L. H. J.3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Mouriquand, P., Quigley, C. A., Sandberg, D. E., Vilain, E. et Witchel, S. (2016). Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(3), 158-180. <https://doi.org/10.1159/000442975>
- Lefevor, G. T., Sprague, B. M., Boyd-Rogers, C. C. et Smack, A. C. P. (2018). How well do various types of support buffer psychological distress among transgender and gender nonconforming students? *International Journal of Transgenderism*, 20(1), 39-48. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452172>
- Lehmann, V., Keim, M. C., Nahata, L., Shultz, E. L., Klosky, J. L., Tuinman, M. A. et Gerhardt, C. A. (2017). Fertility-related knowledge and reproductive goals in childhood cancer survivors: short communication. *Human Reproduction*, 32(11), 2250-2253. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex297>
- Leibowitz, S. et de Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria in adolescence. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 21-35. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1124844>
- Lerner, J. E., Martin, J. I. et Gorsky, G. S. (2020). More than an apple a day: Factors associated with avoidance of doctor visits among transgender, gender nonconforming, and nonbinary people in the USA. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(2), 409-426. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00469-3>
- Leung, A., Sakkas, D., Pang, S., Thornton, K. et Resetkova, N. (2019). Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender

- patients: A new frontier in reproductive medicine. *Fertility and Sterility*, 112(5), 858-865. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.014>
- Lev, A.I. et Wolf-Gould, C. (2018). Collaborative treatment across disciplines. Dans C.E. Keo-Meier et D.E. Ehrensaft (éds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrwv9>
- Levesque, J. F., Harris, M. F. et Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Levine, S. B. (2009). Real-Life Test Experience: Recommendations for revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 11(3), 186–193. <https://doi.org/10.1080/15532730903383773>
- Levine, S. B., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P. T., Hage, J., Van Maasdam, J., Petersen, M., Pfafflin, F. et Schaefer, L. C. (1998). The Standards of Care for Gender Identity Disorders Fifth Edition. *International Journal of Transgenderism* 2,2, <http://www.symposium.com/ijt/ijtc0405.htm>
- Levy, A., Crown, A. et Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409-418. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.2003.01821.x>
- Leyns, C., Papeleu, T., Tomassen, P., T'Sjoen, G. et D'haeseleer, E. (2021). Effects of speech therapy for transgender women: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 22(4), 360-380. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1915224>
- Liang, J. J., Gardner, I. H., Walker, J. A. et Safer, J. D. (2017). Observed deficiencies in medical student knowledge of transgender and intersex health. *Endocrine Practice*, 23(8), 897–906. <https://doi.org/10.4158/EP171758.O>
- Liao, L et Simmonds M. (2014). A values-driven and evidence-based health care psychology for diverse sex development. *Psychology & Sexuality*, 5(1), 83-101. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.831217>
- Lieberman, T. (2018). *Painting Dragons: What Storytellers Need to Know About Writing Eunuch Villains*. Bogotá, Glyph Torrent.
- Lierman, S., Tilleman, K., Braeckmans, K., Peynshaert, K., Weyers, S., T'Sjoen, G. et De Sutter, P. (2017). Fertility preservation for trans men: Frozen-thawed in vitro matured oocytes collected at the time of ovarian tissue processing exhibit normal meiotic spindles. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(11), 1449-1456. <https://doi.org/10.1007/s10815-017-0976-5>
- Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M. et Kerns, J. L. (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics and Gynecology*, 124(6), 1120-1127. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000000540>
- Light, A., Wang, L. F., Zeymo, A. et Gomez-Lobo, V. (2018). Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception*, 98(4), 266-269. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.06.006>
- Lightfoot, S., Kia, H., Vincent, A., Wright, D. K. et Vandyk, A. (2021). Trans-affirming care: An integrative review and concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 123, 104047. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104047>
- Lim, F., Johnson, M. et Eliason, M. (2015). A national survey of faculty knowledge, experience, and readiness for teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in baccalaureate nursing programs. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 144-152. <https://doi.org/10.5480/14-1355>
- Lindley, L., Anzani, A., Prunas, A. et Galupo, M. P. (2021). Sexual satisfaction in trans masculine and nonbinary individuals: A qualitative investigation. *The Journal of Sex Research*, 58(2), 222-234. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1799317>
- Lindqvist, E. K., Sigurjonsson, H., Möllermark, C., Tinder, J., Farnebo, F. et Kalle Lundgren, T. (2017). Quality of life improves early after gender reassignment surgery in transgender women. *European Journal of Plastic Surgery*, 40, 223-226. <https://doi.org/10.1007/s00238-016-1252-0>
- Lin-Su, K., Lekarev, O., Poppas, D. et Vogiatzi, M. G. (2015). Congenital adrenal hyperplasia patient perception of 'disorders sex development' nomenclature. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 2015(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13633-015-0004-4>
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS One*, 13(8),

- e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.
- Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353–3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>
- Liu, S., Liu, Q., Cheng, X., Luo, Y. et Wen, Y. (2016). Effects and safety of combination therapy with gonadotropin-releasing hormone analogue and growth hormone in girls with idiopathic central precocious puberty: A meta-analysis. *Journal of Endocrinological Investigation*, 39(10), 1167–1178. <https://doi.org/10.1007/s40618-016-0486-9>
- Liu, Y., Xin, Y., Qi, J., Wang, H., Hong, T., Yang, X., Li, B., Change, X., Knudson, G., Zhao, Z. et Pan, B. (2020). The desire and status of gender-affirming hormone therapy and surgery in transgender men and women in China: A national population study. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11), 2291–2298. <https://doi.org/10.1177/1010539520912594>
- Lopez, X., Marinkovic, M., Eimicke, T., Rosenthal, S. M. et Olshan, J. S. (2017). Statement on gender-affirmative approach to care from the pediatric endocrine society special interest group on transgender health. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(4), 475–480. <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000516>
- Lo Russo, G., Tanini, S. et Innocenti, M. (2017). Masculine chest-wall contouring in FtM transgender: a personal approach. *Aesthetic Plastic Surgery*, 41(2), 369–374. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0796-0>
- Lowry, R., Johns, M. M., Gordon, A. R., Austin, S. B., Robin, L. E. et Kann, L. K. (2018). Nonconforming gender expression and associated mental distress and substance use among high school students. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1020–1028. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2140>
- Lundberg, T., Hegarty, P. et Roen, K. (2018). Making sense of ‘Intersex’ and ‘DSD’: How laypeople understand and use terminology. *Psychology & Sexuality*, 9(2), 161–173. <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1453862>
- Luz, P. M., Jalil, E. M., Castilho, J., Velasque, L., Ramos, M., Ferreira, A. C. G., Wilson, E. C., Valdilea, G., Veloso, B. D., Moodie, E. E. M. et Grinsztejn, B. (2022). Association of discrimination, violence, and resilience with depressive symptoms among transgender women in Rio de Janeiro, Brazil: A cross-sectional analysis. *Transgender Health*, 7(1), 101–106. <https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0171>
- Lynch, M. et Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children’s symptomatology. *Development and Psychopathology*, 10(2), 235–257. <https://doi.org/10.1017/s095457949800159x>
- MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A. et Myler, E. (2016). Transmasculine individuals’ experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 106–110. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0907-y>
- Machtiger, E. L., Cuca, Y. P., Khanna, N., Rose, C. D. et Kimberg, L. S. (2015). From treatment to healing: The promise of trauma-informed primary care. *Women’s Health Issues*, 25(3), 193–197. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.03.008>
- MacKinnon, K. R., Ashley, F., Kia, H., Lam, J. S. H., Krakowsky, Y. et Ross, L. E. (2021). Preventing transition “regret”: An institutional ethnography of gender-affirming medical care assessment practices in Canada. *Social Science & Medicine*, 291, 114477. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114477>
- MacKinnon, K. R., Ng, S. L., Grace, D., Sicchia, S. R. et Ross, L. E. (2019). Protocols as curriculum? Learning health advocacy skills by working with transgender patients in the context of gender-affirming medicine. *Advances in Health Sciences Education*, 25(1), 7–18. <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09899-0>
- Madrigal-Borloz, V. (2021). *Report on gender: the law of inclusion and practices of exclusion. Report of the UN - Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, submitted to the 47th UN Human Rights Council and 76th UN General Assembly.* https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Reports_on_Gender_Final_Summary.pdf
- Madrigal-Borloz, V. (2020). *Practices of so-called “conversion therapy” - Report of the UN independent expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, submitted to the 44th session of the UN Human Rights Council.* Geneva: United

- Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. <https://undocs.org/A/HRC/44/53>
- Maheux, A. J., Zhou, Y., Thoma, B. C., Salk, R. H. et Choukas-Bradley, S. (2021). Examining sexual behavior among U.S. transgender adolescents. *The Journal of Sex Research*, 58(8), 1050-1060. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1855408>
- Mahfouda, S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Hewitt, T., Ganti, U., Lin, A. et Zepf, F. D. (2019). Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinology*, 7(6), 484-498. [http://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30305-X](http://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30305-X)
- Malhotra, A., Kort, S., Lauther, T., Mann, N., Skopicki, H. A. et Parikh, P. B. (2022). Prevalence and predictors of cardiovascular disease and risk factors in transgender persons in the United States. *Critical Pathways in Cardiology*, 21(1), 42-46. <https://doi.org/10.1097/HPC.0000000000000271>
- Malkin, M. L. et DeJong, C. (2018). Protections for transgender inmates under PREA: A comparison of state correctional policies in the United States. *Sexuality Research and Social Policy*, 16(4), 393-407. <https://doi.org/10.1007/s13178-018-0354-9>
- Malpas, J., Glaeser, E. et Giammattei, S. V. (2018). Building resilience in transgender and gender expansive children, families, and communities: A multidimensional family approach. Dans C.E. Keo-Meier et D.E. Ehrensaft (éds), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 141-156). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000095-009>
- Mamoojee, Y., Seal, L. J. et Quinton, R. (2017). Transgender hormone therapy: Understanding international variation in practice. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 243-246. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(17\)30068-2](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(17)30068-2)
- Mancini, I., Rotilio, A., Coati, I., Seracchioli, R., Martelli, V. et Meriggiola, M. C. (2017). Presentation of a meningioma in a transwoman after nine years of cyproterone acetate and estradiol intake: Case report and literature review. *Gynecological Endocrinology*, 34(6), 456-459. <https://doi.org/10.1080/09513590.2017.1395839>
- Manero Vazquez, I., Garcia-Senosiain, O., Labanca, T. et Gómez-Gil, E. (2018). Aesthetic refinement in the creation of the clitoris, its preputial hood, and labia minora in male-to-female transsexual patients. *Annals of Plastic Surgery*, 81(4), 393-397. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001532>
- Mann, R. (2006). The treatment of transgender prisoners, not just an American problem - Comparative analysis of American, Australian, and Canadian prison policies concerning the treatment of transgender prisoners and a “universal” recommendation to improve treatment. *Law & Sexuality: A Review Lesbian, Gay, Bisexual & Transgender Legal Issues*, 15, 92-133.
- Manrique, O. J., Sabbagh, M. D., Ciudad, P., Martinez-Jorge, J., Kiranantawat, K., Sitpahul, N., Nippoldt, T. B., Charafeddine, A. et Chen, H. C. (2018). Gender-confirmation surgery using the pedicle transverse colon flap for vaginal reconstruction: A clinical outcome and sexual function evaluation study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(3), 767-771. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004122>
- Manson, J. E., Chlebowski, R. T., Stefanick, M. L., Aragaki, A. K., Rossouw, J. E., Prentice, R. L., Anderson, G., Howard, B.V., Thomson, C.A., LaCroix, A.Z., Wactawski-Wende, J., Jackson, R.D., Limacher, M., Margolis, K.L., Wassertheil-Smoller, S., Beresford, S.A., Cauley, J.A., Eaton, C.B., Gass, M., ...et Wallace, R. B. (2013). Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women’s Health Initiative randomized trials. *The Journal of the American Medical Association*, 310(13), 1353-1368.
- Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J. et Murad, M. H. (2017). Sex steroids and cardiovascular outcomes in transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3914-3923. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1210/jc.2017-01643>
- Margulies, I. G., Chuang, C., Travieso, R., Zhu, V., Persing, J. A., Steinbacher, D. M. et Zellner, E. G. (2021). Preferences of transgender and gender-nonconforming persons in gender-confirming surgical care: A cross-sectional study. *Annals of Plastic Surgery*, 86(1), 82-88. <https://doi.org/10.1097/SAP.00000000000002351>
- Marinkovic, M. et Newfield, R. S. (2017). Chest reconstructive surgeries in transmasculine youth: Experience from one pediatric center. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 376-381. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1349706>

- Marks, D. H., Peebles, J. K. et Dommasch, E. (2019). Hair reduction for transgender persons: What dermatologists should know and how they can help. *JAMA Dermatology*, 155(5), 525-526. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.0149>
- Marsh, C., McCracken, M., Gray, M., Nangia, A., Gay, J. et Roby, K. F. (2019). Low total motile sperm in transgender women seeking hormone therapy. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(8), 1639-1648. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01504-y>
- Marshall, W. A. et Tanner, J. M. (1969). Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Archives of Disease in Childhood*, 44(235), 291-303.
- Masten, A. S. et Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491-495. <https://doi.org/10.1017/s0954579410000222>
- Martin, K. A., Chang, R. J., Ehrmann, D. A., Ibanez, L., Lobo, R. A., Rosenfield, R. L., Shapiro, J., Montori, V. M., et Swiglo, B. A. (2008). Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(4), 1105-1120. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-2437>
- Martinez, C., Rikhi, R., Haque, T., Fazal, A., Kolber, M., Hurwitz, B. E., Schneiderman, N. et Brown, T. T. (2020). Gender identity, hormone therapy, and cardiovascular disease risk. *Current Problems in Cardiology*, 45(5), 100396. <https://doi.org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1016/j.cpcardiol.2018.09.003>
- Martinez, F. et International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM Expert Working Group. (2017). Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM 2015 expert meeting: Indications, results and future perspectives. *Fertility and Sterility*, 108(3), 407-415.e11. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.05.024>
- Martins, R. S., Saleh, R., Kamal, H., Gillani, M., Merchant, A. A., Munir, M. M., Ifikar, H. K., Shah, Z., Hussain, M. H. Z., Azhar, M., Qadri, F. et Saleem, S. (2020). The need for transgender healthcare medical education in a developing country. *Advances in Medical Education and Practice*, 11, 405. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S255483>
- Maruri, S. (2011). Hormone therapy for inmates: A metonym for transgender rights. *Cornell Journal of Law and Public Policy*, 20(3), 10.
- Massie, J. P., Morrison, S. D., Van Maasdam, J. et Satterwhite, T. (2018). Predictors of patient satisfaction and postoperative complications in penile inversion vaginoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(6), 911e-921e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004427>
- Mastronikolis, N. S., Remale, M., Biagini, M., Kiagiadaki, D. et Lawson, G. (2013). Wendler glottoplasty: An effective pitch raising surgery in male-to-female transsexuals. *Journal of Voice*, 27(4), 516-522. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.04.004>
- Matai, V., Cheesman, A. D. et Clarke, P. M. (2003). Cricothyroid approximation and thyroid chondroplasty: A patient survey. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 128(6), 841-847. [https://doi.org/10.1016/s0194-5998\(03\)00462-5](https://doi.org/10.1016/s0194-5998(03)00462-5)
- Matei, S. et Danino, M. A. (2015). Smoking and plastic surgery: A Montreal perspective. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthétique*, 60 (1), e71-e72. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.012>
- Matoso, A., Khandakar, B., Yuan, S., Wu, T., Wang, L. J., Lombardo, K. A. et Yakirevich, E. (2018). Spectrum of findings in orchiectomy specimens of persons undergoing gender confirmation surgery. *Human Pathology*, 76, 91-99. <https://doi.org/10.1016/j.humpath.2018.03.007>
- Matsuno, E. (2019). Nonbinary-affirming psychological interventions. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 617-628. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.09.003>
- Matsuno, E. et Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist*, 46(5), 632-655. <https://doi.org/10.1177/0011000018787261>
- Mattawanon, N., Charoenkwan, K. et Tangpricha, V. (2021). Sexual dysfunction in transgender people: A systematic review. *Urology Clinics of North America*, 48(4), 437-460. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2021.06.004>
- Mattawanon, N., Spencer, J. B., Schirmer, D. A. et Tangpricha, V. (2018). Fertility preservation options in transgender people: A review. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 19(3), 231-242. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9462-3>
- Matthews, J. J., Olszewski, A. et Petereit, J. (2020). Knowledge, training, and attitudes of students and speech-language pathologists about providing

- communication services to individuals who are transgender. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 597-610. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00148
- Matthews, S. J., Picton, H., Ernst, E. et Andersen, C. Y. (2018). Successful pregnancy in a woman previously suffering from β -thalassemia following transplantation of ovarian tissue cryopreserved before puberty. *Minerva Obstetrics and Gynecology*, 70(4), 432-435. <https://doi.org/10.23736/s0026-4784.18.04240-5>
- Maxwell, S., Noyes, N., Keefe, D., Berkeley, A. S. et Goldman, K. N. (2017). Pregnancy outcomes after fertility preservation in transgender men. *Obstetrics and Gynecology*, 129(6), 1031-1034. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002036>
- Mayer, T. K., Koehler, A., Eyssel, J. et Nieder, T. O. (2019). How gender identity and treatment progress impact decision-making, psychotherapy and aftercare desires of trans persons. *Journal of Clinical Medicine*, 8(5), 749. <https://doi.org/10.3390/jcm8050749>
- Mazur, T., Cohen-Kettenis, P. T., Meyer, W. J., Meyer-Bahlburg, H. F. et Zucker, K. J. (2007). Survey of HBGDA membership on treatment of disorders of sex development (DSD). *International Journal of Transgenderism*, 10(2), 99-108. <https://doi.org/10.1080/1553273080218227>
- McCallion, S., Smith, S., Kyle, H., Shaikh, M. G., Wilkinson, G. et Kyriakou, A. (2021). An appraisal of current service delivery and future models of care for young people with gender dysphoria. *European Journal of Pediatrics*, 180(9), 2969-2976. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04075-2>
- McCauley, E., Eckstrand, K., Desta, B., Bouvier, B., Brockmann, B. et Brinkley-Rubenstein, L. (2017). Exploring healthcare experiences for incarcerated individuals who identify as transgender in a southern jail. *Transgender Health*, 3(1), 34-41. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0046>
- McConnell, E. A., Birkett, M. A. et Mustanski, B. (2015). Typologies of social support and associations with mental health outcomes among LGBT youth. *LGBT Health*, 2(1), 55-61. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0051>
- McDowell, A. et Bower, K. M. (2016). Transgender health care for nurses: An innovative approach to diversifying nursing curricula to address health inequities. *Journal of Nursing Education*, 55(8). <https://doi.org/476-479>. doi:10.3928/01484834-20160715-11.
- McDowell, A., Raifman, J., Progovac, A. M. et Rose, S. (2020). Association of nondiscrimination policies with mental health among gender minority individuals. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 952-958. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0770>
- McDowell, M. J., Hughto, J. M. W. et Reisner, S. L. (2019). Risk and protective factors for mental health morbidity in a community sample of female-to-male trans-masculine adults. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-2008-0>
- McFadden, S. H., Frankowski, S., Flick, H. et Witten, T. M. (2013). Resilience and multiple stigmatized identities: Lessons from transgender persons' reflections on aging. In J. D. Sinnott (Ed.) *Positive Psychology: Advances in Understanding Adult Motivation* (pp. 247-267). Springer Science + Business Media
- McGuire, J. K., Beek, T. F., Catalpa, J. M. et Steensma, T. D. (2018). The Genderqueer Identity (GQI) Scale: Measurement and validation of four distinct subscales with trans and LGBQ clinical and community samples in two countries. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 289-304. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1460735>
- McGuire, J. K., Berg, D., Catalpa, J. M., Morrow, Q. J., Fish, J. N., Nic Rider, G., Steensma, T., Cohen-Kettenis, P. T. et Spencer, K. (2020). Utrecht Gender Dysphoria Scale - Gender Spectrum (UGDS-GS): Construct validity among transgender, nonbinary, and LGBQ samples. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 194-208. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1723460>
- McInroy, L. B., Beaujolais, B., Craig, S. L. et Eaton, A. D. (2021). The Self-identification, LGBTQ+ identity development, and attraction and behavior of asexual youth: Potential implications for sexual health and internet-based service provision. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3853-3863. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02064-y>
- McLachlan, C. (2019). Que(e)ring trans and gender diversity. *South African Journal of Psychology*, 49(1), 10-13. Urology Clinics North America <https://doi.org/10.1177/0081246318780774>
- McNabb, C. (2017). *Nonbinary gender identities: History, culture, resources*. Rowman & Littlefield.
- McNamara, C. (2007). Re-inhabiting an uninhabitable body: Interventions in voice production with transsexual men. *Research in Drama Education: The Journal of Applied Theatre Studies*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/10634260701431111>

- The Journal of Applied Theatre and Performance*, 12(2), 195-206.
<https://doi.org/10.1080/13569780701321070>
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S. et Regan, M. (2013). *Speaking from the margins: trans mental health and wellbeing in Ireland*. Transgender Equality Network Ireland (TENI).
<https://www.atlanticphilanthropies.org/wp-content/uploads/2015/09/teni-speaking-from-the-margins-report.pdf>
- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J. et Regan, M. (2012). *UK Trans Mental Health Study 2012*. Scottish Transgender Alliance, Trans Resource and Empowerment Centre, TransBareAll, Traverse Research, Sheffield Hallam University. Scottish Trans Alliance
https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2013/03/trans_mh_study.pdf
- McNeill, E. J. M., Wilson, J. A., Clark, S. et Deakin, J. (2008). Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 22(6), 727-733.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.12.010>
- McTernan, M., Yokoo, K. et Tong, W. (2020). A comparison of gender-affirming chest surgery in nonbinary versus transmasculine patients. *Annals of Plastic Surgery*, 84(5S Suppl. 4), S323-S328.
<https://doi.org/10.1097/sap.0000000000002254>
- Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L. et Branje, S. (2011). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(8), 1008–1021. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9730-y>
- Mehring, J. et Dowshen, N. L. (2019). Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(9), 100684.
<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100684>
- Mehring, J. E., Harrison, J. B., Quain, K. M., Shea, J. A., Hawkins, L. A. et Dowshen, N. L. (2021). Experience of chest dysphoria and masculinizing chest surgery in transmasculine youth. *Pediatrics*, 147(3), e2020013300.
<https://doi.org/10.1542/peds.2020-013300>
- Meier, S. C. et Labuski, C. M. (2013). *The Demographics of the Transgender Population*. In A.K. Baumle (Ed.). *International Handbook on the Demography of Sexuality* (pp. 289-327). Springer.
- Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C. et Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationships of female-to-male trans men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism*, 14(2), 75-85.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2013.791651>
- Meijer, J. H., Eeckhout, G. M., van Vlerken, R. H. et de Vries, A. L. (2017). Gender dysphoria and co-existing psychosis: Review and four case examples of successful gender affirmative treatment. *LGBT Health*, 4(2), 106–114.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0133>
- Meister, J., Hagen, R., Shehata-Dieler, W., Kühn, H., Kraus, F. et Kleinsasser, N. (2016). Pitch elevation in male-to-female transgender persons - The Würzburg approach. *Journal of Voice*, 31(2), 244.e7–244.e15.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2016.07.018>
- Mendoza, N. et Motos, M. A. (2013). Androgen insensitivity syndrome. *Gynecological Endocrinology*, 29(1), 1-5.
<https://doi.org/10.3109/09513590.2012.705378>
- Meriggiola, M. C., Armillotta, F., Costantino, A., Altieri, P., Saad, F., Kalhorn, T. et Pelusi, G. (2008). Effects of testosterone undecanoate administered alone or in combination with letrozole or dutasteride in female to male transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(10), 2442-2453. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00909.x>
- Mészáros, K., Vitéz, L. C., Szabolcs, I., Góth, M., Kovács, L., Görömbei, Z. et Hacki, T. (2005). Efficacy of conservative voice treatment in male-to-female transsexuals. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 57(2), 111–118.
<https://doi.org/10.1159/000083572>
- Meyer, W. III., Bockting W., Cohen-Kettenis P., Coleman E., DiCeglie D., Devor H., Gooren L., Hage J., Kirk S., Kuiper B., Laub D., Lawrence A., Menard Y., Patton J., Schaefer L., Webb A., Wheeler C.. (2001). The standards of care for gender identity disorders - Sixth Version. *International Journal of Transgenderism*, 5(1). http://www.symposium.com/ijt/soc_01/index.htm
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2014). Psychoendocrinology of Congenital Adrenal Hyperplasia. *Genetic Steroid Disorders*, 285–300.
<https://doi.org/10.1016/b978-0-12-416006-4.00023-5>

- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2019). “Diagnosing” gender? Categorizing gender-identity variants in the Anthropocene. *Archives of Sexual Behavior* 48(7), 2027-2035. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1349-6>.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2022). The timing of genital surgery in somatic intersexuality: Surveys of patients’ preferences. *Hormone Research in Paediatrics*, 95, 12-20. <https://doi.org/10.1159/000521958>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baratz Dalke, K., Berenbaum, S. A., Cohen-Kettenis, P. T., Hines, M. et Schober, J. M. (2016). Gender assignment, reassignment and outcome in disorders of sex development: Update of the 2005 Consensus Conference. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(2), 112–118. <https://doi.org/10.1159/000442386>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J. et New, M. I. (2017). Stigma in medical settings as reported retrospectively by women with congenital adrenal hyperplasia (CAH) for their childhood and adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 496-503. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw034>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., Ehrhardt, A. A. et New, M. I. (2018). Stigma associated with classical congenital adrenal hyperplasia in women’s sexual lives. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 943-951. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1003-8>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., Reyes-Portillo, J. A., Khuri, J., Ehrhardt, A. A. et New, M. I. (2017). Syndrome-related stigma in the general social environment as reported by women with classical congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 46(2), 341-351. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0862-8>
- Mieusset, R., Bujan, L., Mansat, A., Pontonnier, F. et Grandjean, H. (1987). Effects of artificial cryptorchidism on sperm morphology. *Fertility and Sterility*, 47(1), 150-155. <https://doi.org/10.1016/s0015-02821649951-6>
- Mieusset, R., Grandjean, H., Mansat, A. et Pontonnier, F. (1985). Inhibiting effect of artificial cryptorchidism on spermatogenesis. *Fertility and Sterility*, 43(4), 589-594. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)48502-x](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)48502-x)
- Miksad, R. A., Bubley, G., Church, P., Sanda, M., Rofsky, N., Kaplan, I. et Cooper, A. (2006). Prostate cancer in a transgender woman 41 years after initiation of feminization. *The Journal of the American Medical Association*, 296(19), 2312-2317. <https://doi.org/10.1001/jama.296.19.2316>
- Miller, L., Leeth, E. A., Johnson, E. K., Rosoklija, I., Chen, D., Aufox, S. A. et Finlayson, C. (2018). Attitudes towards ‘disorders of sex development’ nomenclature among physicians, genetic counselors, and mental health clinicians. *Journal of Pediatric Urology*, 14(5), 418.e1-418.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.08.009>
- Miller, M. D. (2018) Guide de recherche sur l'écriture inclusive. Montréal : Bibliothèque de l'Université McGill. <https://libraryguides.mcgill.ca/ecritureinclusive>
- Millet, N., Longworth, J. et Arcelus, J. (2017). Prevalence of anxiety symptoms and disorders in the transgender population: A systematic review of the literature. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 27-38. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1258353>
- Millington, K., Liu, E. et Chan, Y. M. (2019). The utility of potassium monitoring in gender-diverse adolescents taking spironolactone. *Journal of the Endocrine Society*, 3(5), 1031–1038. <https://doi.org/10.1210/js.2019-00030>
- Millington, K., Schulmeister, C., Finlayson, C., Grabert, R., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R. et Chan, Y. M. (2020). Physiological and metabolic characteristics of a cohort of transgender and gender-diverse youth in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 376-383. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.028>
- Mills, M. et Stoneham, G. (2017). *The voice book for trans and non-binary people*. Jessica Kingsley Publishers.
- Mills, M., Stoneham, G. et Davies, S. (2019). Toward a protocol for transmasculine voice: A service evaluation of the voice and communication therapy group program, including long-term follow-up for trans men at the London Gender Identity Clinic. *Transgender Health*, 4(1), 143–151. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0011>
- Milrod, C. et Karasic, D. H. (2017). Age is just a number: WPATH-affiliated surgeons’ experiences and attitudes toward vaginoplasty in transgender females under 18 years of age in the United States. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(4), 624-634. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.02.007>
- Min, K.-J., Lee, C.-K. et Park, H.-N. (2012). The lifespan of Korean eunuchs. *Current Biology*, 22(18), R792–R793. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2012.06.036>
- Ming, J. M., Chua, M. E., Lopes, R. I., Maloney, A. M., Gupta, A. A. et Lorenzo, A. J. (2018).

- Cryopreservation of testicular tissue in pre-pubertal and adolescent boys at risk for infertility: A low risk procedure. *Journal of Pediatric Urology*, 14(3), 274.e271-274.e275. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2018.02.016>
- Ministry of Justice. (2016.) *Care and management of transgender offenders*. (n.d.). GOV.UK. Retrieved May 31, 2022, from <https://www.gov.uk/government/publications/care-and-management-of-transgender-offenders>
- Mizock, L. et Lewis, T. K. (2008). Trauma in transgender populations: Risk, resilience, and clinical care. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), 335-354. <https://doi:10.1080/10926790802262523>
- Mollet, A. L. (2021). “It’s easier just to say I’m queer”: Asexual college students’ strategic identity management. *Journal of Diversity in Higher Education*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/dhe0000210>
- Money, J. et Lamacz, M. (1987). Genital examination and exposure experienced as nosocomial sexual abuse in childhood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12), 713–721. <https://doi.org/10.1097/00005053-198712000-00002>
- Monroe (aka Patterson) v. Baldwin, Illinois Department of Corrections et al, Case No. 1:19-cv-01060, 2019.
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Dhont, M., De Cuypere, G., Rubens, R., Moerman, M., Hamdi, M., Van Landuyt, K. et Blondeel, P. (2001). Surgical therapy in transsexual patients: A multi-disciplinary approach. *Acta Chirurgica Belgica*, 101(5), 200-209. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11758101>
- Monstrey, S., Hoebeke, P., Selvaggi, G., Ceulemans, P., Van Landuyt, K., Blondeel, P., Hamdi, M., Roche, N., Weyers, S. et De Cuypere, G. (2009). Penile reconstruction: Is the radial forearm flap really the standard technique? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 124(2), 510-518. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aeeb06>
- Montejo, A. L., Montejo, L. et Navarro-Cremades, F. (2015). Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 418-423. <https://doi.org/10.1097/ycp.000000000000198>
- Moody, C., Fuks, N., Peláez, S. et Smith, N. G. (2015). “Without this, I would for sure already be dead”: A qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 266. <https://doi.org/10.1037/sgd0000130>
- Mora, E., Cobeta, I., Becerra, A. et Lucio, M. J. (2018). Comparison of cricothyroid approximation and glottoplasty for surgical voice feminization in male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 128(9), 2101–2109. <https://doi.org/10.1002/lary.27172>
- Moravek, M. B., Kinnear, H. M., George, J., Batchelor, J., Shikanov, A., Padmanabhan, V. et Randolph, J. F. (2020). Impact of exogenous testosterone on reproduction in transgender men. *Endocrinology*, 161(3), bqaa014. <https://doi.org/10.1210/endo/bqaa014>
- Morenz, A. M., Goldhammer, H., Lambert, C. A., Hopwood, R. et Keuroghlian, A. S. (2020). A blueprint for planning and implementing a transgender health program. *Annals of Family Medicine*, 18(1), 73-79. <https://doi.org/10.1370/afm.2473>
- Morrison, S. D., Capitán-Canadas, F., Sanchez-Garcia, A., Ludwig, D. C., Massie, J. P., Nolan, I. T., Swanson, M., Rodriguez-Conesa, M., Friedrich, J. B., Cederna, P. S., Bellinga, R. J., Simon, D., Capitán, L. et Satterwhite, T. (2020). Prospective quality-of-life outcomes after facial feminization surgery: An international multicenter study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 145(6), 1499-1509. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006837>
- Morrison, S. D., Satterwhite, T., Grant, D. W., Kirby, J., Laub, D. R., Sr. et VanMaasdam, J. (2015). Long-term outcomes of rectosigmoid neocolporrhaphy in male-to-female gender reassignment surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 136(2), 386-394. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001459>
- Morrison, S. D., Shakir, A., Vyas, K. S., Kirby, J., Crane, C. N. et Lee, G. K. (2016). Phalloplasty: A review of techniques and outcomes. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 138(3), 594-615. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002518>
- Moser, C. et Devereux, M. (2019). Gender neutral pronouns: A modest proposal. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 331-332. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1217446>
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S. et Obedin-Maliver, J. (2020). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of*

- Transgender Health*, 22(1-2), 30-41.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M.R., Flentje, A., Lubensky, M.E., Capriotti, M.R., Ragosta, S., Forsberg, H. et Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), 30-41, <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>
- Moseson, H., Fix, L., Ragosta, S., Forsberg, H., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E. et Obedin-Maliver, J. (2021). Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(4), 376.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.035>
- Moseson, H., Lunn, M. R., Katz, A., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A., Flentje, A., Capprotti, M., Lubensky, M. E. et Obedin-Maliver, J. (2020). Development of an affirming and customizable electronic survey of sexual and reproductive health experiences for transgender and gender nonbinary people. *PLOS One*, 15(5), e0232154.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232154>
- Moseson, H., Zazanis, N., Goldberg, E., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Goldberg, E., Lesser-Lee, B., Letcher, L., Reyes, A. et Obedin-Maliver, J. (2020). The imperative for transgender and gender nonbinary inclusion: Beyond women's health. *Obstetrics and Gynecology*, 135(5), 1059-1068.
<https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003816>
- Motmans, J., Meier, P., Ponnet, K. et T'Sjoen, G. (2012). Female and male transgender quality of life: Socioeconomic and medical differences. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 743-750.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02569.x>
- Motmans, J., Nieder, T. O. et Bouman, W. P. (2019). Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 119-125.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514>
- Motmans, J., Wyverkens, E. et Defreyne, J. (2017). *Being transgender in Belgium: Ten years later*. Institute for the Equality of Women and Men. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/118_-_being_transgender_in_belgium.pdf
- Motta, G., Marinelli, L., Barale, M., Brustio, P. R., Manieri, C., Ghigo, E., Procopio, M. et Lanfranco, F. (2020). Fracture risk assessment in an Italian group of transgender women after gender-confirming surgery. *Journal of Bone Mineral Metabolism*, 38(6), 885-893.
<https://doi.org/10.1007/s00774-020-01127-9>
- Mouriquand, P. D. E., Gorduz, D. B., Gay, C.-L., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Baker, L., Baskin, L. S., Bouvattier, C., Braga, L. H., Caldamone, A. C., Duranteau, L., El Ghoneimi, A., Hensle, T. W., Hoebeke, P., Kaefer, M., Kalfa, N., Kolon, T. F., Manzoni, G., Mure, P.-Y., Nordenskjöld, A. et Pippi Salle, J. L. (2016). Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how? *Journal of Pediatric Urology*, 12(3), 139-149.
<https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.04.001>
- Movement Advancement Project. Conversion “Therapy” Bans. (2021). https://www.lgbtmap.org/equality-maps/conversion_therapy
- Mujugira, A., Kasiita, V., Bagaya, M., Nakyanzi, A., Bambia, F., Nampewo, O., Kamusiime, B., Mugisha, J., Nalumansi, A., Twesigye, C. C., Muwonge, T. R., Baeten, J. M., Wyatt, M. A., Tsai, A. C., Ware, N. C. et Haberer, J. E. (2021). “You are not a man”: A multi-method study of trans stigma and risk of HIV and sexually transmitted infections among trans men in Uganda. *Journal of the International AIDS Society*, 24(12), e25860.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jia2.25860>
- Mukhopadhyay, A. et Chowdhury, R. (2009). The eunuch patient. *Tropical Doctor*, 39(1), 63-64.
<https://doi.org/10.1258/td.2008.080016>
- Müller, A. (2013). Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African health sciences faculty: Addressing the gap. *BMC Medical Education*, 13(1), 1-7.
<https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-174>
- Müller, A. (2015). Strategies to include sexual orientation and gender identity in health professions education. *African Journal of Health Professions Education*, 17(1), 1-10.
<https://doi.org/10.7196/AJHPE.359>
- Müller, A. (2017). Scrambling for access : availability , accessibility , acceptability and quality of healthcare for lesbian , gay , bisexual and transgender people in South Africa. *BMC*

- International Health and Human Rights*, 17(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12914-017-0124-4>
- Müller, A. et Daskilewicz, K. et The Southern and East African Research Collective on Health (2019). *'Are we doing alright? Realities of violence, mental health, and access to healthcare related to sexual orientation and gender identity and expression in eSwatini: Research report based on a community-led study in nine countries'*. COC Netherlands. https://eswatiniminorities.org/wp-content/uploads/2019/07/SOGIE-and-wellbeing_02_eSwatini.pdf
- Müller, A., Daskilewicz, K., Kabwe, M. L., Mmolai-Chalmers, A., Morrioni, C., Muparamoto, N., Muula, A. S., Odira, V. et Zimba, M. (2021). Experience of and factors associated with violence against sexual and gender minorities in nine African countries: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 357. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10314-w>
- Mullins, E. S., Geer, R., Metcalf, M., Piccola, J., Lane, A., Conard, L. A. E. et Kowalczyk Mullins, T. L. (2021). Thrombosis risk in transgender adolescents receiving gender-affirming hormone therapy. *Paediatrics*, 147(4), e2020023549. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-023549>
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J. et Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: A systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*, 72(2), 214-231. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>
- Murchison, G., Adkins, D., Conard, L.A., Ph, R., Ehrensaft, D., Elliott, T., Hawkins, L.A., Lopez, X., Newby, H., Ng, H., Vettors, R., Wolf-Gould, C., Brown, J., Hanneman, T., Kahn, E. (2016). *Supporting & Caring for Transgender Children*. Human Rights Campaign.
- Myers, S. C. et Safer, J. D. (2017). Increased rates of smoking cessation observed among transgender women receiving hormone treatment. *Endocrine Practice*, 23(1), 32-36. <https://doi.org/10.4158/EP161438.OR>
- Nahata, L., Chen, D., Moravek, M. B., Quinn, G. P., Sutter, M. E., Taylor, J., Tishelman, A. C. et Gomez-Lobo, V. (2019). Understudied and under-reported: Fertility issues in transgender youth - A narrative review. *Journal of Paediatrics*, 205, 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.009>
- Nahata, L., Cohen, L. E. et Yu, R. N. (2012). Barriers to fertility preservation in male adolescents with cancer: it's time for a multidisciplinary approach that includes urologists. *Urology*, 79(6), 1206-1209. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2012.02.035>
- Nahata, L., Curci, M. B. et Quinn, G. P. (2018). Exploring fertility preservation intentions among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 123-125. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.288>
- Nahata, L., Quinn, G. P. et Tishelman, A. C. (2018). Counseling in pediatric populations at risk for infertility and/or sexual function concerns. *Pediatrics*, 142(2), e20181435. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1435>
- Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M. et Quinn, G. P. (2017). Low fertility preservation utilization among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 61(1), 40-44. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.012>
- Nanda, K., Stuart, G. S., Robinson, J., Gray, A. L., Tepper, N. K. et Gaffield, M. E. (2017). Drug interactions between hormonal contraceptives and antiretrovirals. *AIDS*, 31(7), 917-952. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001392>
- Nanda, S. (2014). *Gender diversity: cross cultural variations*. Second edition. Waveland Press.
- Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langner, R., Ettner, R., Radix, A., Schechter, L. et Berli, J. U. (2021). Guiding the conversation-types of regret after gender-affirming surgery and their associated etiologies. *Annals of Translational Medicine*, 9(7), 605. <https://doi.org/10.21037/atm-20-6204>
- Nash, R., Ward, K. C., Jemal, A., Sandberg, D. E., Tangpricha, V. et Goodman, M. (2018). Frequency and distribution of primary site among gender minority cancer patients: An analysis of U.S. national surveillance data. *Cancer Epidemiology*, 54, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.02.008>
- Nassiri, N., Maas, M., Basin, M., Cacciamani, G. E. et Doumanian, L. R. (2021). Urethral complications after gender reassignment surgery: A systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 33(8), 793-800. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0304-y>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Department of Health and Human Services.

- National Commission on Correctional Health Care. (2016). *Solitary Confinement (Isolation)*. <https://www.ncchc.org/solitary-confinement>.
- National LGBTQIA+ Health Education Center. (2020). *Affirming Primary Care for Intersex People*. <https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/affirming-primary-care-for-intersex-people-2020/>
- Nestle, J., Howell, C. et Wilchins, R. (éds). (2002). *Genderqueer. Voices from behind the sexual binary*. Alyson Books.
- Netshandama, V. O., Mavhandu-Mudzusi, A. H. et Matshideze, P. (2017). Deconstructing matula (taboo), a multi-stakeholder narrative about LGBTI. *South African Journal of Higher Education, 31*(4). <https://doi.org/10.20853/31-4-1328>
- Neumann, K. et Welzel, C. (2004). The importance of the voice in male-to-female transsexualism. *Journal of Voice, 18*(1), 153–167. [https://doi.org/10.1016/S0892-1997\(03\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S0892-1997(03)00084-5)
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W. et Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior, 49*(2), 645-659. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9>
- Newfield, E., Hart, S., Dibble, S. et Kohler, L. (2006). Female-to-male transgender quality of life. *Quality of Life Research, 15*(9), 1447-1457. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0002-3>
- Nguyen, H. B., Chavez, A. M., Lipner, E., Hantsoo, L., Kornfield, S. L., Davies, R. D. et Epperson, C. N. (2018). Gender-affirming hormone use in transgender individuals: Impact on behavioral health and cognition. *Current Psychiatry Reports, 20*(12), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0973-0>.
- Nieder, T. O. et Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur– either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: the situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology and Sexuality, 2*(3), 224–243. <https://doi.org/10.1080/19419899.2010.545955>
- Nieder, T. O., Eyssel, J. et Köhler, A. (2020). Being trans without medical transition: Exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interventions. *Archives of Sexual Behavior, 49*(7), 2661-2672. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01559-z>
- Nieder, T. O., Gülденring, A., Woellert, K., Briken, P., Mahler, L. et Mundle, G. (2020). Ethical aspects of mental health care for lesbian, gay, bi-, pan-, asexual, and transgender people: A case-based approach. *The Yale Journal of Biology and Medicine, 93*(4), 593–602. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7513438/>
- Nieder, T. O., Mayer, T. K., Hinz, S., Fahrenkrug, S., Herrmann, L. et Becker-Hebly, I. (2021). Individual treatment progress predicts satisfaction with transition-related care for youth with gender dysphoria: A prospective clinical cohort study. *The Journal of Sexual Medicine, 18*(3), 632–645. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.12.010>
- Nilsson, J., Jervaeus, A., Lampic, C., Eriksson, L. E., Widmark, C., Armuand, G. M., Malmors, M., Heyman, M. et Wettergren, L. (2014). ‘Will I be able to have a baby?’ Results from online focus group discussions with childhood cancer survivors in Sweden. *Human Reproduction, 29*(12), 2704-2711. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu280>
- Nobili, A., Glazebrook, C. et Arcelus, J. (2018). Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, 19*(3), 199-220. <https://doi.org/10.1007/s11154-018-9459-y>
- Nobili, A., Glazebrook, C., Bouman, W. P., Baron-Cohen, S. et Arcelus, J. (2020). The stability of autistic traits in transgender adults following cross-sex hormone treatment. *International Journal of Transgender Health, 21*(4), 431-439. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1783738>
- Nokoff, N. J., Scarbro, S., Juarez-Colunga, E., Morea, K. L. et Kempe, A. (2018). Health and cardiometabolic disease in transgender adults in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015. *Journal of the Endocrine Society, 2*(4), 349-360. <https://doi.org/10.1210/js.2017-00465>.
- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C. et den Heijer, M. (2019). Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy. *Circulation, 139*(11), 1461-1462. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.118.038584>
- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Peerdeman, S. M., Kreukels, B. P. C. et den Heijer, M. (2018). The occurrence of

- benign brain tumours in transgender individuals during cross-sex hormone treatment. *Brain*, 141(7), 2047-2054.
<https://doi.org/10.1093/brain/awy108>
- Noureai, S. A., Randhawa, P., Andrews, P. J. et Saleh, H. A. (2007). The role of nasal feminization rhinoplasty in male-to-female gender reassignment. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 9(5), 318-320.
<https://doi.org/10.1001/archfaci.9.5.318>
- Nowotny, K.M., Rogers, R.G. et Boardman, J.D. (2017). Racial disparities in health conditions among prisoners compared with the general population. *SSM - Population Health*, 3, 487-496.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.011>
- Nuttbrock, L., Bockting, W., Rosenblum, A., Hwahng, S., Mason, M., Macri, M. et Becker, J. (2014). Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among transgender women: A 3-year prospective study. *American Journal of Public Health*, 104(11), 2199-2206.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302106>
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M. et Becker, J. (2010). Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12-23.
<https://doi.org/10.1080/00224490903062258>
- Nuyen, B. A., Qian, Z. J., Campbell R. D., Erickson-DiRenzo E., Thomas J. et Sung C. K. (2022) Feminization laryngoplasty: 17-year review on long-term outcomes, safety, and technique. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 167(1), 112-117.
<https://doi.org/10.1177/01945998211036870>
- Nygren, U., Nordenskjöld, A., Arver, S. et Södersten, M. (2016). Effects on voice fundamental frequency and satisfaction with voice in trans men during testosterone treatment - A longitudinal study. *Journal of Voice*, 30(6), 766.e23-766.e34.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2015.10.016>
- Oates, J. (2019). *Evidence-based practice in voice training for transwomen*. Dans R.K. Adler, S. Hirsch et J. Pickering (éds). *Voice and communication therapy for the transgender/Gender Diverse client: A comprehensive clinical guide* (pp. 87-103). Plural Publishing.
- Oates, J. M. et Dacakis, G. (1983). Speech pathology considerations in the management of transsexualism - A review. *British Journal of Disorders of Communication*. 18(3), 139-151.
<https://doi.org/10.3109/13682828309012237>
- Obedin-Maliver, J. (2015). Time for OBGYNs to care for people of all genders. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 24(2), 109-111.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2015.1518>
- Obedin-Maliver, J. et Makadon, H. (2016). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, 9(1), 4-8.
<https://doi.org/10.1177/1753495X15612658>
- Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S. et Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *The Journal of the American Medical Association*, 306(9), 971-977.
<https://doi.org/10.1001/jama.2011.1255>
- OECD. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Office québécois de la langue française(2018). Épicène, neutre, non binaire et inclusif, [En ligne]. [bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit_bdl.asp?id=5421]
- Oğuz, Ö., Ayran, B. et Yelken, K. (2020). Clinical considerations in speech and language therapy in Turkish transgender population. *Journal of Voice*, 35(4), 662.e9-662.e13.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2019.12.011>
- OHCHR, ILO, UNDP, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNAIDS. (2016). Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people.
https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/Joint_LGBTI_Statement_ENG.PDF
- Øien, R. A., Cicchetti, D. V. et Nordahl-Hansen, A. (2018). Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders: A systematic map review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 4028-4037.
<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3686-7>
- Oktay, K., Buyuk, E., Rodriguez-Wallberg, K.A. et Sahin, G. (2010). In vitro maturation improves oocyte or embryo cryopreservation outcome in breast cancer patients undergoing ovarian stimulation for fertility preservation. *Reproductive Biomedicine Online*, 20(5), 634-638.
<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2010.01.012>
- Olde Dubbelink, L. M. E. et Geurts, H. M. (2017). Planning skills in autism spectrum disorder across the lifespan: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(4), 1148-1165. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-3013-0>

- Olezeski, C. L., Pariseau, E. M., Bamatter, W. P. et Tishelman, A. C. (2020,). Assessing gender in young children: Constructs and considerations. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(3), 293–303.
<https://doi.org/10.1037/sgd0000381>
- Oliphant, J., Veale, J., Macdonald, J., Carroll, R., Johnson, R., Harte, M., Stephenson, C. et Bullock, J. (2018). *Guidelines for gender affirming healthcare for gender diverse and transgender children, young people and adults in Aotearoa, New Zealand*. Transgender Health Research Lab. <https://patha.nz/Guidelines>
- Olivier, S. et Thurasukam, O. (2018). *Lesbian, gay, transgender, bisexual, intersex and queer (LGBTIQ+) youth in Thailand*. Save the Children Fund.
https://resourcecentre.savethechildren.net/node/13480/pdf/lgbtiqyouth_in_thailand_save_the_children_2018.pdf
- Olson, K.R., Blotner, C., Alonso, D., Lewis, K., Edwards, D., Durwood, L., 2019. Family discussions of early childhood social transitions. *Clinical Practice in Pediatric Psychology* 7, 229–240. <https://doi.org/10.1037/cpp0000289>
- Olson, K.R., Durwood, L., DeMeules, M., McLaughlin, K.A., 2016. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137, e20153223.
<https://doi.org/10.1542/peds.2015-3223>
- Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M. et Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>
- Olson, K.R., Gülgöz, S., 2018. Early findings from the TransYouth Project: Gender development in transgender children. *Child Development Perspectives*, 12, 93–97.
<https://doi.org/10.1111/cdep.12268>
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y. M., Rosenthal, S., Hidalgo, M. A., Chen, D., Clark, L. et Garofalo, R. (2019). Creating the Trans Youth Research Network: A collaborative research endeavor. *Transgender Health*, 4(1), 304-312.
<https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0024>
- Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Spack, N., Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Hidalgo, M., Tishelman, A. et Rosenthal, S. (2019). Impact of early medical treatment for transgender youth: Protocol for the longitudinal, observational Trans Youth Care Study. *JMIR Research Protocols*, 8(7), e14434. <https://doi.org/10.2196/14434>
- Olson-Kennedy, J., Cohen-Kettenis, P. T., Kreukels, B. P. C., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Garofalo, R., Meyer, W. et Rosenthal, S. M. (2016). Research priorities for gender nonconforming/transgender youth. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 172–179.
<https://doi.org/10.1097/med.0000000000000236>
- Olson-Kennedy, J., Rosenthal, S. M., Hastings, J. et Wesp, L. (2018). *Health considerations for gender non-conforming children and transgender adolescents. Guidelines for the primary care of transgender and gender nonbinary people*. <http://transhealth.ucsf.edu/guidelines/youth>
- Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M. et Clark, L. F. (2018). Chest reconstruction and chest dysphoria in transmasculine minors and young adults: Comparisons of nonsurgical and postsurgical cohorts. *JAMA Paediatrics*, 172(5), 431-436.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5440>
- Olyslager, F. et Conway, L. (2008). Transseksualiteit komt vaker voor dan u denkt. Een nieuwe kijk op de prevalentie van transseksualiteit in Nederland en België. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 11(2), 39-51.
- Oparah, J. (2012). Feminism and the (trans)gender entrapment of gender nonconforming prisoners. *UCLA Women's Law Journal*, 18(2), 239-271.
<http://dx.doi.org/10.5070/L3182017822> Consulté à l'adresse : <https://escholarship.org/uc/item/3sp664r9>.
- Orel, N. A. et Fruhauf, C. A. (2015). *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (p. 256). American Psychological Association.
- Orloff, L. A., Mann, A. P., Damrose, J. F. et Goldman, S. N. (2006). Laser-assisted voice adjustment (LAVA) in transsexuals. *The Laryngoscope*, 116(4), 655–660.
<https://doi.org/10.1097/01.mlg.0000205198.65797.59>
- Ott, J., Kaufmann, U., Bentz, E. K., Huber, J. C. et Tempfer, C. B. (2010). Incidence of thrombophilia and venous thrombosis in transsexuals under cross-sex hormone therapy. *Fertility & Sterility*, 93(4), 1267-1272.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.12.017>
- Owen, K. et Hancock, A. B. (2010). The role of self- and listener perceptions of femininity in voice therapy. *International Journal of Transgenderism*, 12(4), 272-284.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2010.550767>

- Owen-Smith, A. A., Gerth, J., Sineath, R. C., Barzilay, J., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Nash, R., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sanchez, T., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Valentine, C., Winter, S., Woodyatt, C., Song, Y. et Goodman, M. (2018). Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 591-600. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017>
- Özer, M., Toulabi, S. P., Fisher, A. D., T'Sjoen, G., Buncamper, M. E., Monstrey, S., Bizic, M. R., Djordjevic, M., Falcone, M., Christopher, N. A., Simon, D., Capitán, L. et Motmans, J. (2022). ESSM position statement "Sexual Wellbeing After Gender Affirming Surgery." *Sexual Medicine*, 10(1), 100471. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100471>
- Özkan, Ö., Çinpolat, A., Doğan, N. U., Bektaş, G., Dolay, K., Gürkan, A., Arıcı, C. et Doğan, S. (2018). Vaginal reconstruction with the modified rectosigmoid colon: Surgical technique, long-term results and sexual outcomes. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 52(4), 210-216. <https://doi.org/10.1080/20006512486X.2018.1444616>
- Pachankis, J. E. et Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(5), 403. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>
- Padilla, J. A., Feng, J. E., Anoushiravani, A. A., Hozack, W. J., Schwarzkopf, R. et Macaulay, W. B. (2019). Modifying patient expectations can enhance total hip arthroplasty postoperative satisfaction. *Journal of Arthroplasty*, 34(7s), S209-s214. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2018.12.038>
- PAHO. (2014). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other anglophone countries*. John Snow, Inc. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31360>
- Palmer, D., Dietsch, A. et Searl, J. (2011). Endoscopic and stroboscopic presentation of the larynx in male-to-female transsexual persons. *Journal of Voice*, 26(1), 117-126. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.10.014>
- Palmert, M. R., Chan, Y. M. et Dunkel, L. (2021). *Puberty and its disorders in the male*. Dans M.A. Sperling, M.R.K. Majzoub et C.A. Stratakis (éds), *Sperling Pediatric Endocrinology*. Fifth edition. Elsevier.
- Palmert, M. R. et Dunkel, L. (2012). Delayed puberty. *New England Journal of Medicine*, 366(5), 443-453. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1109290>
- Pan, S. et Honig, S. C. (2018). Gender-affirming surgery: Current concepts. *Current Urology Reports*, 19(8), 62. <https://doi.org/10.1007/s11934-018-0809-9>
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. (2019). *Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV: Transgender people with HIV*. Department of Health and Human Services: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-arv/transgender-people-hiv>.
- Pang, C., Gutman, G. et de Vries, B. (2019). Later life care planning and concerns of transgender older adults in Canada. *The International Journal of Aging and Human Development*, 89(1), 39-56. <https://doi.org/10.1177/0091415019843520>
- Pang, K. C., de Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P. et Steensma, T. D. (2020). Association of media coverage of transgender and gender diverse issues with rates of referral of transgender children and adolescents to specialist gender clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open*, 3(7), e2011161-e2011161. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>
- Papadopulos, N. A., Lelle, J. D., Zavlin, D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Kluger, A. K., Machens, H. G. et Schaff, J. (2017). Quality of life and patient satisfaction following male-to-female sex reassignment surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), 721-730. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.022>
- Papadopulos, N. A., Zavlin, D., Lelle, J. D., Herschbach, P., Henrich, G., Kovacs, L., Ehrenberger, B., Machens, H. G. et Schaff, J. (2017). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined technique leads to increased quality of life in a prospective study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 140(2), 286-294. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003529>
- Parameshwaran, V., Cockbain, B. C., Hillyard, M. et Price, J. R. (2017). Is the lack of specific lesbian, gay, bisexual, transgender and queer/questioning (LGBTQ) health care education in medical school

- a cause for concern? Evidence from a survey of knowledge and practice among UK medical students. *Journal of Homosexuality*, 64(3), 367-381.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1190218>
- Paré, F. (2020). Outlawing trans reparative therapy. EScholarship@McGill.
<https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/wh246x33v>
- Paredes, A. Z., Hyer, J. M., Diaz, A., Tsilimigras, D. I. et Pawlik, T. M. (2020). The impact of mental illness on postoperative outcomes among Medicare beneficiaries: a missed opportunity to help surgical patients? *Annals of Surgery*, 272(3), 419-425.
<https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004118>
- Pariseau, E. M., Chevalier, L., Long, K. A., Clapham, R., Edwards-Leeper, L. et Tishelman, A. C. (2019). The relationship between family acceptance-rejection and transgender youth psychosocial functioning. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 267.
<https://doi.org/10.1037/cpp0000291>
- Park, C., Brown, S. et Courey, M. (2021). Trans woman voice questionnaire scores highlight specific benefits of adjunctive glottoplasty with voice therapy in treating voice feminization. *Journal of Voice*.
<https://doi.org/10.1016/j.voice.2021.07.017>
- Park, J. A., Carter, E. E. et Larson, A. R. (2019). Risk factors for acne development in the first 2 years after initiating masculinizing testosterone therapy among transgender men. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(2), 617-618.
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.040>
- Parkes, G. et Hall, I. (2006). Gender dysphoria and cross-dressing in people with intellectual disability: A literature review. *Mental Retardation*, 44(4), 260-271.
[https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2006\)44\[260:GDACIP\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2006)44[260:GDACIP]2.0.CO;2)
- Parker, E. et Davis-McCabe, C. (2021). The sibling experience: Growing up with a trans sibling. *Australian Journal of Psychology*, 73(2), 188-199.
- Pasricha, N., Dacakis, G. et Oates, J. (2008). Communicative satisfaction of male-to-female transsexuals. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 33(1), 25-34.
<https://doi.org/10.1080/14015430701514500>
- Pasterski, V., Mastroyannopoulou, K., Wright, D., Zucker, K. J. et Hughes, I. A. (2014). Predictors of posttraumatic stress in parents of children diagnosed with a disorder of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 369-375.
<https://doi.org/10.1007/s10508-013-0196-8>
- Pasterski, V., Prentice, P. et Hughes, I. A. (2010). Consequences of the Chicago consensus on disorders of sex development (DSD): Current practices in Europe. *Archives of Disease in Childhood*, 95(8):618.
<https://doi.org/10.1136/adc.2009.163840>
- Pasterski, V., Zucker, K. J., Hindmarsh, P. C., Hughes, I. A., Acerini, C., Spencer, D., Neufeld, S. et Hines, M. (2015). Increased cross-gender identification independent of gender role behavior in girls with congenital adrenal hyperplasia: Results from a standardized assessment of 4- to 11-year-old children. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1363-1375. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0385-0>
- Patterson, C. J., Sepúlveda, M.-J. et White, J. (éds). (2020). *Understanding the Well-Being of LGBTQI+ Populations*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25877>
- Payer, A. F., Meyer, W. J., 3rd et Walker, P. A. (1979). The ultrastructural response of human Leydig cells to exogenous estrogens. *Andrologia*, 11(6), 423-436. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0272.1979.tb02232.x>
- Payne, J. G. et Erbenius, T. (2018). Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family planning in Sweden: From reproductive rights to concrete practices. *Anthropology & Medicine*, 25(3), 329-343.
<https://doi.org/10.1080/13648470.2018.1507485>
- Pediatric Endocrine Society (PES). (2020). *Position Statement on Genital Surgery in Individuals with Differences of Sex Development (DSD)/Intersex Traits*. <https://pedsendo.org/clinical-resource/position-statement-on-genital-surgery-in-individuals-with-differences-of-sex-development-dsd-intersex-traits/>.
- Peitzmeier, S., Gardner, I., Weinand, J., Corbet, A. et Acevedo, K. (2016). Health impact of chest binding among transgender adults: A community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality*, 19(1), 64-75.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1191675>
- Peitzmeier, S. M., Reisner, S. L., Harigopal, P. et Potter, J. (2014). Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: Implications for cervical cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*, 29(5), 778-784.
<https://doi.org/10.1007/s11606-013-2753-1>

- Peletz, M. (2009). *Gender pluralism: southeast Asia since early modern times*. Routledge.
- Pelusi, C., Costantino, A., Martelli, V., Lambertini, M., Bazzocchi, A., Ponti, F. et Meriggiola, M. C. (2014). Effects of three different testosterone formulations in female-to-male transsexual persons. *The Journal of Sexual Medicine*, *11*(12), 3002-3011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12698>
- Peng, K., Zhu, X., Gillespie, A., Wang, Y., Gao, Y., Xin, Y., Qi, J., Ou, J., Zhong, S., Zhao, L., Liu, J., Wang, C. et Chen, R. (2019). Self-reported rates of abuse, neglect, and bullying experienced by transgender and gender-nonbinary adolescents in China. *JAMA Network Open*, *2*(9), e1911058. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.11058>
- Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E. et Bockting, W. (2015). Individual-and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioral Medicine*, *41*(3), 164-171. <https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1028322>.
- Perrone, A. M., Cerpolini, S., Maria Salfi, N. C., Ceccarelli, C., De Giorgi, L. B., Formelli, G. et Meriggiola, M. C. (2009). Effect of long-term testosterone administration on the endometrium of female-to-male (FtM) transsexuals. *The Journal of Sexual Medicine*, *6*(11), 3193-3200. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01380.x>
- Perry, D. et Pauletti, R. (2011). Gender and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence*, *21*(1), 61-74. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00715.x>
- Persson Tholin, J. et Broström, L. (2018). Transgender and gender diverse people's experience of non-transition-related health care in Sweden. *International Journal of Transgenderism*, *19*(4), 424-435. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1465876>
- Peterson, A. L., Bender, A. M., Sullivan, B. et Karver, M. S. (2021). Ambient discrimination, victimization, and suicidality in a non-probability US sample of LGBTQ adults. *Archives of Sexual Behavior*, *50*(3), 1003-1014. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01888-4>.
- Pfäfflin, F. et Junge, A. (1998). *Sex reassignment: thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery: a comprehensive review, 1961-1991. (Translated from German into American English by Roberta B. Jacobson and Alf B. Meier)*. Symposium Publishing <http://web.archive.org/web/20070503090247/http://www.symposium.com/ijt/pfaefflin/1000.htm>
- Pflum, S. R., Testa, R. J., Balsam, K. F., Goldblum, P. B. et Bongar, B. (2015). Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *2*(3), 281-286. <https://doi.org/10.1037/sgd0000122>
- Philpott, A., Knerr, W. et Boydell, V. (2006). Pleasure and prevention: When good sex is safer sex. *Reproductive Health Matters*, *14*(28), 23-31. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(06\)28254-5](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(06)28254-5)
- Pickuth, D., Brandt, S., Neumann, K., Berghaus, A., Spielmann, R. P. et Heywang-Köbrunner, S. H. (2000). Value of spiral CT in patients with cricothyroid approximation. *The British Journal of Radiology*, *73*(872), 840-842. <https://doi.org/10.1259/bjr.73.872.11026858>
- Picton, H. M., Wyns, C., Anderson, R. A., Goossens, E., Jahnukainen, K., Kliesch, S., Mitchell, R. T., Pennings, G., Rives, N., Tournaye, H., van Pelt, A. M. M. et Schlatt, S. (2015). A European perspective on testicular tissue cryopreservation for fertility preservation in prepubertal and adolescent boys. *Human Reproduction*, *30*(11), 2463-2475. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev190>
- Piepoli, M. F., Abreu, A., Albus, C., Ambrosetti, M., Brotons, C., Catapano, A. L. Corra. U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hoes, A., Lochen, M., Matrone, B., Redon, J., Sattar, Y. et Tiberi, M. (2020). Update on cardiovascular prevention in clinical practice: A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, *27*(2), 181-205. <https://doi.org/10.1177/2047487319893035>
- Pitasi, M. A., Kerani, R. P., Kohn, R., Murphy, R. D., Pathela, P., Schumacher, C. M., Tabidze, I. et Llata, E. (2019). Chlamydia, Gonorrhea, and Human Immunodeficiency Virus infection among transgender women and transgender men attending clinics that provide sexually transmitted disease services in six US cities. *Sexually Transmitted Diseases*, *46*(2), 112-117. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000917>
- Pluvy, I., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L. et Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part I. Pathophysiological aspects: Update and proposed recommendations, *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* *60*(1), e3-e13. <https://doi.org/doi:10.1016/j.anplas.2014.06.011>

- Pluvy, I., Panouillères, M., Garrido, I., Pauchot, J., Saboye, J., Chavoïn, J. P., Tropet, Y., Grolleau, J. L., et Chaput, B. (2015). Smoking and plastic surgery, part II. Clinical implications: A systematic review with meta-analysis. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 60(1), e15-e49. <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2014.09.011>
- Pope, K. S. et Vasquez, M. J. T. (2016). *Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide*. John Wiley & Sons, Inc.
- Poquiz, J. L., Coyne, C. A., Garofalo, R. et Chen, D. (2021). Comparison of gender minority stress and resilience among transmasculine, transfeminine, and nonbinary adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 68(3), 615-618. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.014>
- Porter, K. E., Brennan-Ing, M., Chang, S. C., Dickey, L. M., Singh, A. A., Bower, K. L. et Witten, T. M. (2016). Providing competent and affirming services for transgender and gender nonconforming older adults. *Clinical Gerontologist*, 39(5), 366-388. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1203383>
- Poteat, T. C., Divsalar, S., Streed, C. G., Feldman, J. L., Bockting, W. O. et Meyer, I. H. (2021). Cardiovascular disease in a population-based sample of transgender and cisgender adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 61(6), 804-811. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.05.019>
- Poteat, T., German, D. et Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, 22-29.
- Poteat, T., Scheim, A., Xavier, J., Reisner, S. et Baral, S. (2016). Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S210-S219. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001087>
- Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B. et Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet*, 385(9964), 274-286. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3)
- Potter, J., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I., Reisner, S. L., Alizaga, N. M., Agénor, M. et Pardee, D. J. (2015). Cervical cancer screening for patients on the female-to-male spectrum: A narrative review and guide for clinicians. *Journal of General Internal Medicine*, 30(12), 1857-1864. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3462-8>
- Poudrier, G., Nolan, I. T., Cook, T. E., Saia, W., Motosko, C. C., Stranix, J. T., Thomson, J. E., Gothard, M. D. et Hazen, A. (2019). Assessing quality of life and patient-reported satisfaction with masculinizing top surgery: A mixed-methods descriptive survey study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 272-279. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000005113>
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2019). Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 112(6), 1022-1033. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.08.012>
- Pradhan, S. et Gomez-Lobo, V. (2019). Hormonal contraceptives, intrauterine devices, gonadotropin-releasing hormone analogues and testosterone: Menstrual suppression in special adolescent populations. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(5S), S23-S29. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.04.007>
- Pratt-Chapman, M. L. (2020). Implementation of sexual and gender minority health curricula in health care professional schools: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 20, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02045-0>
- Précoma, D. B., Oliveira, G., Simão, A. F., Dutra, O. P., Coelho, O. R., Izar, M., Póvoa, R., Giuliano, I., Alencar Filho, A. C., Machado, C. A., Scherr, C., Fonseca, F., Santos Filho, R., Carvalho, T., Avezum, Á., Jr., Esporcatte, R., Nascimento, B. R., Brasil, D. P., Soares, G. P., Villela, P. B., ... Mourilhe-Rocha, R. (2019). Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 113(4), 787-891. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.5935/abc.20190204>
- Prince, J. C. J. et Safer, J. D. (2020). Endocrine treatment of transgender individuals: Current guidelines and strategies. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism*, 15(6), 395-403. <https://doi.org/10.1080/17446651.2020.1825075>
- Prison systems in the United States. *Journal of Correctional Health Care : The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 15(4), 280-291. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1177/1078345809340423-hi>
- Przeworski, A., Peterson, E. et Piedra, A. (2021). A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation

- change efforts. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(1), 81-100.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12377>
- Psychological Society of South Africa. (2017). *Practice Guidelines For Psychology Professionals Working With Sexually And Gender-Diverse People*. (C. J. Victor et J. A. Nel, éds) (1st ed.). Johannesburg: Psychological Society of South Africa. Consulté à l'adresse :
<https://www.psyssa.com>
- Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B. et Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(1), 48-59.
<https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8>
- Puckett, J. A., Matsuno, E., Dyar, C., Mustanski, B. et Newcomb, M. E. (2019). Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *Journal of Family Psychology*, 33(8), 954.
<https://doi.org/10.1037/fam0000561>
- Pullen Sansfaçon, A., Kirichenko, V., Holmes, C., Feder, S., Lawson, M.L., Ghosh, S., Ducharme, J., Temple Newhook, J., Suerich-Gulick, F. (2019). Parents/guardians' journeys to acceptance and support of gender-diverse and trans children and youth. *Journal of Family Issues*, 41(8), 1214-1236. <https://doi.org/10.1177/0192513X19888779>
- Pullen Sansfaçon, A., Robichaud, M.-J. et Dumais-Michaud, A.-A. (2015). The experience of parents who support their children's gender variance. *Journal of LGBT Youth*, 12, 39-63.
<https://doi.org/10.1080/19361653.2014.935555>
- Putney, J.M., Keary, S., Hebert, N., Krinsky, L. et Halmo, R. (2018). Anticipated needs of LGBT older adults in long-term care. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(8), 887-907.
<https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1508109>
- Quain, K. M., Kyweluk, M. A., Sajwani, A., Gruschow, S., Finlayson, C., Gordon, E. J., Johnson, E. K., Persky, R., Dowshen, N. et Chen, D. (2021). Timing and delivery of fertility preservation information to transgender adolescents, young adults, and their parents. *The Journal of Adolescent Health*, 68(3), 619-622.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.044>
- Quinn, G. P., Tishelman, A. C., Chen, D. et Nahata, L. (2021). Reproductive health risks and clinician practices with gender diverse adolescents and young adults. *Andrology*, 9(6), 1689-1697.
<https://doi.org/10.1111/andr.13026>
- Quinn, V. P., Nash, R., Hunkeler, E., Contreras, R., Cromwell, L., Becerra-Culqui, T. A., Getahun, D., Giammattei, S., Lash, T. L., Millman, A., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Slovis, J., Tangpricha, V., Tolsma, D., Valentine, C., Wads, K., Winter, S. et Goodman, M. (2017). Cohort profile: Study of Transition, Outcomes and Gender (STRONG) to assess health status of transgender people. *BMJ Open*, 7(12), e018121.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018121>
- Rachlin, K., Dhejne, C. et Brown, G. R. (2010). The future of GID NOS in the DSM-5: Report of the GID NOS working group of a consensus process conducted by the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 86-93.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2010.509209>
- Radix, A. E., Harris, A. B. et Goldstein, Z. G. (2020). How can we improve uptake of oral HIV pre-exposure prophylaxis for transgender individuals? *Expert Review of Anti-infective Therapy*, 18(9), 835-838.
<https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1759418>
- Radix, A. et Eisfeld, J. (2014). Informierte zustimmung in der trans*-gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27(01), 31-43.
<https://doi.org/10.1055/s-0034-1366129>
- Rae, J. R., Gülgöz, S., Durwood, L., DeMeules, M., Lowe, R., Lindquist, G. et Olson, K. R. (2019). Predicting early-childhood gender transitions. *Psychological Science*, 30(5), 669-681.
<https://doi.org/10.1177/0956797619830649>
- Rael, C. T., Martinez, M., Giguere, R., Bockting, W., MacCrate, C., Mellman, W., Valente, P., Greene, G. J., Sherman, S. G., Footer, K. H. A., D'Aquila, R. T., Carballo-Diéguez, A. et Hope, T. J. (2019). Transgender women's concerns and preferences on potential future long-acting biomedical HIV prevention strategies: The case of injections and implanted medication delivery devices (IMDDs). *AIDS and Behavior*, 24(5), 1452-1462.
<https://doi.org/10.1007/s10461-019-02703-5>
- Raffaini, M., Magri, A. S. et Agostini, T. (2016). Full facial feminization surgery: Patient satisfaction assessment based on 180 procedures involving 33 consecutive patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 137(2), 438-448.
<https://doi.org/10.1097/01.prs.0000475754.71333.f6>
- Rafferty, J. et Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents.

- Pediatrics*, 142(4), e20182162.
<https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>
- Raigosa, M., Avvedimento, S., Yoon, T. S., Cruz-Gimeno, J., Rodriguez, G. et Fontdevila, J. (2015). Male-to-female genital reassignment surgery: A retrospective review of surgical technique and complications in 60 patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1837-1845.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12936>
- Rapp, M., Duranteau, L., van de Griff, T. C., Schober, J., Hirschberg, A. L., Kreye, S. et DSD- Life group. (2021). Self- and proxy-reported outcomes after surgery in people with disorders/differences of sex development (DSD) in Europe (dsd-LIFE). *Journal of Pediatric Urology*, 17(3), 353-365.
<https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2020.12.007>
- Rashid, A., Afiqah, S. N. et Iguchi, Y. (2022). Use of hormones among trans women in the west coast of peninsular Malaysia: A mixed methods study. *Transgender Health*, 7(3), 242-249.
<https://doi.org/10.1089/trgh.2020.0119>
- RCGP. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP Position Statement*.
<https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/Policy/A-Z-policy/2019/RCGP-position-statement-providing-care-for-gender-transgender-patients-june-2019.ashx?la=en>
- Rebeck, T. R., Friebel, T., Wagner, T., Lynch, H. T., Garber, J. E., Daly, M. B., Isaacs, C., Olopade, O. I., Neuhausen, S. L., van 't Veer, L., Eeles, R., Evans, D. G., Tomlinson, G., Matloff, E., Narod, S. A., Eisen, A., Domchek, S., Armstrong, K. et Weber, B. L. (2005). Effect of short-term hormone replacement therapy on breast cancer risk reduction after bilateral prophylactic oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: The PROSE study group. *Journal of Clinical Oncology*, 23(31), 7804-7810.
<https://doi.org/10.1200/jco.2004.00.8151>
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P. et Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: Revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*, 15(3), 205-221.
<https://doi.org/10.1002/wps.20354>
- Rees, S. N., Crowe, M. et Harris, S. (2021). The lesbian, gay, bisexual and transgender communities' mental health care needs and experiences of mental health services: An integrative review of qualitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 578-589. <https://doi.org/10.1111/jpm.12720>
- Regmi, P. R., van Teijlingen, E. et Neupane, S. R. (2021). Silicone use among Nepali transgender women: The hazards of beauty. *Journal of Health Research*, 35(2) 160-171.
<https://doi.org/10.1108/JHR-08-2019-0192>
- Reisman, T., Dacarett-Galeano, D. et Goldstein, Z. (2019). Transgender care and medical education. Dans L. Poretsky et W. C. Hembree (éds), *Transgender Medicine* (pp. 283-292). Humana Press, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05683-4_14
- Reisman, T. et Goldstein, Z. (2018). Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgender Health*, 3(1), 24-26.
<https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0044>
- Reisner, S. L. et Murchison, G. R. (2016). A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to-male transgender adults. *Global Public Health*, 11(7-8), 866-887.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134613>
- Reisner, S. L., Bradford, J., Hopwood, R., Gonzalez, A., Makadon, H., Todisco, D., Cavanaugh, T., VanDerwarker, R., Grasso, C., Zaslow, S., Boswell, S. L. et Mayer, K. (2015). Comprehensive transgender healthcare: The gender affirming clinical and public health model of Fenway Health. *Journal of Urban Health*, 92(3), 584-592. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9947-2>
- Reisner, S. L., Deutsch, M. B., Peitzmeier, S. M., White Hughto, J. M., Cavanaugh, T. P., Pardee, D. J., McLean, S. A., Panther, L.A., Gelman, M., Mirmiaga, M. J. et Potter, J. E. (2018). Test performance and acceptability of self- versus provider-collected swabs for high-risk HPV DNA testing in female-to-male trans masculine patients. *PloS One*, 13(3), e0190172.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190172>
- Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T. et Ybarra, M. L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *Journal of Sex Research*, 52(3), 243-256.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321>
- Reisner, S. L., Moore, C. S., Asquith, A., Pardee, D. J., Sarvet, A., Mayer, G. et Mayer, K. H. (2019). High risk and low uptake of pre-exposure prophylaxis to prevent HIV acquisition in a national online sample of transgender men who

- have sex with men in the United States. *Journal of the International AIDS Society*, 22(9), e25391. <https://doi.org/10.1002/jia2.25391>
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E. et Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. *Lancet* 388(10042), 412-436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Reisner, S. L., Radix, A. et Deutsch, M. B. (2016). Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 72, S235-S242. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001088>
- Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D. et Mimiaga, M. J. (2015). Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: A matched retrospective cohort study. *The Journal of Adolescent Health*, 56(3), 274-279. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.264>
- Reisner, S. L., Silva-Santisteban, A., Salazar, X., Vilela, J., D'Amico, L. et Perez-Brumer, A. (2021). "Existimos": Health and social needs of transgender men in Lima, Peru. *PLoS One*, 16(8), e0254494. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254494>
- Remacle, M., Matar, N., Morsomme, D., Veduyck, I. et Lawson, G. (2011). Glottoplasty for male-to-female transsexualism: Voice results. *Journal of Voice*, 25(1), 120-123. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.07.004>
- Remington, A. C., Morrison, S. D., Massie, J. P., Crowe, C. S., Shakir, A., Wilson, S. C., Vyas, K. S., Lee, G. K. et Friedrich, J. B. (2018). Outcomes after phalloplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 141(2), 220e-229e. <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000004061>
- Rew, L., Young, C. C., Monge, M. et Bogucka, R. (2021). Puberty blockers for transgender and gender diverse youth - A critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(1), 3-14. <https://doi.org/10.1111/camh.12437>
- Rich, A., Scheim, A., Koehoorn, M. et Poteat, T. (2020). Non-HIV chronic disease burden among transgender populations globally: A systematic review and narrative synthesis. *Preventive Medicine Reports*, 20, 101259. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101259>
- Richards, C. (2021). *Trans and sexuality: An existentially-informed inquiry with implications for counselling psychology*. Routledge.
- Richards, C. et Barrett, J. (2020). *Trans and non-binary gender healthcare for psychiatrists, psychologists, and other mental health professionals*. Royal College of Psychiatrists/Cambridge University Press.
- Richards, C., Barker, M. J., Lenihan, P. et Iantaffi, A. (2014). Who watches the watchmen? A critical perspective on the theorization of trans people and clinicians. *Feminism & Psychology*, 4, 248-258. <https://doi.org/10.1177/0959353514526220>
- Richards, C., Bouman, W. P. et Barker, M.-J. (2017). *Genderqueer and Non-Binary Genders*. Palgrave MacMillan. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-51053-2>
- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O. et T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 95-102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>
- Richards, E. G., Farrell, R. M., Ricci, S., Perni, U., Quintini, C., Tzakis, A. et Falcone, T. (2021). Uterus transplantation: State of the art in 2021. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 38(9), 2251-2259. <https://doi.org/10.1007/s10815-021-02245-7>
- Richards, R. N. et Meharg, G. E. (1995). Electrolysis: Observations from 13 years and 140,000 hours of experience. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 33(4), 662-666. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(95\)91290-8](https://doi.org/10.1016/0190-9622(95)91290-8)
- Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E., Brown, C. et Eisenberg, M. E. (2019). Perspectives from nurses and physicians on training needs and comfort working with transgender and gender-diverse youth. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(4), 379-385. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.003>
- Rider, G. N., Vencill, J. A., Berg, D. R., Becker-Warner, R., Candelario-Pérez, L. et Spencer, K. G. (2019). The gender affirmative lifespan approach (GALA): A framework for competent clinical care with nonbinary clients. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 275-288. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1485069>
- Riggs, D. W. et Treharne, G. J. (2016). Decompensation: A novel approach to accounting for stress arising from the effects of ideology and social norms. *Journal of Homosexuality*, 64(5), 592-605. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1194116>
- Riggs, D. W. et Bartholomaeus, C. (2016). Australian mental health nurses and transgender clients: Attitudes and knowledge. *Journal of Research in*

- Nursing*, 21(3), 212-222.
<https://doi.org/10.1177/1744987115624483>
- Riggs, D. W. et Bartholomaeus, C. (2018a). Fertility preservation decision making amongst Australian transgender and non-binary adults. *Reproductive Health*, 15(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0627-z>
- Riggs, D. W. et Bartholomaeus, C. (2018b). Gaslighting in the context of clinical interactions with parents of transgender children. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(4), 382-394.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1444274>
- Riggs, D. W., Bartholomaeus, C. et Sansfaçon, A. P. (2019). “If they didn’t support me, I most likely wouldn’t be here”: Transgender young people and their parents negotiating medical treatment in Australia. *International Journal of Transgender Health*, 21(1), 3-15.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1692751>
- Ristori, J. et Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13-20.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Ristori, J., Fisher, A. D., Castellini, G., Sensi, C., Cipriani, A., Ricca, V. et Maggi, M. (2019). Gender dysphoria and anorexia nervosa symptoms in two adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1625-1631. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1396-7>
- Ristori, J., Rossi, E., Cocchetti, C., Mazzoli, F., Castellini, G., Vignozzi, L., Ricca, V., Maggi, M. et Fisher, A. D. (2021). Sexual habits among Italian transgender adolescents: A cross-sectional study. *International Journal of Impotence Research*, 33(7), 687-693.
<https://doi.org/10.1038/s41443-021-00427-6>
- Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C. et Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 410-417.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-1804>
- Roberts, A. L., Rosario, M., Slopen, N., Calzo, J. P. et Austin, S. B. (2014). Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: An 11-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), 143-152.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.11.006>
- Roberts, C. M., Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Perez, M. N., Delozier, A. J., Austin, P. F., Baskin, L. S., Chan, Y.-M., Cheng, E. Y., Diamond, D. A., Fried, A. J., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S. Z., Meyer, T., Nokoff, N. J., Palmer, B. W., Paradis, A., Reyes, K. J. S. et Tishelman, A. (2020). Illness uncertainty longitudinally predicts distress among caregivers of children born with DSD. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(9), 1053-1062.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa069>
- Roberts, L. F., Brett, M. A., Johnson, T. W. et Wassersug, R. J. (2008). A passion for castration: Characterizing men who are fascinated with castration, but have not been castrated. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1669-1680.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00636.x>
- Roberts, S. A. et Kaiser, U. B. (2020). Genetics in endocrinology: Genetic etiologies of central precocious puberty and the role of imprinted genes. *European Journal of Endocrinology*, 183(4), R107-R117. <https://doi.org/10.1530/EJE-20-0103>
- Robles, R., Fresán, A., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Domínguez-Martínez, T. et Reed, G. M. (2016). Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 850-859.
[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30165-1)
- Rochlin, D. H., Brazio, P., Wapnir, I. et Nguyen, D. (2020). Immediate targeted nipple-areolar complex reinnervation: Improving outcomes in gender-affirming mastectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery. Global Open*, 8(3), e2719.
<https://doi.org/10.1097/gox.0000000000002719>
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Häljestig, J., Arver, S., Johansson, A. L. V. et Lundberg, F. E. (2021). Sperm quality in transgender women before or after gender affirming hormone therapy - A prospective cohort study. *Andrology*, 9(6), 1773-1780. <https://doi.org/10.1111/andr.12999>
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Marklund, A., Lundberg, F., Wikander, I., Milenkovic, M., Anastacio, A., Seryounitis, F., Wanggren, K., Ekengren, T. L., Lind, T. et Borgström, B. (2019). A prospective study of women and girls undergoing fertility preservation due to oncologic and non-oncologic indications in Sweden-Trends in patients’ choices and benefit of the chosen methods after long-term follow up. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(5), 604-615.
<https://doi.org/10.1111/aogs.13559>
- Rodriguez-Wallberg, K. A., Milenkovic, M., Papaikononou, K., Keros, V., Gustafsson, B.,

- Sergouniotis, F., Wikander, I., Perot, R., Borgström, B., Ljungman, P. et Barbany, G. (2021). Successful pregnancies after transplantation of ovarian tissue retrieved and cryopreserved at time of childhood acute lymphoblastic leukemia – A case report. *Haematologica*, 106(10), 2783–2787. <https://doi.org/10.3324/haematol.2021.278828>
- Roen, K. (2019). Intersex or diverse sex development: Critical review of psychosocial health care research and indications for practice. *Journal of Sex Research*, 56(4-5), 511-528. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1578331>
- Rolston, A. M., Gardner, M., Vilain, E. et Sandberg, D. E. (2015). Parental reports of stigma associated with child's disorder of sex development. *International Journal of Endocrinology*, 2015, 980121. <https://doi.org/10.1155/2015/980121>
- Rondahl, G. (2009). Students' inadequate knowledge about lesbian, gay, bisexual and transgender persons. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 11. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1718>
- Rood, B. A., Puckett, J. A., Pantalone, D. W. et Bradford, J. B. (2015). Predictors of suicidal ideation in a statewide sample of transgender individuals. *LGBT Health*, 2(3), 270-275. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0048>
- Rood, B. A., Reisner, S. L., Puckett, J. A., Surace, F. I., Berman, A. K. et Pantalone, D. W. (2017). Internalized transphobia: Exploring perceptions of social messages in transgender and gender-nonconforming adults. *International Journal of Transgenderism*, 18(4), 411–426. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1329048>
- Rosen, H. N., Hamnvik, O. R., Jaisamrarn, U., Malabanan, A. O., Safer, J. D., Tangpricha, V., Wattanachanya, L. et Yeap, S. S. (2019). Bone densitometry in transgender and gender non-conforming (TGNC) individuals: 2019 ISCD official position. *Journal of Clinical Densitometry*, 22(4), 544-553. <https://doi.org/10.1016/j.jocd.2019.07.004>
- Rosenthal, S. M. (2014). Approach to the patient: transgender youth: endocrine considerations. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 99(12), 4379-4389. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-1919>
- Rosenthal, S. M. (2016). Transgender youth: Current concepts. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 21(4), 185–192. <https://doi.org/10.6065/apem.2016.21.4.185>
- Rosenthal, S.M. (2021). Challenges in the care of transgender youth: An endocrinologist's view. *Nature Reviews Endocrinology*, 17(10), 581-591
- Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K. et Flatt, J. D. (2020). A national study on the physical and mental health of intersex adults in the U.S. *PloS One*, 15(10), e0240088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240088>
- Ross, A. (2017). *Gender Confirmation Surgeries Rise 20% in First Ever Report*. American Society of Plastic Surgeons, Press Releases.
- Rothblum, E. D., Krueger, E. A., Kittle, K. R. et Meyer, I. H. (2020). Asexual and non-asexual respondents from a U.S. population-based study of sexual minorities. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 757-767. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01485-0>
- Rothenberg, S. S., Witchel, S. F. et Menke, M. N. (2019). Oocyte cryopreservation in a transgender male adolescent. *New England Journal of Medicine*, 380(9), 886-887. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1813275>
- Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R. et Travers, A. (2013). Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: “do-it-yourself” transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1830-1836. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301348>
- Routh, D., Abess, G., Makin, D., Stohr, M. K., Hemmens, C. et Yoo, J. (2015). Transgender inmates in prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(6), 645–666. <https://doi.org/10.1177/0306624x15603745>
- Rowniak, S., Bolt, L. et Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: A quantitative systematic review. *JBIS Evidence Synthesis*, 17(9), 1826-1854. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003869>
- Royal College of General Practitioners. (2019). *The role of the GP in caring for gender-questioning and transgender patients: RCGP position statement*. <https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/transgender-care.aspx>
- Russell, A. M., Galvin, K. M., Harper, M. M. et Clayman, M. L. (2016). A comparison of heterosexual and LGBTQ cancer survivors' outlooks on relationships, family building, possible infertility, and patient-doctor fertility risk communication. *Journal of Cancer Survivorship*,

- 10(5), 935–942. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0524-9>
- Russell, M. R. et Abrams, M. (2019). Transgender and nonbinary adolescents: The role of voice and communication therapy. *Perspectives of the ASHA Special Interests Groups*, 4(6), 1298-1305. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00034
- Russell, S. T., Pollitt, A. M., Li, G. et Grossman, A. H. (2018). Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 63(4), 503-505. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003>
- Ryan, C. (2009). *Supportive families, healthy children: Helping families with lesbian, gay, bisexual & transgender (LGBT) children*. <http://familyproject.sfsu.edu>
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M. et Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3524>
- Ryan, C., Russell, S. T., Huebner, D., Diaz, R. et Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205-213. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x>
- Ryan, C., Toomey, R. B., Diaz, R. M. et Russell, S. T. (2020). Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult mental health and adjustment. *Journal of Homosexuality*, 67(2), 159-173. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1538407>
- Saeed, A., Mughal, U. et Farooq, S. (2017). It's complicated: Sociocultural factors and the disclosure decision of transgender individuals in Pakistan. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1051–1070. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368766>
- Safer, J.D. (2021). Research gaps in medical treatment of transgender/nonbinary people. *The Journal of Clinical Investigation*, 131(4), e142029. <https://doi.org/10.1172/JCI142029>
- Safer, J. D. et Tangpricha, V. (2019). Care of the Transgender Patient. *Annals of Internal Medicine*, 171(1), ITC1-ITC16. <https://doi.org/10.7326/aitc201907020>
- Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A. et Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, 23(2), 168–171. <https://doi.org/10.1097/med.0000000000000227>
- Salgado, C. J., Nugent, A., Kuhn, J., Janette, M. et Bahna, H. (2018). Primary sigmoid vaginoplasty in transwomen: Technique and outcomes. *Biomed Research International*, 2018, 4907208. <https://doi.org/10.1155/2018/4907208>
- Salibian, A. A., Axelrod, D. M., Smith, J. A., Fischer, B. A., Agarwal, C. et Bluebond-Langner, R. (2021). Oncologic considerations for safe gender-affirming mastectomy: Preoperative imaging, pathologic evaluation, counseling, and long-term screening. *Plastic and Reconstructing Surgery*, 147(2), 213e-221e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007589>
- Salway, T., Ferlatte, O., Gesink, D. et Lachowsky, N. J. (2020). Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psychosocial health outcomes among Canadian sexual minority men. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(7), 502-509. <https://doi.org/10.1177/0706743720902629>
- Sanchez, N. F., Sanchez, J. P. et Danoff, A. (2009). Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health*, 99 (4), 713-719. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.132035>
- Sandberg, D. E. et Gardner, M. (2022). Differences/disorders of sex development: Medical conditions at the intersection of sex and gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18, 201-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-101412>
- Sandberg, D. E. et Mazur, T. (2014). A noncategorical approach to the psychosocial care of persons with DSD and their families. Dans B. P. C. Kreukels, T. D. Steensma et A. L. C. de Vries (éds), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development: Progress in Care and Knowledge* (pp. 93-114). Springer Science + Business Media https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8_5
- Sandberg, D. E., Gardner, M., Kopec, K., Urbanski, M., Callens, N., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Timmermans, S. et Siminoff, L. A. (2019). Development of a decision support tool in pediatric differences/disorders of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150838. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150838>

- Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review*, 34(8), 354–359.
<https://doi.org/10.1542/pir.34-8-354>
- Santucci, R. A. (2018). Urethral complications after transgender phalloplasty: Strategies to treat them and minimize their occurrence. *Journal of Clinical Anatomy*, 31(2), 187-190.
<https://doi.org/10.1002/ca.23021>
- Sawyer, J., Perry, J. L. et Dobbins-Scaramelli, A. (2014). A survey of the awareness of speech services among transgender and transsexual individuals and speech-language pathologists. *International Journal of Transgenderism*, 15(3-4), 146-163.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2014.995260>
- Sawyer, W. (2020). *Visualizing the racial disparities in mass incarceration*. Prison Policy Initiative.
- Scandurra, C., Amodeo, A. L., Valerio, P., Bochicchio, V. et Frost, D. M. (2017). Minority stress, resilience, and mental health: A study of Italian transgender people. *Journal of Social Issues*, 73(3), 563-585.
<https://doi.org/10.1111/josi.12232>
- Scandurra, C., Mezza, F., Maldonato, N. M., Bottone, M., Bochicchio, V., Valerio, P. et Vitelli, R. (2019). Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, 1453.
- Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J. et Hannema, S. E. (2020). Bone development in transgender adolescents treated with GnRH analogues and subsequent gender-affirming hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(12).
<https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa604>
- Schagen, S. E., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A. et Hannema, S. E. (2016). Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 13 (7), 1125-1132.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.004>
- Schardein, J. N., Zhao, L. C. et Nikolavsky, D. (2019). Management of vaginoplasty and phalloplasty complications. *Urology Clinics of North America*, 46(4), 605-618.
<https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.012>
- Schechter, L. S. et Safa, B. (2018). Introduction to phalloplasty. *Clinics in Plastic Surgery*, 45(3), 387-389.
<https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.014>
- Schechter, L. S. et Schechter, R. B. (2019). Training surgeons in gender confirmation surgery. *Journal of Craniofacial Surgery*, 30(5), 1380-1382.
<https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000005477>
- Schechter, L. S., D'Arpa, S., Cohen, M. N., Kocjancic, E., Claes, K. E. Y. et Monstrey, S. (2017). Gender confirmation surgery: Guiding principles. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(6), 852-856.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.001>
- Schein, A. I. et Travers, R. (2017). Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS Care*, 29(8), 990-995.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1271937>
- Schein, A. I., Bauer, G. R. et Travers, R. (2017). HIV-related sexual risk among transgender men who are gay, bisexual, or have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 74(4), e89-e96.
<https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001222>
- Schein, A. I., Perez-Brumer, A. G. et Bauer, G. R. (2020). Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: A cross-sectional study. *The Lancet Public Health*, 5(4), e196-e203.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30032-3)
- Schneider, F., Kliesch, S., Schlatt, S. et Neuhaus, N. (2017). Andrology of male-to-female transsexuals: Influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. *Andrology*, 5(5), 873-880.
<https://doi.org/10.1111/andr.12405>
- Schneider, F., Neuhaus, N., Wistuba, J., Zitzmann, M., Heß, J., Mahler, D. et Kliesch, S. (2015). Testicular functions and clinical characterization of patients with gender dysphoria (GD) undergoing sex reassignment surgery (SRS). *Journal of Sexual Medicine*, 12(11), 2190-2200.
<https://doi.org/10.1111/jsm.13022>
- Schönauer, L. M., Dellino, M., Loverro, M., Carriero, C., Capursi, T., Leoni, C., et Di Naro, E. (2020). Hormone therapy in female-to-male transgender patients: Searching for a lifelong balance. *Hormones*, 20(1), 151-159.
<https://doi.org/10.1007/s42000-020-00238-2>
- Schubert, F. D. et Carey, J. M. (2020). Data unclear on pregnancy risk in transmasculine individuals on testosterone. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 393–394.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.014>
- Schützmann, K., Brinkmann, L., Schacht, M. et Richter-Appelt, H. (2007). Psychological distress, self-harming behavior, and suicidal tendencies in

- adults with disorders of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 16–33. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9241-9>
- Schwartz, A. R., Russell, K. et Gray, B. A. (2019). Approaches to vaginal bleeding and contraceptive counseling in transgender and gender nonbinary patients. *Obstetrics and Gynecology*, 134(1), 81–90. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003308>
- Schweizer, K., Brunner, F., Gedrose, B., Handford, C. et Richter-Appelt, H. (2016). Coping with diverse sex development: Treatment experiences and psychosocial support during childhood and adolescence and adult well-being. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 504–519. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw058>
- Scioias, M. E., Marshall, B. D. L., Aristegi, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T. et Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *International Journal for Equity in Health*, 13(81), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0081-7>.
- Scott, S. (2013). "One is not born, but becomes a woman": A fourteenth amendment argument in support of housing male-to-female transgender inmates in female facilities. *University of Pennsylvania Journal of Constitutional Law*, 15(4), 1259–1297. <https://scholarship.law.upenn.edu/jcl/vol15/iss4/6>
- Seal, L. (2017). Adult endocrinology. Dans C. Richards, W. P. Bouman et M.-J. Barker (éds), *Genderqueer and non-binary genders* (pp. 183–223). Palgrave MacMillan.
- Seal, L. J., Franklin, S., Richards, C., Shishkareva, A., Sinclair, C. et Barrett, J. (2012). Predictive markers for mastoplasty and a comparison of side effect profiles in transwomen taking various hormonal regimens. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(12), 4422–4428. <https://doi.org/10.1210/jc.2012-2030>
- Seelman, K. L. (2016). Transgender adults' access to college bathrooms and housing and the relationship to suicidality. *Journal of Homosexuality*, 63(10), 1378–1399. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1157998>
- Seelman, K. L., Colón-Díaz, M. J., LeCroix, R. H., Xavier-Brier, M. et Kattari, L. (2017). Transgender noninclusive healthcare and delaying care because of fear: Connections to general health and mental health among transgender adults. *Transgender Health*, 2(1), 17–28. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0024>
- Segev-Becker, A., Israeli, G., Elkon-Tamir, E., Perl, L., Sekler, O., Amir, H., Interator, H., Dayan, S. C., Chorna, E., Weintrob, N. et Oren, A. (2020). Children and adolescents with gender dysphoria in Israel: Increasing referral and fertility preservation rates. *Endocrine Practice*, 26(4), 423–428. <https://doi.org/10.4158/EP-2019-0418>
- Sequeira, G. M., Ray, K. N., Miller, E. et Coulter, R. W. S. (2020). Transgender youth's disclosure of gender identity to providers outside of specialized gender centers. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 691–698. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.010>
- Serafin, J., Smith, G. B. et Keltz, T. (2013). Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) elders in nursing homes: It's time to clean out the closet. *Geriatric Nursing*, 34(1), 81–83.
- Sermondade, N., Benaloun, E., Berthaut, I., Moreau, E., Prades, M., Béranger, A., Chabbert-Buffet, N., Johnson, N., Lévy, R. et Dupont, C. (2021). Reproductive functions and fertility preservation in transgender women: A French case series. *Reproductive BioMedicine Online*, 43(2), 339–345. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2021.04.016>
- Sevelius, J. et Jenness, V. (2017). Challenges and opportunities for gender-affirming healthcare for transgender women in prison. *International Journal of Prisoner Health*, 13(1), 32–40. <https://doi.org/10.1108/ijph-08-2016-0046>
- Sevelius, J. (2009). "There's no pamphlet for the kind of sex I have": HIV-related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with non-transgender men. *Journal of Associate Nurses in AIDS Care*, 20(5), 398–410. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.06.001>
- Sevelius, J. M., Chakravarty, D., Dilworth, S. E., Rebchook, G. et Neilands, T. B. (2020). Gender affirmation through correct pronoun usage: Development and validation of the transgender women's importance of pronouns (TW-IP) scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9525. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249525>
- Sevelius, J. M., Deutsch, M. B. et Grant, R. (2016). The future of PrEP among transgender women: The critical role of gender affirmation in research and clinical practices. *Journal of the International AIDS Society*, 19(7S6), 21105. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.7.21105>
- Seyed-Foroontan, K., Karimi, H. et Seyed-Foroontan, N. S. (2018). Autologous fibroblast-seeded amnion for reconstruction of neo-vagina in male-to-female reassignment surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*,

- 42(2), 491-497. <https://doi.org/10.1007/s00266-018-1088-z>
- Shen, J. K., Seebacher, N. A. et Morrison, S. D. (2019). Global interest in gender affirmation surgery: A Google trends analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 254e-256e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005160>
- Shepherd, S. M. (2018). Cultural Awareness training for health professionals may have unintended consequences. *The British Medical Journal Opinion*. <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/01/22/stephane-m-shepherd-cultural-awarenesstraining->
- Shepherd, S. M. (2019). Cultural awareness workshops: limitations and practical consequences. *BMC Medical Education*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1450-5>
- Shepherd, S. M. (2022). Introducing an integrated model of cross-cultural assessment. *Australasian Psychiatry*, <https://doi.org/10.1177/10398562211068373>
- Sheppard, M. et Mayo, J. B. Jr. (2013). The social construction of gender and sexuality: Learning from two spirit traditions. *The Social Studies*, 104(6), 259-270. <https://doi.org/10.1080/00377996.2013.788472>
- Sherrard, J., Wilson, J., Donders, G., Mendling, W. et Jensen, J. S. (2018). 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *International Journal of STD and AIDS*, 29(13), 1258-1272. <https://doi.org/10.1177/0956462418785451>
- Shields, J. P., Cohen, R., Glassman, J. R., Whitaker, K., Franks, H. et Bertolini, I. (2013). Estimating population size and demographic characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in middle school. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 248-250. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.016>
- Shpherd, J. C., Berke, D. et Livingston, N. A. (2019). Trauma recovery in the transgender and gender diverse community: extensions of the minority stress model for treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(4), 629-646. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.06.001>
- Shires, D. A. et Jaffee, K. D. (2016). Structural discrimination is associated with smoking status among a national sample of transgender individuals. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(6), 1502-1508. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv221>
- Shires, D. A., Stroumsa, D., Jaffee, K. D. et Woodford, M. R. (2017). Primary care providers' willingness to continue gender-affirming hormone therapy for transgender patients. *Family Practice*, 35(5), 576-581. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz119>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J. et Wood, D. L. (2011). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Shnorhavorian, M., Kroon, L., Jeffries, H. et Johnson, R. (2012). Creating a standardized process to offer the standard of care: continuous process improvement methodology is associated with increased rates of sperm cryopreservation among adolescent and young adult males with cancer. *Junior of Pediatric and Hematology/Oncology*, 34(8), e315-319. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3182678e3a>
- Shumer, D. E. et Tishelman, A. C. (2015). The role of assent in the treatment of transgender adolescents. *International Journal of Transgenderism*, 16(2), 97-102. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15532739.2015.1075929>
- Shumer, D. E., Nokoff, N. J. et Spack, N. P. (2016). Advances in the care of transgender children and adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 79-102. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018>
- Siboni, L., Rucco, D., Prunas, A. et Anzani, A. (2022). "We faced every change together". Couple's intimacy and sexuality experiences from the perspectives of transgender and non-binary individuals' partners. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 48(1), 23-46. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2021.1957733>
- Sigurjonsson, H., Mollermark, C., Rinder, J., Farnebo, F. et Lundgren, T. K. (2017). Long-term sensitivity and patient-reported functionality of the neoclitoris after gender reassignment surgery. *Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 269-273. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.003>
- Silverberg, M. J., Nash, R., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Getahun, D., Hunkeler, E. et Goodman, M. (2017). Cohort study of cancer risk among insured transgender people. *Annals of Epidemiology*, 27(8), 499-501. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.07.007>
- Siminoff, L. et Sandberg, D. (2015). Promoting shared decision making in disorders of sex development (DSD): Decision aids and support tools. *Hormone*

- and Metabolic Research*, 47(05), 335–339.
<https://doi.org/10.1055/s-0035-1545302>
- Simon, D., Capitán, L., Bailón, C., Bellinga, R. J., Gutiérrez Santamaría, J., Tenório, T., Sánchez-García, A. et Capitán-Cañadas, F. (2022). Facial gender confirmation surgery: The lower jaw. Description of surgical techniques and presentation of results. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 149(4), 755e-766e.
<https://doi.org/10.1097/prs.00000000000008969>
- Simons, L., Schrager, S. M., Clark, L. F., Belzer, M. et Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(6), 791–793.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.019>
- Simonsen, R. K., Giraldi, A., Kristensen, E. et Hald, G. M. (2016). Long-term follow-up of individuals undergoing sex reassignment surgery: Psychiatric morbidity and mortality. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4), 241–247.
<https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1081405>
- Simopoulos, E. F. et Khin Khin, E. (2014). Fundamental principles inherent in the comprehensive care of transgender inmates. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(1), 26–36.
<http://jaapl.org/content/42/1/26>
- Singh, D., Bradley, S. J. et Zucker, K. J. (2021). A follow-up study of boys with gender identity disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 632784.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.632784>
- Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J. et Murad, M. H. (2017). Effect of sex steroids on the bone health of transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Journal Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3904–3913. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01642>
- Smith, A. J., Hallum-Montes, R., Nevin, K., Zenker, R., Sutherland, B., Reagor, S. et Brennan, J. M. (2018). Determinants of transgender individuals' well-being, mental health, and suicidality in a rural state. *Journal of Rural Mental Health*, 42(2), 116. <https://doi.org/10.1037/rmh0000089>
- Smith, P. (2006). The effects of solitary confinement on prison inmates: A brief history and review of the literature. *Crime and Justice*, 34(1), 441–528.
<https://doi.org/10.1086/500626>
- Smith, N.L., Blondon, M., Wiggins, K.L., Harrington, L.B., van Hylckama Vlieg, A., Floyd, J.S., Hwang, M., Bis, J.C., McKnight, B., Rice, K.M., Lumley, T., Rosendaal, F.R., Heckbert, S.R. et Psaty, B.M. (2014). Lower risk of cardiovascular events in postmenopausal women taking oral estradiol compared with oral conjugated equine estrogens. *JAMA Internal Medicine*, 174(1), 25–31. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.11074.
- Smith, Y. L., van Goozen, S. H. et Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472–481.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00017>
- Smith, Y. L., Van Goozen, S. H., Kuiper, A. J. et Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Sex reassignment: Outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychological Medicine*, 35(1), 89–99.
<https://doi.org/10.1017/s0033291704002776>
- Snowden, J. M., Guise, J. et Kzhimannil, K. B. (2018). Promoting inclusive and person-centered care: Starting with birth. *Birth*(45), 232–235.
<https://doi.org/10.1111/birt.12351>
- Söderpalm, E., Larsson, A. et Almquist, S. A. (2004). Evaluation of a consecutive group of transsexual individuals referred for vocal intervention in the west of Sweden. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 29(1), 18–30.
<https://doi.org/10.1080/14015430310021618>
- Södersten, M., Nygren, U., Hertegård, S. et Dhejne, C. (2015). Interdisciplinary program in Sweden related to transgender voice. *Perspectives on Voice and Voice Disorders*, 25(2), 87–97.
<https://doi.org/10.1044/vvd25.2.87>
- Sofer, Y., Yaish, I., Yaron, M., Bach, M. Y., Stern, N. et Greenman, Y. (2020). Differential endocrine and metabolic effects of testosterone suppressive agents in transgender women. *Endocrine Practice*, 26(8), 883–890. <https://doi.org/10.4158/EP-2020-0032>
- Song, T. E. et Jiang, N. (2017). Transgender phonosurgery: A systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Head and Neck Surgery*, 156(5), 803–808.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0194599817697050>
- Sonja, J., Ellis, L. B. et McNeil, J. (2015). Trans people's experiences of mental health and gender identity services: A UK study. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19(1), 4–20.
<https://doi.org/10.1080/19359705.2014.960990>
- Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z. et Reisman, T. (2018). Breast imaging of transgender individuals: A review. *Current Radiology Reports*,

- 6(1), 1.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s40134-018-0260-1#:~:text=Summary,individuals%20is%20still%20being%20defined.>
- Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M. J., Simons, L. K., Gangopadhyay, N., Corcoran, J. F. et Jordan, S. W. (2021). Association of chest dysphoria with anxiety and depression in transmasculine and nonbinary adolescents seeking gender-affirming care. *Journal of Adolescent Health, 68*(6), 1135–1141. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.024>
- Sorbara, J. C., Chiniara, L. N., Thompson, S. et Palmert, M. R. (2020). Mental Health and Timing of Gender-Affirming Care. *Pediatrics, 146*(4), e20193600. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3600>
- Sorbara, J. C., Ngo, H. L. et Palmert, M. R. (2021). Factors associated with age of presentation to gender-affirming medical care. *Pediatrics, 147*(4), e2020026674. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-026674>
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A. et Vance, S. R. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics, 129*(3), 418–425. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0907>
- Spanos, C., Bretherton, I., Zajac, J. D. et Cheung, A. S. (2020). Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World Journal of Diabetes, 11*(3), 66–77. <https://doi.org/10.4239/wjd.v11.i3.66>
- Spanos, C., Grace, J. A., Leemaqz, S. Y., Brownhill, A., Cundill, P., Locke, P., Wong, P., Zajac, J. D. et Cheung, A. S. (2021). The informed consent model of care for accessing gender-affirming hormone therapy is associated with high patient satisfaction. *Journal of Sexual Medicine, 18*(1), 201–208. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743609520309954#:~:text=Typically%2C%20the%20primary%20treating%20clinician,has%20capacity%20to%20provide%20consent.>
- Spatz, E. S., Krumholz, H. M. et Moulton, B. W. (2016). The new era of informed consent: Getting to a reasonable-patient standard through shared decision making. *The Journal of the American Medical Association, 315*(19), 2063–2064. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.3070>
- Speiser, P. W., Arlt, W., Auchus, R. J., Baskin, L. S., Conway, G. S., Merke, D. P., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Miller, W. L., Murad, M. H., Oberfield, S. E. et White, P. C. (2018). Congenital Adrenal Hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 103*(11), 4043–4088. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01865>
- Spencer, K. G., Berg, D. R., Bradford, N. J., Vencill, J. A., Tellawi, G. et Rider, G. N. (2021). The gender-affirmative life span approach: A developmental model for clinical work with transgender and gender-diverse children, adolescents, and adults. *Psychotherapy, 58*(1), 37–49. <https://doi.org/10.1037/pst0000363>
- Spivey, L.A., Edwards-Leeper, L. (2019). Future directions in affirmative psychological interventions with transgender children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48*, 343–356. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1534207>
- Spizzirri, G., Eufrásio, R., Lima, M. C. P., de Carvalho Nunes, H. R., Kreukels, B. P., Steensma, T. D. et Abdo, C. H. N. (2021). Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Scientific Reports, 11*(1), 2240. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>
- Sprager, L. O. N. et Martinez, Jr. (2015). Beyond translation: Promoting a new national standard for equity in health materials translated from English. *NAM Perspectives*. <https://doi.org/10.31478/201509b>
- Spruill, T. M. (2010). Chronic psychosocial stress and hypertension. *Current Hypertension Reports, 12*(1), 10–16. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11906-009-0084-8>
- Srinath, S., Jacob, P., Sharma, E. et Gautam, A. (2019). Clinical practice guidelines for assessment of children and adolescents. *Indian Journal of Psychiatry, 61*(Suppl. 2), 158–175. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_580_18.
- Staples, J. M., Bird, E. R., Gregg, J. J. et George, W. (2020). Improving the gender-affirmation process for transgender and gender-nonconforming individuals: Associations among time since transition began, body satisfaction, and sexual distress. *The Journal of Sex Research, 57*(3), 375–383. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1617829>

- Stark, T., Shoag, J. E. et Poppas, D. P. (2019). Eliminating early surgery for disorders of sex development: Risking adverse outcomes in 46, XX CAH. *Journal of Urology*, 201(5), 871–873. <https://doi.org/10.1097/ju.0000000000000023>
- Statistics Canada. (2022). *Census of Population Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F. et Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499–516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Steensma, T. D. et Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender transitioning before puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649–650. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9752-2>
- Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T. et Zucker, K. J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: data from the center of expertise on gender dysphoria in Amsterdam (1988–2016). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(7), 713–715. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1437580>
- Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L. et Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Gender identity development in adolescence. *Hormones and Behavior*, 64, 288–297. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.020>
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J. et Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
- Steensma, T.D. et Wensing-Kruger, S.A. (2019). Gender Dysphoria. Dans T.H. Ollendick, S.W. White et B.A. White (éds), *The Oxford Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Oxford Library of Psychology.
- Steensma, T. D., Zucker, K. J., Kreukels, B. P. C., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A. et Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Behavioral and emotional problems on the teacher's report form: A cross-national, cross-clinic comparative analysis of gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(4), 635–647. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9804-2>
- Stein, D. M., Victorson, D. E., Choy, J. T., Waimey, K. E., Pearman, T. P., Smith, K., Dreyfuss, J., Kinahan, K., Sandwani, D., Woodruff, T. K. et Brannigan, R. E. (2014). Fertility preservation preferences and perspectives among adult male survivors of pediatric cancer and their parents. *Journal Adolescent and Young Adult Oncology*, 3(2), 75–82. <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jayao.2014.0007>
- Stein, G. L. (2020) Experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients and families in hospice and palliative care: Perspectives of the palliative care team. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 817–824. <https://doi-org.gate.lib.buffalo.edu/10.1089/jpm.2019.0542>
- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 51–58. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.005>
- Steinberg, L. (2009). Should the science of adolescent brain development inform public policy? *American Psychologist*, 64 (8), 739–750. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.64.8.739>
- Stephenson, R., Riley, E., Rogers, E., Suarez, N., Metheny, N., Senda, J., Saylor, K. M. et Bauermeister, J. A. (2017). The sexual health of transgender men: A scoping review. *The Journal of Sex Research*, 54(4-5), 424–445. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1271863>
- Sterling, J. et Garcia, M. M. (2020a). Cancer screening in the transgender population: A review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. *Translational Andrological Urology*, 9(6), 2771–2785. <https://doi.org/10.21037/tau-20-954>
- Sterling, J. et Garcia, M. M. (2020b). Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrological Urology*, 9(Suppl. 2), S215–S226. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.09.28>
- Stevenson, M. O., Wixon, N. et Safer, J. D. (2016). Scalp hair regrowth in hormone-treated transgender woman. *Transgender Health*, 1(1), 202–204. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0022>
- Stoffers, I. E., de Vries, M. C. et Hannema, S. E. (2019). Physical changes, laboratory parameters, and bone mineral density during testosterone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(9), 1459–1468. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.06.014>
- Stohr, M. K. (2015). The Hundred Years' war: The etiology and status of assaults on transgender women in men's prisons. *Women & Criminal*

- Justice*, 25(1-2), 120-129.
<https://doi.org/10.1080/08974454.2015.1026154>
- Stojanovic, B., Bizic, M., Bencic, M., Kojovic, V., Majstorovic, M., Jeftovic, M., Stanojevic, D. et Djordjevic, M. L. (2017). One-stage gender-confirmation surgery as a viable surgical procedure for female-to-male transsexuals. *Translational Andrological Urology*, 14(5), 741-746. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.03.256>
- Stonewall. (2018). *LGBT in Britain: Work report*. Consulté à l'adresse : https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_work_report.pdf
- Strang, J. F., Jarin, J., Call, D., Clark, B., Wallace, G. L., Anthony, L. G., Kenworthy, L. et Gomez-Lobo, V. (2018). Transgender Youth Fertility Attitudes Questionnaire: Measure development in nonautistic and autistic transgender youth and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 62(2), 128-135. [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(17\)30405-6/abstract](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(17)30405-6/abstract)
- Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L., Menvielle, E., Leibowitz, S., Janssen, A., Cohen-Kettenis, P., Shumer, D., Edwards-Leeper, L., Pleak, R., Spack, N., Karasic, D., Schreier, H., Balleur, A., Tishelman, A., Ehrensaft, D., Rodnan, L., Kuschner, E., ... Caretto, A., Lewis, H. et Anthony, L. (2018). Initial clinical guidelines for co-occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 105-115. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462>
- Strang, J. F., Powers, M. D., Knauss, M., Sibarium, E., Leibowitz, S. F., Kenworthy, L., Sadikova, E., Wyss, S., Willing, L., Caplan, R., Pervez, N., Nowak, J., Gohari, D., Gomez-Lobo, V., Call, D. et Anthony, L. G. (2018). "They thought it was an obsession": Trajectories and perspectives of autistic transgender and gender-diverse adolescents. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 48(12), 4039-4055. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-018-3723-6>
- Strang, J. F., Knauss, M., van der Miesen, A., McGuire, J. K., Kenworthy, L., Caplan, R., Freeman, A., Sadikova, E., Zaks, Z., Pervez, N., Balleur, A., Rowlands, D. W., Sibarium, E., Willing, L., McCool, M. A., Ehrbar, R. D., Wyss, S. E., Wimms, H., Tobing, J. et Thomas, J. (2021). A clinical program for transgender and gender-diverse neurodiverse/autistic adolescents developed through community-based participatory design. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(6), 730-745. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1731817>
- Strauss, P., Cook, A., Winter, S., Watson, V., Wright Toussaint, D. et Lin, A. (2017). *Trans Pathways: the mental health experiences and care pathways of trans young people. Summary of results*. Telethon Kids Institute <https://www.telethonkids.org.au/globalassets/media/documents/brain--behaviour/trans-pathwayreport-web.pdf>
- Streed, C. G., Beach, L. B., Caceres, B. A., Dowshen, N. L., Moreau, K. L., Mukherjee, M., Poteat, T., Radix, A., Reisner, S. L. et Singh, V. (2021). Assessing and addressing cardiovascular health in people who are transgender and gender diverse: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 144(6). <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001003>
- Stroumsa, D. et Wu, J. P. (2018). Welcoming transgender and nonbinary patients: Expanding the language of "women's health". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(6), 585.e581-585.e585. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.018>
- Stroumsa, D., Roberts, E. F. S., Kinnear, H. et Harris, L. H. (2019). The power and limits of classification - A 32-year-old man with abdominal pain. *New England Journal of Medicine*, 380(20), 1885-1888. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1811491>
- Stübler, M. L. et Becker-Hebly, I. (2019). [Sexual experiences and sexual orientation among transgender adolescents]. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32(01), 5-16. <https://doi.org/10.1055/a-0838-8965>
- Stutterheim, S. E., van Dijk, M., Wang, H. et Jonas, K. J. (2021) The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 16(12): e0260063. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260063>
- Subramanian, T., Chakrapani, V., Selvaraj, V., Noronha, E., Narang, A. et Mehendale, S. (2016). Mapping and size estimation of hijras and other trans-women in 17 states of India: First level findings. *International Journal of Health Sciences and Research*, 6(4), 345-353. https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.6_Issue.4_April2016/48.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Ending conversion*

- therapy: Supporting and affirming LGBTQ youth.* HHS Publications.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment.* <https://www.samhsa.gov/sbirt>
- Suchak, T., Hussey, J., Takhar, M. et Bellringer, J. (2015). Postoperative trans women in sexual health clinics: Managing common problems after vaginoplasty. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(4), 245-247. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101091>
- Suen, Y. T., Chan, R. C. H. et Wong, E. M. Y. (2018). Mental health of transgender people in Hong Kong: A community-driven, large-scale quantitative study documenting demographics and correlates of quality of life and suicidality. *Journal of Homosexuality*, 65(8), 1093-1113. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1368772>
- Sugrue, V. J., Zoller, J. A., Narayan, P., Lu, A. T., Ortega-Recalde, O. J., Grant, M. J., Bawden, C. S., Rudiger, S. R., Haghani, A., Bond, D. M., Hore, R. R., Garratt, M., Sears, K. E., Wang, N., Yang, X. W., Snell, R. G., Hore, T. A. et Horvath, S. (2021). Castration delays epigenetic aging and feminizes DNA methylation at androgen-regulated loci. *ELife*, 10. <https://doi.org/10.7554/elife.64932>
- Sundstrom and Fields v. Frank USDC D WI, Case No. 06-C-112, 2011.
- Swamy, V. et Mackenzie, L. (Dir.). (2022). *Devenir non-binaire en français contemporain*, Genre(s) et création, Sylvie Brodziak, 9782304052428. hal-03562909 <https://hal.science/hal-03562909v1/document>
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N. et Eisenberg, M. E. (2019). Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 203-221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639>
- Tamar-Mattis, S., Gamarel, K. E., Kantor, A., Baratz, A., Tamar-Mattis, A. et Operario, D. (2018). Identifying and counting individuals with differences of sex development conditions in population health research. *LGBT Health*, 5(5), 320-324. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0180>
- Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M. et Veale, J. F. (2021). Enacted stigma experiences and protective factors are strongly associated with mental health outcomes of transgender people in Aotearoa/New Zealand. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 269-280. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819504>
- Tangpricha, V. et den Heijer, M. (2017). Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(4), 291-300. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(16\)30319-9](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(16)30319-9)
- Tatum, A. K., Catalpa, J., Bradford, N. J., Kovic, A. et Berg, D. R. (2020). Examining identity development and transition differences among binary transgender and genderqueer nonbinary (GQNB) individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 7(4), 379-385. <https://doi.org/10.1037/sgd0000377>
- Taub, R. L., Ellis, S. A., Neal-Perry, G., Magaret, A. S., Prager, S. W. et Micks, E. A. (2020). The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), 229-e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.059>
- Tavakkoli Tabassi, K., Djavan, B., Hosseini, J., Ghoreifi, A., Ershadi, M. et Hosseini, E. (2015). Fold-back perineoscrotal flap plus penile inversion vaginoplasty for male-to-female gender reassignment surgery in circumcised subjects. *European Journal of Plastic Surgery*, 38(1), 43-48. <https://doi.org/10.1007/s00238-014-1038-1>
- Taylor, A. K., Condry, H., and Cahill, D. (2018). Implementation of teaching on LGBT health care. *Clinical Teacher*, 15(2), 141-144. <https://doi.org/10.1111/tct.12647>
- Taylor, J., Zalewska, A., Gates, J. J. et Millon, G. (2019). An exploration of the lived experiences of non-binary individuals who have presented at a gender identity clinic in the United Kingdom. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 195-204. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1445056>
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C. et Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 132-136. <https://doi.org/10.5694/mja17.01044>
- Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C. et Pang, K. C. (2020). *Australian standards of care and treatment guidelines for trans and gender diverse children and adolescents. Version 1.3.* The Royal Children's Hospital. <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf>

- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A. et Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212–224.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>
- Ter Wengel, P. V., Martin, E., Gooren, L., Den Heijer, M. et Peerdeman, S. M. (2016). Meningiomas in three male-to-female transgender subjects using oestrogens/progestogens and review of the literature. *Andrologia*, 48(10), 1130-1137.
<https://doi.org/10.1111/and.12550>
- Testa, R. J., Michaels, M. S., Bliss, W., Rogers, M. L., Balsam, K. F. et Joiner, T. (2017). Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 125-136.
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-0067.126.1.125>
- Testa, R. J., Sciacca, L. M., Wang, F., Hendricks, M. L., Goldblum, P., Bradford, J. et Bongar, B. (2012). Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 452. <https://doi.org/10.1037/a0029604>
- TGEU. (2017). *Overdiagnosed but underserved. Trans healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain, and Sweden: trans health survey*. Transgender Europe. <https://tgeu.org/healthcare/>
- TGEU. (2021). *Trans rights map 2021*. Transgender Europe. <https://transrightsmap.tgeu.org/home/>
- Thalavirithan, B. M., Sethu, M., Ramachandran, D. K., Kandasamy, M. et Janardhanam, J. (2018). Application of embryonic equivalents in male-to-female sex reassignment surgery. *India Journal of Plastic Surgery*, 51(2), 155-166.
https://doi.org/10.4103/ijps.IJPS_62_18
- The Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Consulté à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64806/>
- The Joint Commission. (2011). *Advancing effective communication, cultural competence, and patient-and family-centered care for the lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) community* [Field Guide]. Consulté à l'adresse : <https://www.thenationalcouncil.org/resources/advancing-effective-communication-cultural-competence-and-patient-and-family-centered-care-for-the-lesbian-gay-bisexual-and-transgender-lgbt-community-a-field-guide/>
- The Yogyakarta Principles. (2017). *The Yogyakarta Principles Plus 10: Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression, and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles*. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf
- Therell, B. L. (2001). Newborn screening for congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 30(1), 15-30. [https://doi.org/10.1016/s0889-8529\(08\)70017-3](https://doi.org/10.1016/s0889-8529(08)70017-3)
- Theron, L. et Collier, K. L. (2013). Experiences of female partners of masculine-identifying trans persons. *Culture, Health & Sexuality*, 15, 62-75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2013.788214>
- Thomas, J. P. et Macmillan, C. (2013). Feminization laryngoplasty: Assessment of surgical pitch elevation. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 270(10), 2695–2700.
<https://doi.org/10.1007/s00405-013-2511-3>
- Thoreson, N., Marks, D. H., Peebles, J. K., King, D. S. et Dommasch, E. (2020) Health insurance coverage of permanent hair removal in transgender and gender-minority patients. *JAMA Dermatology*. 2156(5), 561–565.
<https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.0480>
- Thorne, N., Witcomb, G. L., Nieder, T., Nixon, E., Yip, A. et Arcelus, J. (2019). A comparison of mental health symptomatology and levels of social support in young treatment seeking transgender individuals who identify as binary and non-binary. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 241-250.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1452660>
- Thorne, N., Yip, A. K.-T., Bouman, W. P., Marshall, E. et Arcelus, J. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary – A systematic review. *The International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 138-154.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640654>
- Thurston, M. D. et Allan, S. (2018). Sexuality and sexual experiences during gender transition: A thematic synthesis. *Clinical Psychological Review*, 66, 39-50.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.008>
- Thyen, U., Ittermann, T., Flessa, S., Muehlan, H., Birnbaum, W., Rapp, M., Marshall, L., Szarras-Capnik, M., Bouvattier, C., Kreukels, B. P. C., Nordenstroem, A., Roehle, R. et Koehler, B. (2018). Quality of health care in adolescents and

- adults with disorders/differences of sex development (DSD) in six European countries (dsd-LIFE). *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3342-0>
- Thyen, U., Richter-Appelt, H., Wiesemann, C., Holterhus, P.-M. et Hiort, O. (2005). Deciding on gender in children with intersex conditions. *Treatments in Endocrinology*, 4(1), 1–8. <https://doi.org/10.2165/00024677-200504010-00001>
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A. et Sandberg, D. E. (2018). Does patient-centered care change genital surgery decisions? The strategic use of clinical uncertainty in disorders of sex development clinics. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(4), 520–535. <https://doi.org/10.1177/0022146518802460>
- Timmermans, S., Yang, A., Gardner, M., Keegan, C. E., Yashar, B. M., Fechner, P. Y., Shnorhavorian, M., Vilain, E., Siminoff, L. A. et Sandberg, D. E. (2019). Gender destinies: assigning gender in disorders of sex development - intersex clinics. *Sociology of Health & Illness*, 41(8), 1520–1534. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12974>
- Tirapegui, F. I., Acar, Ö. et Kocjancic, E. (2020). Sexual function after gender-affirming genital reconstruction. *Current Sexual Health Reports*, 12(4), 411–420. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00294-0>
- Tiryaki, S., Tekin, A., Yagmur, İ., Özen, S., Özbaran, B., Gökşen, D., ... Avanoğlu, A. (2018). Parental perception of terminology of disorders of sex development in Western Turkey. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 10(3), 216–222. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.0007>
- Tishelman, A. C., Shumer, D. E., Nahata, L. (2017). Disorders of sex development: pediatric psychology and the genital exam. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 530–543. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw015>
- Tishelman, A. C., Haney, P., Greenwald O'Brien, J. et Blaustein, M. E. (2010). A framework for school-based psychological evaluations: Utilizing a “trauma lens.” *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3(4), 279–302. <https://doi.org/10.1080/19361521.2010.523062>
- Tishelman, A. C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F. H., Shumer, D. E. et Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 37–45. <https://doi.org/10.1037/a0037490>
- Tishelman, A. C., Sutter, M. E., Chen, D., Sampson, A., Nahata, L., Kolbuck, V. D. et Quinn, G. P. (2019). Health care provider perceptions of fertility preservation barriers and challenges with transgender patients and families: qualitative responses to an international survey. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36(3), 579–588. <https://doi.org/10.1007/s10815-018-1395-y>
- Tishelman, A. et Neumann-Mascis, A. (2018). *Gender-related Trauma*. In *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. (pp. 85–100). American Psychological Association.
- Tollemache, N., Shrewsbury, D. et Llewellyn, C. (2021). Que (e) rying undergraduate medical curricula: A cross-sectional online survey of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer content inclusion in UK undergraduate medical education. *BMC Medical Education*, 21(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02532-y>
- Tollinche, L. E., Walters, C. B., Radix, A., Long, M., Galante, L., Goldstein, Z. G., Kapinos, Y. et Yeoh, C. (2018). The perioperative care of the transgender patient. *Anesthesia and Analgesia*, 127(2), 359–366. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003371>
- Tollit, M. A., Feldman, D., McKie, G. et Telfer, M. M. (2018). Patient and parent experiences of care at a pediatric gender service. *Transgender Health*, 3(1), 251–256. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0016>
- Tollit, M. A., Pace, C. C., Telfer, M., Hoq, M., Bryson, J., Fulkoski, N., Cooper, C. et Pang, K. C. (2019). What are the health outcomes of trans and gender diverse young people in Australia? Study protocol for the Trans20 longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 9(11), e032151. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032151>
- Tomson, A., McLachlan, C., Wattrus, C., Adams, K., Addinall, R., Bothma, R., Jankelowitz, L., Kotze, E., Luvuno, Z., Madlala, N., Matyila, S., Padavatan, A., Pillay, M., Rakumakoe, M. D., Tomson-Myburgh, M., Venter, W. D. F. et De Vries, E. (2021). Southern African HIV clinicians society gender-affirming healthcare guideline for South Africa. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v22i1.1299>
- Toomey, R. B., Ryan, C., Diaz, R. M., Card, N. A. et Russell, S. T. (2010). Gender-nonconforming

- lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 46(6), 1580–1589. <https://doi.org/10.1037/a0020705>
- Toorians, A. W. F. T., Thomassen, M. C. L. G. D., Zweegman, S., Magdeleyns, E. J. P., Tans, G., Gooren, L. J. G. et Rosing, J. (2003). Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(12), 5723–5729. <https://doi.org/10.1210/jc.2003-030520>
- Top, H. et Balta, S. (2017). Transsexual mastectomy: Selection of appropriate technique according to breast characteristics. *Balkan Medical Journal*, 34(2), 147–155. <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2016.0093>
- Topolewska-Siedzik, E. et Ciecuch, J. (2018). Trajectories of identity formation modes and their personality context in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(4), 775–792. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0824-7>
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J. et Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Network Open*, 5(2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
- Tornello, S. L. et Bos, H. (2017). Parenting intentions among transgender individuals. *LGBT Health*, 4(2), 115–120. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0153>
- Tosun, N. L., Fieberg, A. M., Eberly, L. E., Harrison, K. A., Tipp, A. R., Allen, A. M. et Allen, S. S. (2019). Exogenous progesterone for smoking cessation in men and women: A pilot double-blind, placebo-controlled randomized clinical trial. *Addiction*, 114(10), 1800–1813. <https://doi.org/10.1111/add.14645>
- TransCare. (2020). *Bind, Pack and Tuck*. <http://www.phsa.ca/transcarebc/care-support/transitioning/bind-pack-tuck-pad>
- Transgender and Intersex Inmates. Corrective Services NSW Home. (2015). <https://correctiveservices.dcj.nsw.gov.au/csnew-home/resources/policies-and-publications/policis.html>
- Transgender, Transsexual, and Gender Nonconforming Health Care in Correctional Settings. (2015). <https://www.ncchc.org/position-statements/transgender-and-gender-diverse-health-care-in-correctional-settings-2020/>
- Travers, R., Bauer, G., Pyne, J., Bradley, K., Gale, L. et Papadimitriou, M. (2012). *Impacts of Strong Parental Support for Trans Youth: A Report Prepared for Children's Aid Society of Toronto and Delisle Youth Services*. Trans Pulse Project. <https://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/10/Impacts-of-Strong-Parental-Support-for-Trans-Youth-vFINAL.pdf>
- Trevor Project. (2021). *The Mental Health and Well-being of LGBTQ Youth who are Intersex*. <https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2021/12/Intersex-Youth-Mental-Health-Report.pdf>
- Trispiotis, I. et Purshouse, C. (2022). ‘Conversion Therapy’ as degrading treatment. *Oxford Journal of Legal Studies*, 42(1), 104–132. <https://doi.org/10.1093/ojls/gqab024>
- Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A. et Benotsch, E. G. (2017). The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *International Journal of Transgenderism*, 18(1), 39–52. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405>
- Tschan, S., Honegger, F. et Storck, C. (2016). Cricothyroid joint anatomy as a predicting factor for success of cricoid-thyroid approximation in transwomen. *The Laryngoscope*, 126(6), 1380–1384. <https://doi.org/10.1002/lary.25518>
- T’Sjoen, G., Arcelus, G., Gooren, L., Klink, D. T. et Tangpricha, V. (2019). Endocrinology of transgender medicine. *Endocrine Reviews*, 40(1), 97–117. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>
- T’Sjoen, G., Arcelus, J., De Vries, A. L. C., Fisher, A. D., Nieder, T. O., Özer, M. et Motmans, J. (2020). European Society for Sexual Medicine position statement “Assessment and hormonal management in adolescent and adult trans people, with attention for sexual function and satisfaction.” *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 570–584. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.012>
- T’Sjoen, G. G., Beguin, Y., Feyen, E., Rubens, R., Kaufman, J. M. et Gooren, L. (2005). Influence of exogenous oestrogen or (anti-) androgen administration on soluble transferrin receptor in human plasma. *Journal of Endocrinology*, 186(1), 61–67. <https://doi.org/10.1677/joe.1.06112>
- Tucker, R. P., Testa, R. J., Simpson, T. L., Shipherd, J. C., Blosnich, J. R. et Lehavot, K. (2018). Hormone therapy, gender affirmation surgery, and

- their association with recent suicidal ideation and depression symptoms in transgender veterans. *Psychological Medicine*, 48(14), 2329-2336. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003853>
- Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L. et Keuroghlian, A. S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68–76. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285>
- Turban, J. L., Carswell, J. et Keuroghlian, A. S. (2018). Understanding pediatric patients who discontinue gender-affirming hormonal interventions. *JAMA Pediatrics*, 172(10), 903–904. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.1817>
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M. et Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*, e20191725. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>
- Turban, J. L., King, D., Kobe, J., Reisner, S. L. et Keuroghlian, A. S. (2022). Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *PloS One*, 17(1), e0261039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261039>
- Turban, J.L., King, D., Reisner, S.L., Keuroghlian, A.S. (2019). Psychological attempts to change a person’s gender identity from transgender to cisgender: Estimated prevalence across US States, 2015. *American Journal of Public Health* 109, 1452–1454. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305237>
- Turban, J. L., King, D., Li, J. J. et Keuroghlian, A. S. (2021). Timing of social transition for transgender and gender diverse youth, K-12 harassment, and adult mental health outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 69(6), 991–998. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.001>
- Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N. et Keuroghlian, A. S. (2021). Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: A mixed-methods analysis. *LGBT Health*, 8(4), 273-280. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
- Turo, R., Jallad, S., Prescott, S. et Cross, W. R. (2013). Metastatic prostate cancer in transsexual diagnosed after three decades of estrogen therapy. *Canadian Urological Association Journal*, 7(7-8), E544. <https://doi.org/10.5489/cuaj.175>
- Tuzun, Z., Başar, K. et Akgul, S. (2022). Social connectedness matters: Depression and anxiety in transgender youth during the COVID-19 pandemic. *The Journal of Sexual Medicine*, S1743-6095(22)00558-6. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.01.522>
- Twist, J. et de Graaf, N. (2019). Gender diversity and non-binary presentations in young people attending the United Kingdom’s national Gender Identity Development Service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 277-290. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359104518804311?journalCode=ccpa>
- Uebel, K. E., Lombard, C., Joubert, G., Fairall, L. R., Bachmann, M. O., Mollentze, W. F., van Rensburg, D. et Wouters, E. (2013). Integration of HIV care into primary care in South Africa. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(3), e94–e100. <https://doi.org/10.1097/qai.0b013e318291cd08>
- UN General Assembly. (2015). *Transforming our world : the 2030 Agenda for Sustainable Development*. 21 October 2015. A/RES/70/1. <https://undocs.org/A/RES/70/1>
- UN Human Rights Council, (2020). *Practices of so-called “conversion therapy”: Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*. https://doi.org/10.1163/2210-7975_HRD-9970-2016149
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights. (2018). *Statement on the occasion of International Transgender Day of Visibility, the IACHR and a UN expert urge States to guarantee the full exercise of the human rights of transgender persons*. <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22906&LangID=E>
- UNDP et APTN. (2017). *Legal gender recognition: a multi-country legal and policy review in Asia*. Asia-Pacific Transgender Network. <https://weareaptn.org/resource/legal-gender-recognition-a-multi-country-legal-and-policy-review-in-asia/>
- UNDP, IRGT. (2016). *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions*. United Nations Development Programme. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf
- Unger, C. A. (2015). Care of the transgender patient: a survey of gynecologists’ current knowledge and

- practice. *Journal of Womens' Health (Larchmt)*, 24(2), 114-118.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4918>
- United Nations Population Fund. (2014). *Reproductive rights are human rights: a handbook for national human rights institutions*.
<https://www.ohchr.org/en/publications/special-issue-publications/reproductive-rights-are-human-rights-handbook-national>
- United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights. Retrieved from
<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- United Nations. (2015). *The United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners*.
https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf
- United States Department of Health and Human Services. (2013). *Lesbian, gay, bisexual and transgender health*. Consulté à l'adresse :
<https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>
- Valashany, B. T. et Janghorbani, M. (2018). Quality of life of men and women with gender identity disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0995-7>
- Vale, K., Siemens, I., Johnson, T. W. et Wassersug, R. J. (2013). Religiosity, childhood abuse, and other risk factors correlated with voluntary genital ablation. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 45(3), 230-237.
<https://doi.org/10.1037/a0031122>
- Valentine, V. (2016). *Non-binary people's experiences of using UK gender identity clinics*. S. T. E. Network. <https://www.scottishtrans.org/wp-content/uploads/2016/11/Non-binary-GIC-mini-report.pdf>
- Van Batavia, J. P. et Kolon, T. F. (2016). Fertility in disorders of sex development: A review. *Journal of Pediatric Urology*, 12(6):418-425.
<https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.09.015>
- Van Boerum, M. S., Salibian, A. A., Bluebond-Langner, R. et Agarwal, C. (2019). Chest and facial surgery for the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 219-227. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.18>
- Van Borsel, J., De Cuypere, G., Rubens, R. et Destaerke, B. (2000). Voice problems in female-to-male transsexuals. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(3), 427-442.
<https://doi.org/10.1080/136828200410672>
- Van Borsel, J., Van Eynde, E., De Cuypere, G. et Bonte, K. (2008). Feminine after cricothyroid approximation? *Journal of Voice*, 22(3), 379-384.
<https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.11.001>
- Van Caenegem, E., Taes, Y., Wierckx, K., Vandewalle, S., Toye, K., Kaufman, J. M., Schreiner, T., Haraldsen, I. et T'Sjoen, G. (2013). Low bone mass is prevalent in male-to-female transsexual persons before the start of cross-sex hormonal therapy and gonadectomy. *Bone*, 54(1), 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2013.01.039>
- Van Caenegem, E., Verhaeghe, E., Taes, Y., Wierckx, K., Toye, K., Goemaere, S., Zmierzak, H. G., Hoebeke, P., Monstrey, S. et T'Sjoen, G. (2013). Long-term evaluation of donor-site morbidity after radial forearm flap phalloplasty for transsexual men. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(6), 1644-1651. <https://doi.org/10.1111/jsm.12121>
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., Van Nieuwerburgh, F., De Cuypere, G. et T'Sjoen, G. (2015). Prevalence of gender nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1281-1287.
<https://doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6>
- Van Caenegem, E., Wierckx, K., Taes, Y., Schreiner, T., Vandewalle, S., Toye, K., Lapauw, B., Lapauw, J. M. et T'Sjoen, G. (2015). Body composition, bone turnover, and bone mass in trans men during testosterone treatment: 1-year follow-up data from a prospective case-controlled study (ENIGI). *European Journal of Endocrinology*, 172(2), 163-171.
<https://doi.org/10.1530/eje-14-0586>
- Van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C. et Kreukels, B. P. C.; on behalf of dsd-LIFE. (2018). Body image and self-esteem in disorders of sex development: A European multicenter study. *Health Psychology*, 37(4), 334-343. <https://doi.org/10.1037/hea0000600>
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T., De Cuypere, G., Richter-Appelt, H. et Kreukels, B. P. C. (2017). Effects of medical interventions on gender dysphoria and body image: A follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 79(7), 815-823.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000465>
- Van de Grift, T. C., Elaut, E., Cerwenka, S. C., Cohen-Kettenis, P. T. et Kreukels, B. P. C. (2018). Surgical satisfaction, quality of life, and their association after gender-affirming surgery: A follow-up study. *Journal of Sexual and Marital*

- Therapy*, 44(2), 138-148.
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1326190>
- Van de Grift, T. C., Elfering, L., Greijdanus, M., Smit, J. M., Bouman, M. B., Klassen, A. F. et Mullender, M. G. (2018). Subcutaneous mastectomy improves satisfaction with body and psychosocial function in trans men: Findings of a cross-sectional study using the BODY-Q chest module. *Plastic Reconstructive Surgery*, 142(5), 1125-1132.
<https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004827>
- Van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Elfering, L., Özer, M., Bouman, M.-B., Buncamper, M. E., Smit, J. M. et Mullender, M. G. (2016). Body image in transmen: Multidimensional measurement and the effects of mastectomy. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1778-1786.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.003>
- Van de Grift, T. C., Pigot, G. L. S., Boudhan, S., Elfering, L., Kreukels, B. P. C., Gijs, L., Buncamper, M. E., Ozer, M., van der Sluis, W., Meuleman, E. J. H., Bouman, M. B. et Mullender, M. G. (2017). A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after genital gender-confirming surgery in transmen. *Journal of Sexual Medicine*, 14(12), 1621-1628.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.064>
- Van de Grift, T., Van Gelder, Z., Mullender, M., Steensma, T., de Vries, ALC. et Bouman, M. (2020). Timing of puberty suppression and surgical options for transgender youth. *Pediatrics*, 146(5), e20193653.
<https://doi.org/10.1542/peds.2019-3653>
- Van Der Miesen, A. I., Hurley, H. et De Vries, A. L. (2016). Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A narrative review. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 70-80.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1111199>
- Van der Miesen, A., Steensma, T. D., de Vries, A., Bos, H. et Popma, A. (2020). Psychological functioning in transgender adolescents before and after gender-affirmative care compared with cisgender general population peers. *The Journal of Adolescent Health*, 66(6), 699-704.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018>
- Van der Sluis, W. B., de Haseth, K. B., Elfering, L., Özer, M., Smit, J. M., Budding, A. E., van Bodegraven, A. A., Buncamper, M. E., de Boer, N. K. H., Mullender, M. G. et Bouman, M.B. (2020). Neovaginal discharge in transgender women after vaginoplasty: A diagnostic and treatment algorithm. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 367-372.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1725710>
- Van der Sluis, W. B., Smit, J. M., Pigot, G. L. S., Buncamper, M. E., Winters, H. A. H., Mullender, M. G. et Bouman, M. B. (2017). Double flap phalloplasty in transgender men: Surgical technique and outcome of pedicled anterolateral thigh flap phalloplasty combined with radial forearm free flap urethral reconstruction. *Microsurgery*, 37(8), 917-923.
<https://doi.org/10.1002/micr.30190>
- Van Dijk, D., Dekker, M., Conemans, E. B., Wiepjes, C. M., de Goeij, E. G. M., Overbeek, K. A. et T'Sjoen, G. (2019). Explorative prospective evaluation of short-term subjective effects of hormonal treatment in trans people - Results from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(8), 1297-1309.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.009>
- Van Gerwen, O. T., Aryanpour, Z., Selph, J. P. et Muzny, C. A. (2021). Anatomical and sexual health considerations among transfeminine individuals who have undergone vaginoplasty: A review. *International Journal of STD & AIDS*, 33(2), 106-113.
<https://doi.org/10.1177/09564624211046997>
- Van Kesteren, P. J., Asscheman, H., Megens, J. A. et Gooren, L. J. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), 337-342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1997.2601068.x>
- Van Leijenhorst, L., Zanolie, K., Van Meel, C. S., Westenberg, P. M., Rombouts, S. A. R. B. et Crone, E. A. (2009). What motivates the adolescent? Brain regions mediating reward sensitivity across adolescence. *Cerebral Cortex*, 20(1), 61-69.
<https://doi.org/10.1093/cercor/bhp078>
- Vandenbussche, E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, 69(9), 1602-1620.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child Adolescent Social Work Journal*, 26, 135-154.
<https://doi.org/10.1007/s10560-008-0158-5>
- Vanderschueren, D., Vandenput, L., Boonen, S., Lindberg, M. K., Bouillon, R. et Ohlsson, C. (2004). Androgens and bone. *Endocrine Reviews*,

- 25(3), 389-425. <https://doi.org/10.1210/er.2003-0003>
- Various. (2019). *Memorandum of understanding on conversion therapy in the UK. Version 2, Revision A*. British Association of Counselling and Psychotherapy. <https://www.bacp.co.uk/events-and-resources/ethics-and-standards/mou/>
- Various. (2021). *U. S. joint statement on ending conversion therapy*. <https://usjs.org/usjs-current-draft/>
- Veale, J., Byrne, J., Tan, K., Guy, S., Yee, A., Nopera, T. et Bentham, R. (2019). *Counting ourselves: The health and wellbeing of trans and non-binary people in Aotearoa, New Zealand*. <https://countingourselves.nz>
- Veerman, H., de Rooij, F. P. W., Al-Tamimi, M., Ronkes, B. L., Mullender, M. G., M. B. B., van der Sluis, W. B. et Pigot, G. L. S. (2020). Functional outcomes and urological complications after genital gender affirming surgery with urethral lengthening in transgender men. *Journal of Urology*, 204(1), 104-109. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000795>
- Vereecke, G., Defreyne, J., Van Saen, D., Collect, S., Van Dorpe, J., T'Sjoen, G. et Gooseens, E. I. (2021). Characterisation of testicular function and spermatogenesis in transgender women. *Human Reproduction*, 36(1), 5-15. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa254>
- Vermeir, E., Jackson, L. A. et Marshall, E. G. (2018). Improving healthcare providers' interactions with trans patients: Recommendations to promote cultural competence. *Healthcare Policy*, 14(1), 11-18. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2018.25552>
- Victor, C. J. et Nel, J. A. (2017). Developing an affirmative position statement on sexual and gender diversity for psychology professionals in South Africa. *Psychology in Russia: State of the Art*, 10(2), 87-102. <https://doi.org/10.11621/pir.2017.0206>
- Vincent, B. (2018). *Transgender Health: A Practitioner's Guide to Binary and Non-Binary Trans Patient Care*. Jessica Kingsley Publishers.
- Vincent, B. (2019). Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: the validation of non-binary people. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 132-137. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1534075>
- Vincent, B. (2020). *Non-Binary Genders: Navigating Communities, Identities, and Healthcare*. Policy Press.
- Vincent, B. et Manzano, A. (2017). History and Cultural Diversity. Dans C. Richards, W. P. Bouman et M. J. Barker (éds), *Genderqueer and Non-Binary Genders*. Palgrave Macmillan.
- Vinogradova, Y., Coupland, C. et Hippisley-Cox, J. (2019). Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *British Medical Journal*, 364, k4810. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4810>
- Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J. et Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, 95, 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008>
- Von Doussa, H., Power, J. et Riggs, D. (2015). Imagining parenthood: the possibilities and experiences of parenthood among transgender people. *Culture Health & Sexuality*, 17(9), 1119-1131. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1042919>
- Vrouenraets, L. J. J. J., de Vries, A. L. C., de Vries, M. C., van der Miesen, A. I. R. et Hein, I. M. (2021). Assessing medical decision-making competence in transgender youth. *Pediatrics*, 148(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049643>
- Vukadinovic, V., Stojanovic, B., Majstorovic, M. et Milosevic, A. (2014). The role of clitoral anatomy in female to male sex reassignment surgery. *Scientific World Journal*, 2014, 437378. <https://doi.org/10.1155/2014/437378>
- Vyas, N., Douglas, C. R., Mann, C., Weimer, A. K. et Quinn, M. M. (2021). Access, barriers, and decisional regret in pursuit of fertility preservation among transgender and gender-diverse individuals. *Fertility and Sterility*, 115(4), 1029-1034. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.09.007>
- Waal, H. A. D. et Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, 155(1), S131-S137. <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231>
- Wagner, I., Fugain, C., Monneron-Girard, L., Cordier, B. et Chabolle, F. (2003). Pitch-raising surgery in fourteen male-to-female transsexuals. *The Laryngoscope*, 113(7), 1157-1165. <https://doi.org/10.1097/00005537-200307000-00011>
- Wagner, S., Panagiotakopoulos, L., Nash, R., Bradlyn, A., Getahun, D., Lash, T. L., Roblin, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S. et

- Goodman, M. (2021). Progression of gender dysphoria in children and adolescents: A longitudinal study. *Pediatrics*, 148(1), e2020027722. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-027722>
- Walker, R. V., Powers, S. M. et Witten, T. M. (2017). Impact of anticipated bias from healthcare professionals on perceived successful aging among transgender and gender nonconforming older adults. *LGBT Health*, 4(6), 427-433. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0165>
- Wallien, M. S. C. et Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413-1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Walton, M. T., Lykins, A. D. et Bhullar, N. (2016). Beyond heterosexual, bisexual, and homosexual: A diversity in sexual identity expression. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1591-1597. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0778-3>
- Wang, Y., Yu, H., Yang, Y., Drescher, J., Li, R., Yin, W., Yu, R., Wang, S., Deng, W., Jia, Q., Zucker, K. J. et Chen, R. (2020). Mental health status of cisgender and gender-diverse secondary school students in China. *JAMA Network Open*, 3(10), e2022796. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.22796>
- Warwick, R. M., Araya, A. C., Shumer, D. E. et Selkie, E. M. (2022). Transgender youths' sexual health and education: A qualitative analysis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 35(2), 138-146. <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2021.09.011>
- Washington, D.C. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2020) *Healthy People*. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health>.
- Wassersug, R. J. et Johnson, T. W. (2007). Modern-day Eunuchs: Motivations for and consequences of contemporary castration. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50(4), 544-556. <https://doi.org/10.1353/pbm.2007.0058>
- Wassersug, R. J. et Lieberman, T. (2010). Contemporary castration: why the modern day eunuch remains invisible. *BMJ*, 341(2), c4509-c4509. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4509>
- Wassersug, R. J., Walker, L. M. et Robinson, J. W. (2018). *Androgen deprivation therapy: an essential guide for prostate cancer patients and their loved ones*. Demos Health.
- Watson, R. J., Wheldon, C. W. et Puhl, R. M. (2020). Evidence of diverse identities in a large national sample of sexual and gender minority adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 30(S2), 431-442. <https://doi.org/10.1111/jora.12488>
- Watt, S. O., Tskhay, K. O. et Rule, N. O. (2018). Masculine voices predict well-being in female-to-male transgender individuals. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 963-972. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1095-1>
- Weaver, C. M., Alexander, D. D., Boushey, C. J., Dawson-Hughes, B., Lappe, J. M., LeBoff, M. S., Liu, S., Looker, A. C., Wallace, T. C. et Wang, D. D. (2016). Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: An updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. *Osteoporosis International*, 27(1), 367-376. <https://doi.org/10.1007/s00198-015-3386-5>
- Webb, H., Free, N., Oates, J. et Paddle, P. (2020). The use of vocal fold injection augmentation in a transmasculine patient unsatisfied with voice following testosterone therapy and voice training. *Journal of Voice*, S0892-1997(20)30298-8. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.08.011>
- Wei, S. Y., Li, F. Y., Li, Q., Li, S. K., Zhou, C. D., Zhou, Y., Cao, Y. J., Zhang, S. Y. et Zhao, Y. (2018). Autologous buccal micro-mucosa free graft combined with posterior scrotal flap transfer for vaginoplasty in male-to-female transsexuals: A pilot study. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 188-196. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0977-x>
- Weidler, E. M., Baratz, A., Muscarella, M., Hernandez, S. J. et van Leeuwen, K. (2019). A shared decision-making tool for individuals living with complete androgen insensitivity syndrome. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150844. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150844>
- Weidler, E. M. et Peterson, K. E. (2019). The impact of culture on disclosure in differences of sex development. *Seminars in Pediatric Surgery*, 28(5), 150840. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2019.150840>
- Weigert, R., Frison, E., Sessieq, Q., Al Mutairi, K. et Casoli, V. (2013). Patient satisfaction with breasts and psychosocial, sexual, and physical well-being after breast augmentation in male-to-female transsexuals. *Plastic Reconstructive Surgery*, 132(6), 1421-1429. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000434415.70711.49>

- Weill, A., Nguyen, P., Labidi, M., Cadier, B., Passeri, T., Duranteau, L., Bernat, A. L., Yoldjian, I., Fontanel, S., Froelich, S. et Coste, J. (2021). Use of high dose cyproterone acetate and risk of intracranial meningioma in women: Cohort study. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 372, n37. <https://doi.org/10.1136/bmj.n37>
- Weinand, J. D. et Safer, J. D. (2015). Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of Clinical and Translational Endocrinology*, 2(2):55–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.003>
- Weinhardt, L. S., Stevens, P., Xie, H., Wesp, L. M., John, S. A., Apchemengich, I., Kioko, D., Chavez-Korell, S., Cochran, K. M., Watjen, J. M. et Lambrou, N. H. (2017). Transgender and gender nonconforming youths' public facilities use and psychological well-being: A mixed-method study. *Transgender Health*, 2(1), 140–150. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0020>
- Weissler, J. M., Chang, B. L., Carney, M. J., Rengifo, D., Messa, C. A. t., Sarwer, D. B. et Percec, I. (2018). Gender-affirming surgery in persons with gender dysphoria. *Plastic Reconstructive Surgery*, 141(3), 388e-396e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000004123>
- Wendler, J. (1990). *Vocal pitch elevation after transsexualism male to female*. In: *Proceedings of the Union of the European Phoniaticians*, Salsomaggiore.
- Wesp, L. (2016). Transgender patients and the physical examination, gender affirming health program, UCSF. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/physical-examination>
- Weyers, S., Elaut, E., De Sutter, P., Gerris, J., T'Sjoen, G., Heylens, G., De Cuypere, G. et Verstraelen, H. (2009). Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(3), 752–760. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01082.x>
- Weyers, S., Villeirs, G., Vanherreweghe, E., Verstraelen, H., Monstrey, S., Van den Broecke, R. et Gerris, J. (2010). Mammography and breast sonography in transsexual women. *European Journal of Radiology*, 74(3), 508-513. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2009.03.018>
- White Hughto, J. M. et Reisner, S. L. (2016). A systematic review of the effects of hormone therapy on psychological functioning and quality of life in transgender individuals. *Transgender Health*, 1(1), 21-31. <https://doi.org/10.1089/trgh.2015.0008>
- White Hughto, J. M. et Reisner, S. L. (2018). Social context of depressive distress in aging transgender adults. *Journal of Applied Gerontology*, 37(12), 1517-1539. <https://doi.org/10.1177/0733464816675819>
- White Hughto, J. M., Reisner, S. L. et Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
- Whyatt-Sames, J. (2017). Being brave: Negotiating the path of social transition with a transgender child in foster care. *Journal of GLBT Family Studies*, 13(4), 309-332. DOI: 10.1080/1550428X.2016.1241167
- Wibowo, E., Johnson, T. et Wassersug, R. (2016). Infertility, impotence, and emasculation - psychosocial contexts for abandoning reproduction. *Asian Journal of Andrology*, 18(3), 403. <https://doi.org/10.4103/1008-682x.173937>
- Wibowo, E., Wassersug, R., Warkentin, K., Walker, L., Robinson, J., Brotto, L. et Johnson, T. (2012). Impact of androgen deprivation therapy on sexual function: A response. *Asian Journal of Andrology*, 14(5), 793–794. <https://doi.org/10.1038/aja.2012.60>
- Wibowo, E., Wong, S. T. S., Wassersug, R. J. et Johnson, T. W. (2021). Sexual function after voluntary castration. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3889–3899. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02094-6>
- Wiepjes, C. M., de Blok, C. J., Staphorsius, A. S., Nota, N. M., Vlot, M. C., de Jongh, R. T. et den Heijer, M. (2020). Fracture Risk in Trans Women and Trans Men Using Long-Term Gender-Affirming Hormonal Treatment: A Nationwide Cohort Study. *Journal of bone and mineral research*. *Journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, 35(1), 64–70. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3862>
- Wiepjes, C. M., den Heijer, M. et T'Sjoen, G. G. (2019). Bone health in adult trans persons: An update of the literature. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 26(6), 296-300. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000502>
- Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger,

- S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M. B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C. et den Heijer, M. (2018). The Amsterdam cohort of Gender Dysphoria study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 582-590. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016>
- Wiepjes, C. M., Vlot, M. C., Klaver, M., Nota, N. M., de Blok, C. J., de Jongh, R. T., Lips, P., Heijboer, A. C., Fisher, A. D., Schreiner, T., T'Sjoen, G. et den Heijer, M. (2017). Bone mineral density increases in trans persons after 1 year of hormonal treatment: A multicenter prospective observational study. *Journal of Bone Mineral Research*, 32(6), 1252-1260. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3102>
- Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., Kaufman, J. M. et T'Sjoen, G. (2013). Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: A case-control study. *European Journal of Endocrinology*, 169(4), 471-478. <https://doi-org.ezproxy.cul.columbia.edu/10.1530/EJE-13-0493>
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedeker, D., Van Houdenhove, E. et T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: Exploration of the role of testosterone administration. *European Journal of Endocrinology*, 165(2), 331-337. <https://doi.org/10.1530/Eje-11-0250>
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., De Cuypere, G., Monstrey, S., Weyers, S., Hoebeke, P. et T'Sjoen, G. (2014). Sexual desire in trans persons: Associations with sex reassignment treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 107-118. <https://doi.org/10.1111/jsm.12365>
- Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G. et T'Sjoen, G. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2641-2651. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02876.x>
- Wierckx, K., Stuyver, I., Weyers, S., Hamada, A., Agarwal, A., De Sutter, P. et T'Sjoen, G. (2012). Sperm freezing in transsexual women. *Archives of Sexual Behaviour*, 41(5), 1069-1071. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0012-x>
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Toye, K., T'Sjoen, G. (2011). Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3379-3388. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x>
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P. et T'Sjoen, G. (2012). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483-487. <https://doi.org/10.1093/humrep/der406>
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Schreiner, T., Haraldsen, I., Fisher, A. D., Toye, K., Kaufman, J. M. et T'Sjoen, G. (2014). Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: Results from the European network for the investigation of gender incongruence. *Journal of Sexual Medicine*, 11(8), 1999-2011. <https://doi.org/10.1111/jsm.12571>
- Wierckx, K., Van de Peer, F., Verhaeghe, E., Dedeker, D., Van Caenegem, E., Toye, K. et T'Sjoen, G. (2014). Short- and long-term clinical skin effects of testosterone treatment in trans men. *Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 222-229. <https://doi.org/10.1111/jsm.12366>
- Wilchins, R. A. (1995). A Note from your Editrix. *In Your Face: Political Activism against Gender Oppression*, 1(1), 4.
- Williams, A. J., Jones, C., Arcelus, J., Townsend, E., Lazaridou, A. et Michail, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ+ young people with experiences of self-harm and suicide. *PloS One*, 16(1), 1-26. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245268>
- Wilson, B. D. et Meyer, I. H. (2021). *Nonbinary LGBTQ Adults in the United States*. UCLA School of Law Williams Institute.
- Wilson, D., Marais, A., de Villiers, A., Addinall, R. et Campbell, M. M. (2014). Transgender issues in South Africa, with particular reference to the Groote Schuur Hospital Transgender Unit. *South African Medical Journal*, 104(6), 449. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.8392>
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Raymond, H. F. et McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans* female youth and the protective effect of parental support. *AIDS Behavior*, 20(10), 2203-2211. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1409-7>
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C. et Raymond, H. F. (2015). Connecting the dots: Examining transgender women's utilization of transition-related medical care and associations with mental health, substance use, and HIV.

- Journal of Urban Health*, 92(1), 182–192.
<https://doi.org/10.1007/s11524-014-9921-4>
- Wilson, E. C., Turner, C. M., Sanz-Rodriguez, C., Arayasirikul, S., Gagliano, J., Woods, T., Palafox, E., Halfin, J., Martinez, L., Makoni, B., Eskman, Z. (2021). Expanding the pie—differentiated PrEP delivery models to improve PrEP uptake in the San Francisco Bay area. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 88(1), S39–S48.
<https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002809>
- Wilson, L. M., Baker, K. E., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K. et Robinson, K. A. (2020). Effects of antiandrogens on prolactin levels among transgender women on estrogen therapy: A systematic review. *International Journal of Transgender Health*, 21(4), 391–402.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819505>
- Wimalawansa, S. M., Fox, J. P. et Johnson, R. M. (2014). The measurable cost of complications for outpatient cosmetic surgery in patients with mental health diagnoses. *Aesthetic Surgery Journal*, 34(2), 306–316.
<https://doi.org/10.1177/1090820X13519100>
- Wingo, E., Ingraham, N. et Roberts, S. C. M. (2018). Reproductive health care priorities and barriers to effective care for LGBTQ people assigned female at birth: A qualitative study. *Womens' Health Issues*, 28(4), 350–357.
<https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.002>
- Winter, S. et Doussantousse, S. (2009). Trans people, hormones, and health risks in Southeast Asia: A Lao study. *International Journal of Sexual Health*, 21(1), 35–48.
<https://doi.org/10.1080/19317610802554141>
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S. et Wylie, K. (2016). Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet*, 388(10042), 390–400.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)
- Winter, S., Settle, E., Wylie, K., Reisner, S., Cabral, M., Knudson, G. et Baral, S. (2016). Synergies in health and human rights: A call to action to improve transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 318–321.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30653-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30653-5)
- Winters, K. et Ehrbar, R. D. (2010). Beyond conundrum: Strategies for diagnostic harm reduction. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 14(2), 130–138.
<https://doi.org/10.1080/19359701003609922>
- Winters, K., Temple Newhook, J., Pyne, J., Feder, S., Jamieson, A., Holmes, C., Sinnott, M.-L., Pickett, S. et Tosh, J. (2018). Learning to listen to trans and gender diverse children: A Response to Zucker (2018) and Steensma and Cohen-Kettenis (2018). *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 246–250.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1471767>
- Wisniewski, A. B et Sandberg, D. E. (2015). Parenting children with disorders of sex development (DSD): A developmental perspective beyond gender. *Hormone and Metabolic Research*, 47(5):375–379. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398561>
- Witcomb, G. L., Bouman, W. P., Claes, L., Brewin, N., Crawford, J. et Arcelus, J. (2018). Levels of depression in transgender people and its predictors: Results of a large matched control study with transgender people accessing clinical services. *Journal of Affective Disorders*, 235, 308–315. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.051>
- Witcomb, G. L., Claes, L., Bouman, W. P., Nixon, E., Motmans, J. et Arcelus, J. (2019). Experiences and psychological wellbeing outcomes associated with bullying in treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. *LGBT Health*, 6(5), 216–226. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0179>
- Witten, T. M. et Eyler, E. (2016). *Care of aging transgender and Gender Nonconforming Patients*. Dans R. Ettner, S. Monstrey et E. Coleman (éds), *Principles of Transgender Medicine and Surgery* (Second edition, pp. 344–378). Routledge.
- Witten, T. M. (2014). It's not all darkness: Robustness, resilience, and successful transgender aging. *LGBT Health*, 1(1), 24–33.
<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/lgbt.2013.0017>
- Witten, T. M. (2017). Health and well-being of transgender elders. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 37(1), 27–41. <https://www.ingentaconnect.com/content/springer/argg/2017/00000037/00000001/art00003;jsessionid=84to47prc5elp.x-ic-live-03>
- Wolfe-Christensen, C., Wisniewski, A. B., Mullins, A. J., Reyes, K. J., Austin, P., Baskin, L., Bernabé, K., Cheng, E., Fried, A., Frimberger, D., Galan, D., Gonzalez, L., Greenfield, S., Kolon, T., Kropp, B., Lakshmanan, Y., Meyer, S., Meyer, T., Nokoff, N. J. et Palmer, B. (2017). Changes in levels of parental distress after their child with atypical genitalia undergoes genitoplasty. *Journal of Pediatric Urology*, 13(1), 32.e1–32.e6.
<https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2016.10.024>
- Wolfe-Roubatis, E. et Spatz, D. L. (2015). Transgender men and lactation: What nurses need to know. *MCN American Journal of*

- Maternal/Child Nursing*, 40(1), 32-38.
<https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000097>
- Wolter, A., Diedrichson, J., Scholz, T., Arens-Landwehr, A. et Liebau, J. (2015). Sexual reassignment surgery in female-to-male transsexuals: an algorithm for subcutaneous mastectomy. *Journal of Plastic and Reconstructive Aesthetic Surgery*, 68(2), 184-191.
<https://doi.org/10.1016/j.bjps.2014.10.016>
- Wolter, A., Scholz, T., Pluto, N., Diedrichson, J., Arens-Landwehr, A. et Liebau, J. (2018). Subcutaneous mastectomy in female-to-male transsexuals: Optimizing perioperative and operative management in 8 years clinical experience. *Journal of Plastic Reconstructive Aesthetic Surgery*, 71(3), 344-352.
<https://doi.org/10.1016/j.bjps.2017.09.003>
- Wong, W. I., van der Miesen, A. I. R., Li, T. G. F., MacMullin, L. N. et VanderLaan, D. P. (2019). Childhood social gender transition and psychosocial well-being: A comparison to cisgender gender variant children. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(3), 241-253.
<https://doi.org/10.1037/cpp0000295>
- Workowski, K. A., Bachmann, L. H., Chan, P. A., Johnston, C. M., Muzny, C. A., Park, I., Reno, H., Zenilman, J. M. et Bolan, G. A. (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports*, 70(4).
- World Bank Group. (2018). Life on the margins: Survey results of the experiences of LGBTI people in Southeastern Europe. Consulté à l'adresse :
<http://documents.worldbank.org/curated/en/123651538514203449/pdf/130420-REPLACEMENT-PUBLIC-FINAL-WEB-Life-on-the-Margins-Survey-Results-of-the-Experiences-of-LGBTI-People-in-Southeastern-Europe.pdf>
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (10th Revision)*. World Health organization.
- World Health Organization. (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42788/924154628X.pdf>
- World Health Organization. (2004). *WHO scientific group on the assessment of osteoporosis at primary health care level*. In *Summary meeting report (Vol. 5, pp. 5-7)*. World health Organization.
- https://frax.shef.ac.uk/FRAX/pdfs/WHO_Technical_Report.pdf
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. World Health Organization
- World Health Organization. (2007). *Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-HRP-10.22>
- World Health Organization. (2015a). *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach* World Health Organisation.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf
- World Health Organisation. (2015b). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organisation.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564984>
- World Health Organisation. (2016). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: 2016 update*. World Health Organisation.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>
- World Health Organization. (2017a). WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255889/WHO-HIV-2017.17-eng.pdf>
- World Health Organization. (2017b). WHO Model List of Essential Medicines, 20th List (March 2017)(Amended August 2017).
<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>
- World Health Organization. (2018a). Declaration of Astana. <https://www.who.int/primary-health/conference-phc/declaration>
- World Health Organization. (2018b). *ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization. (2019a). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th ed*. World Health Organization.
<https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286>

- World Health Organization. (2019b). *Consolidated guidelines on HIV testing services*. <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1>
- World Health Organization. (2019c). *What's the 2+1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: Update to WHO's recommendation on oral PrEP*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2019d). *WHO global report on traditional and complementary medicine*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/312342>
- World Health Organization. (2020a). *WHO recommendations on self-care interventions*. World Health Organization. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582356/pdf/Bookshelf_NBK582356.pdf
- World Health Organization. *Tobacco*. (2020b) http://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1
- World Health Organization. (2020c). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization. (2021a). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach*. World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
- World Health Organization. (2021b). *Consolidated guideline on self-care interventions for health and wellbeing. Version 2.3*. World Health Organization. <https://app.magicapp.org/#/guideline/5512>
- WPATH. (2016). *Position Statement on Medical Necessity of Treatment, Sex Reassignment, and Insurance Coverage in the U.S.A.* <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH-Position-on-Medical-Necessity-12-21-2016.pdf>
- WPATH. (2017). *WPATH Identity Recognition Statement*. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH%20Identity%20Recognition%20Statement%2011.15.17.pdf>
- WPATH. (2019). *WPATH Statement on Yogyakarta Principles Plus 10 and healthcare delivery*. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2019/WPATH%20Statement%20on%20Yogyakarta%20Principles%20Plus%2010.pdf>
- WPATH Position Statement. (2018). *WPATH Position on "Rapid Onset Gender Dysphoria (ROGD)"*. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2018/9_Sept/WPATH%20Position%20on%20Rapid-Onset%20Gender%20Dysphoria_9-4-2018.pdf
- Wu, L. J., Qi, J., Cai, Y., Liu, S. Y., Zhu, M., Zhong, P. P., Xin, Y. et Feng, S. Q. (2017). *Chinese transgender population general survey report*. LGBT Center and Department of Sociology, Peking University. <https://chinadevelopmentbrief.cn/wp-content/uploads/2020/04/2017-Chinese-Transgender-Population-General-Survey-Report.pdf>
- Wylie, K. (2008). Are the criteria for the 'real-life experience' (RLE) stage of assessment for GID useful to patients and clinicians? *International Journal of Transgenderism*, 10(3-4), 121-131. <https://doi.org/10.1080/15532730802297314>
- Wylie, K., Knudson, G., Khan, S. I., Bonierbale, M., Watanyusakul, S. et Baral, S. (2016). Serving transgender people: Clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *The Lancet*, 388(10042), 401-411.
- Xavier, J. M., Robbin, M., Singer, B. et Budd, E. (2005). A needs assessment of transgendered people of color living in Washington, DC. Dans W. O. Bockting et E. Avery (éds), *Transgender health and HIV prevention: Needs assessment studies from transgender communities across the United States* (pp. 31-47). The Haworth Medical Press. https://doi.org/10.1300/J485v08n02_04
- Yadegarfar, M., Meinhold-Bergmann, M. E. et Ho, R. (2014). Family rejection, social isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female transgender adolescents. *Journal of LGBT youth*, 11(4), 347-363. <https://doi.org/10.1080/19361653.2014.910483>
- Yager, J. L. et Anderson, P. L. (2020). Pharmacology and drug interactions with HIV PrEP in transgender persons receiving gender affirming hormone therapy. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 16(6), 463-474. <https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1752662>
- Yanagi, Y., Ishikawa, Y., Nakamura, K., Komazawa, D. et Watanabe, Y. (2015). Voice changes over time in a female-to-male transsexual receiving hormone therapy. *The Japan Journal of*

- Logopedics and Phoniatrics*, 56(3), 250-256.
<https://doi.org/10.5112/jjlp.56.250>
- Yang, C. Y., Palmer, A. D., Murray, K. D., Meltzer, T. R. et Cohen, J. I. (2002). Cricothyroid approximation to elevate vocal pitch in male-to-female transsexuals: Results of surgery. *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, 111(6), 477-485.
<https://doi.org/10.1177/000348940211100602>
- Yang, J. H., Baskin, L. S. et DiSandro, M. (2010). Gender identity in disorders of sex development: review article. *Urology*, 75(1):153-159.
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.07.1286>
- Yang, X., Wang, L., Gu, Y., Song, W., Hao, C., Zhou, J., Zhang, Q. et Zhao, Q. (2016). A cross-sectional study of associations between casual partner, friend discrimination, social support and anxiety symptoms among Chinese transgender women. *Journal of Affective Disorders*, 203, 22-29.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.051>
- Yang, X., Zhao, L., Wang, L., Hao, C., Gu, Y., Song, W., Zhao, Q. et Wang, X. (2016). Quality of life of transgender women from China and associated factors: A cross-sectional study. *Journal of Sexual Medicine*, 13(6), 977-987.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.03.369>
- Yeung, H., Ragmanauskaite, L., Zhang, Q., Kim, J., Tangpricha, V., Getahun, D. et Goodman, M. (2020). Prevalence of moderate to severe acne in transgender adults: A cross-sectional survey. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 83(5), 1450-1452.
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.053>
- Yogyakarta Principles.org. (2007). *Yogyakarta Principles*. <https://yogyakartaprinciples.org/>
- Yoong, S. L., Tursan d'Espaignet, E., Wiggers, J., St Claire, S., Mellin-Olsen, J. et Grady A et coll. (2020). Tobacco and postsurgical outcomes: WHO tobacco knowledge summaries. World Health Organization
- Yuan, N., Chung, T., Ray, E. C., Sioni, C., Jimenez-Eichelberger, A. et Garcia, M. M. (2021). Requirement of mental health referral letters for staged and revision genital gender-affirming surgeries: An unsanctioned barrier to care. *Andrology*, 9(6), 1765-1772.
<https://doi.org/10.1111/andr.13028>
- Yule, M. A., Brotto, L. A. et Gorzalka, B. B. (2015). A validated measure of no sexual attraction: The Asexuality Identification Scale. *Psychological Assessment*, 27(1), 148-160.
<https://doi.org/10.1037/a0038196>
- Zanghellini, A. (2020). Philosophical problems with the gender-critical feminist argument against trans inclusion. *Sage Open*, 10(2), 2158244020927029.
<https://doi.org/10.1177/2158244020927029>
- Zavlin, D., Schaff, J., Lelle, J. D., Jubbal, K. T., Herschbach, P., Henrich, G., Ehrenberger, B., Kovacs, L., Machens, H. G. et Papadopulos, N. A. (2018). Male-to-female sex reassignment surgery using the combined vaginoplasty technique: Satisfaction of transgender patients with aesthetic, functional, and sexual outcomes. *Aesthetic Plastic Surgery*, 42(1), 178-187.
<https://doi.org/10.1007/s00266-017-1003-z>
- Zelin, N. S., Hastings, C., Beaulieu-Jones, B. R., Scott, C., Rodriguez-Villa, A., Duarte, C., Calahan, C. et Adami, A. J. (2018). Sexual and gender minority health in medical curricula in new England: A pilot study of medical student comfort, competence and perception of curricula. *Medical Education Online*, 23(1), 1461513.
<https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1461513>
- Zielinski, D. S. et Bradshaw, C. P. (2006). Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 11(1), 49-62.
<https://doi.org/10.1177/1077559505283591>
- Zhang, Q., Goodman, M., Adams, N., Corneil, T., Hashemi, L., Kreukels, B., Motmans, J., Snyder, R. et Coleman, E. (2020). Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *International Journal of Transgender Health*, 21(2), 125-137.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1753136>
- Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulous, L., Roblin, D., Sandberg, D., Silverberg, M., Tangpricha, V., Vupputuri, S. et Goodman, M. (2021). Changes in size and demographic composition of transgender and gender nonbinary population receiving care at integrated health systems. *Endocrine Practice*, 27(5), 390-395.
<https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.11.016>
- Zhang, W. R., Garrett, G. L., Arron, S. T. et Garcia, M. M. (2016). Laser hair removal for genital gender affirming surgery. *Translational Andrology and Urology*, 5(3), 381-387.
<https://doi.org.uk/10.21037/tau.2016.03.27>
- Zhang, Y. F., Liu, C. Y., Qu, C. Y., Lu, L. X., Liu, A. T., Zhu, L., Wang, H., Lin, Z. H., Zhao, Y. Z., Zhu, X. H. et Hua, J. (2015). Is vaginal mucosal graft the excellent substitute material for urethral

- reconstruction in female-to-male transsexuals? *World Journal of Urology*, 33(12), 2115-2123. <https://doi.org/10.1007/s00345-015-1562-z>
- Zhou, Y., Furutani, M., Athurupana, R. et Nakatsuka, M. (2021). Relation between identity disclosure to family members and mental health in Japanese transgender people. *Acta Medica Okayama*, 75(5), 611-623. <https://doi.org/10.18926/AMO/62227>
- Zhu, J. et Chan, Y. M. (2017). Adult consequences of self-limited delayed puberty. *Pediatrics*, 139(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3177>
- Ziegler, A., Henke, T., Wiedrick, J. et Helou, L. B. (2018). Effectiveness of testosterone therapy for masculinizing voice in transgender patients: A meta-analytic review. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 25-45. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1411857>
- Zimman, L. (2020). Transgender language, transgender moment: Toward a trans linguistics. Dans K. Hall et R. Barrett (éds), *The Oxford Handbook of Language and Sexuality*, 1-23. Oxford University Press. <http://alzimman.org/PDFs/Zimman2020TransLanguageTransMoment.pdf>
- Zucker, K. J., Cohen-Kettenis, P. T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pfäfflin, F. et Womack, W. M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 901-914. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0139-4>

Annexe A • MÉTHODOLOGIE

1. Introduction

Cette version des Standards de soins (SDS-8) se fonde sur une approche plus rigoureuse et méthodologique fondée sur des données probantes que les versions précédentes. Les données probantes s'appuient non seulement sur la littérature publiée (données probantes directes et indirectes), mais aussi sur des avis d'experts à partir d'un consensus. Les lignes directrices fondées sur des données probantes comprennent des recommandations visant à optimiser les soins aux patients et sont fondées sur un examen systématique des données probantes et une évaluation des bénéfices et des risques des différentes options de soins. La recherche fondée sur des données probantes sert de point de départ pour les lignes directrices et les recommandations de bonnes pratiques cliniques, mais elle doit être pondérée par les réalités et la faisabilité de la prestation de soins dans différents contextes. Le processus d'élaboration des SDS-8 a intégré les recommandations sur l'élaboration de lignes directrices de pratique clinique de l'Académie nationale de médecine et de l'Organisation mondiale de la santé, qui abordent la transparence, la politique en matière de conflits d'intérêts, la composition des comités et le processus de groupe. (Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice, 2011; World Health Organization, 2019a).

Le comité de révision des SDS-8 était multidisciplinaire et composé d'experts en la matière, de professionnels de la santé, de chercheurs et de parties prenantes aux perspectives et à la représentation géographique diverses. Tous les membres du comité ont rempli une déclaration de conflit d'intérêts*.

Un spécialiste de la méthodologie en matière de lignes directrices a contribué à la planification et à l'élaboration des questions, et une équipe indépendante a réalisé des revues systématiques qui ont servi à étayer certains énoncés de recommandations. Un comité consultatif international, des experts juridiques et les commentaires reçus au cours d'une période de consultation publique ont également contribué à l'élaboration de ces lignes directrices. Les recommandations formulées dans les SDS-8 se fondent sur les données probantes disponibles à l'appui des interventions, une discussion sur les risques et les effets

néfastes, ainsi que sur la faisabilité et l'acceptabilité dans différents contextes et pays. Le consensus sur les recommandations finales a été obtenu au moyen de la méthode Delphi à laquelle ont participé tous les membres du comité de révision des Standards de soins et qui exigeait l'approbation des énoncés de recommandation par 75 % des membres. Les membres de chaque chapitre ont rédigé les textes d'appui et d'explication portant sur les données probantes des énoncés. Les versions préliminaires des chapitres ont été examinées par le président et les coprésidents du comité de révision des SDS-8 afin d'assurer l'uniformité du format, la présentation correcte des données probantes et la cohérence des recommandations d'un chapitre à l'autre. Une équipe indépendante a vérifié les références utilisées dans les SDS-8 avant que les lignes directrices soient entièrement revues par un seul professionnel. Une vue d'ensemble détaillée de la méthodologie des SDS-8 est décrite ci-dessous.

2. Différence entre la méthodologie des SDS-8 et celle des versions précédentes

Les principales différences dans la méthodologie des SDS-8 par rapport à celle des autres versions des SDS sont les suivantes :

- L'implication d'un plus grand nombre de professionnels du monde entier;
- Un processus de sélection transparent pour mettre en place le Comité directeur des lignes directrices ainsi que pour sélectionner les responsables et les membres des chapitres;
- L'inclusion de diverses parties prenantes dans l'élaboration des SDS-8;
- La gestion des conflits d'intérêts;
- L'utilisation de la méthode Delphi pour parvenir à un accord sur les recommandations entre les membres du comité des SDS-8;
- La participation d'un organisme indépendant issu d'une université réputée pour aider à élaborer la méthodologie et à entreprendre, dans la mesure du possible, des revues de littérature systématiques indépendantes;
- Les recommandations ont été classées selon la mention « recommander » ou « suggérer » en fonction de leur importance;

- La participation d'un groupe indépendant d'universitaires cliniciens pour examiner les citations;
- La participation d'organisations internationales travaillant avec la communauté transgenre et de la diversité de genre (TDG), de membres de l'Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre (WPATH) et d'autres organisations professionnelles, ainsi que du grand public qui ont fait part de leurs commentaires dans le cadre d'une période de consultation publique concernant l'ensemble des SDS-8.

3. Aperçu du processus d'élaboration des SDS-8

Les étapes de la mise à jour des Standards de soins sont résumées ci-dessous :

1. Création du Comité directeur des lignes directrices, y compris le président et les coprésidents (19 juillet 2017)
2. Détermination des chapitres (portée des lignes directrices)
3. Sélection des membres des chapitres sur la base de leur expertise (mars 2018)
4. Sélection de l'équipe chargée de l'examen des données probantes : Université John Hopkins (mai 2018)
5. Peaufinage des thèmes inclus dans les SDS-8 et des questions pour les revues systématiques
6. Réalisation des revues systématiques (mars 2019)
7. Rédaction des énoncés de recommandations
8. Vote au sujet des énoncés de recommandations à l'aide de la méthode Delphi (septembre 2019-février 2022)
9. Classement des énoncés de recommandations
10. Rédaction du texte d'appui des énoncés
11. Validation indépendante des références utilisées dans le texte d'appui
12. Finalisation de l'ébauche des SDS-8 (1^{er} décembre 2021)
13. Retour sur les énoncés de la part du Comité consultatif international
14. Retour sur l'ensemble de l'ébauche des SDS-8 durant une période de consultation publique (novembre 2021-janvier 2022)
15. Révision de l'ébauche définitive en fonction des commentaires (janvier-mai 2022)
16. Approbation de l'ébauche définitive par le président et les coprésidents (10 juin 2022)
17. Approbation par le conseil d'administration de la WPATH
18. Publication des SDS-8
19. Diffusion et traduction des SDS-8

3.1. Formation du Comité directeur des lignes directrices

Le Comité directeur des lignes directrices de la WPATH a supervisé le processus d'élaboration des lignes directrices pour tous les chapitres des Standards de soins. À l'exception du président (Eli Coleman), qui a été nommé par le conseil d'administration de la WPATH pour assurer la continuité avec les éditions précédentes des SDS, les membres du Comité directeur des lignes directrices ont été sélectionnés par le conseil d'administration de la WPATH parmi les membres de la WPATH qui avaient posé leur candidature pour ces postes. Des descriptions de poste ont été élaborées pour les postes de coprésident, de responsable de chapitre, de membre de chapitre et de partie prenante. Les membres de la WPATH pouvaient se porter candidats en remplissant un formulaire de candidature et en envoyant leur CV. Le conseil d'administration de la WPATH a voté pour le poste de coprésident (un membre du conseil d'administration n'a pas participé en raison d'un conflit d'intérêts). Les présidents et coprésidents ont sélectionné les responsables et les membres des chapitres (ainsi que les parties prenantes) sur la base des formulaires de candidature et des CV.

Le Comité directeur des lignes directrices pour la 8^e version des Standards de soins est composé des personnes suivantes :

- Eli Coleman, Ph. D. (président), Professeur, directeur et président académique, Institute for Sexual and Gender Health, Department of Family Medicine and Community Health, école de médecine de l'Université du Minnesota, États-Unis
- Asa Radix, MD, Ph. D., maîtrise en santé publique (coprésident), Directeur principal, Recherche et éducation, Callen-Lorde Community Health Center, clinicien adjoint,

professeur de médecine, Université de New York, États-Unis

- Jon Arcelus, MD, Ph. D. (coprésident), Professeur de santé mentale et de bien-être, Consultant honoraire en santé transgenre, Université de Nottingham, Royaume-Uni
- Karen A. Robinson, Ph. D. (responsable de l'équipe chargée de l'examen des données probantes, Professeure de médecine, d'épidémiologie et de politique et de gestion de la santé, Université Johns Hopkins, États-Unis

3.2. Détermination des thèmes des chapitres

Le Comité directeur des lignes directrices a déterminé les chapitres à inclure dans les Standards de soins en examinant la littérature et en revoyant l'édition précédente des SDS. Voici les chapitres de la 8^e version des Standards de soins :

1. Terminologie
2. Applicabilité mondiale
3. Estimations démographiques
4. Éducation*
5. Évaluation des adultes
6. Adolescent(e)s
7. Enfants
8. Personnes non-binaires
9. Les eunuques
10. Personnes intersexes
11. Milieux institutionnels
12. Hormonothérapie
13. Chirurgie et soins postopératoires
14. Voix et communication
15. Soins primaires
16. Santé reproductive
17. Santé sexuelle
18. Santé mentale

** Le chapitre sur l'éducation devait à l'origine couvrir à la fois l'éducation et l'éthique. Il a été décidé de créer un comité distinct chargé de rédiger un chapitre sur l'éthique. Au cours de la rédaction du chapitre, il a ensuite été déterminé qu'il vaudrait mieux positionner le thème de l'éthique à l'extérieur des SDS-8 et qu'il nécessiterait un examen plus approfondi des considérations éthiques pertinentes pour la santé transgenre.*

3.3. Sélection des membres des chapitres

Un appel à candidatures pour faire partie du comité de révision des SDS-8 (responsable ou membre de chapitre) a été envoyé aux membres de la WPATH. Les (co)présidents du Comité directeur des lignes directrices ont nommé les membres de chaque chapitre en veillant à ce qu'une variété de disciplines et de points de vue soient représentées.

Les responsables et les membres des chapitres devaient être des membres en règle et à part entière de la WPATH et des experts en matière de santé transgenre, y compris dans au moins un thème du chapitre. Les responsables de chapitre ont rendu compte au Comité directeur des lignes directrices et ont été chargés de coordonner la participation des membres du chapitre. Les membres du chapitre rendaient compte directement au responsable de chapitre.

Chaque chapitre comprenait également des parties prenantes qui apportaient leur point de vue sur la défense de la santé transgenre ou le travail dans la communauté, ou qui étaient membres d'une famille comprenant un enfant, un frère ou une sœur, un ou une partenaire ou un parent transgenre. Les parties prenantes n'étaient pas tenues d'être membres à part entière de la WPATH.

Les membres des chapitres devaient :

- Participer à l'élaboration et à l'affinement des questions de la revue;
- Lire tous les documents de l'équipe chargée de l'examen des données probantes et fournir des commentaires à ce sujet;
- Examiner d'un œil critique l'ébauche des documents, y compris l'ébauche de rapports sur les données probantes;
- Examiner et évaluer les données probantes et l'ébauche des recommandations;
- Participer au processus de consensus Delphi;
- Rédiger le texte pour étayer les énoncés de recommandations;
- Attribuer une note à chaque énoncé pour décrire l'importance de la recommandation;
- Examiner et prendre en compte les commentaires des (co)présidents tout au long du processus;
- Rédiger le contenu des chapitres;
- Examiner les commentaires du public et contribuer à la révision des lignes directrices;

- Contribuer et participer à la diffusion des lignes directrices.

La formation et la guidance des responsables et des membres des chapitres ont été assurées lorsque c'était nécessaire. Le contenu de la formation comprenait la formulation et l'affinement des questions (p. ex. utilisation de la méthode PICO –), l'examen des données probantes, l'élaboration d'énoncés de recommandations, la notation des données probantes et des recommandations, ainsi que des renseignements sur le programme et le processus d'élaboration des lignes directrices.

Au total, 26 responsables de chapitres (certains chapitres nécessitaient des coresponsables), 77 membres de chapitre et 16 parties prenantes ont été désignés. Au total, 127 personnes ont été choisies. Au cours du processus, 8 personnes se sont retirées pour des raisons personnelles ou professionnelles. Il y a donc eu 119 auteurs finaux des SDS-8.

3.4. Sélection de l'équipe chargée de l'examen des données probantes

Le conseil d'administration de la WPATH a lancé un appel à candidatures pour constituer l'équipe chargée de l'examen des données probantes. Pour la 8^e version des Standards de soins, le conseil d'administration de la WPATH a fait appel à l'équipe chargée de l'examen des données probantes de l'université Johns Hopkins, sous la direction de Karen Robinson.

- Karen A. Robinson, Ph. D. (responsable de l'équipe chargée de l'examen des données probantes), Professeure de médecine, d'épidémiologie et de politique et de gestion de la santé, Université Johns Hopkins, États-Unis

Mme Robinson a également guidé le Comité directeur dans l'élaboration des SDS-8 en fournissant des conseils et une formation sur l'élaboration des questions PICO, d'énoncés et sur la méthode Delphi, ainsi qu'en procédant à une analyse systématique très rigoureuse de la littérature lorsque des données probantes directes étaient disponibles.

Conflit d'intérêts

Les membres du Comité directeur des lignes directrices, les responsables et les membres des chapitres, ainsi que les membres de l'équipe chargée de l'examen des données probantes ont été invités à signaler tout conflit d'intérêts. Outre les intérêts ou conflits financiers et concurrents potentiels, sont également signalées les relations personnelles ou directes avec un président, un coprésident ou un membre du conseil d'administration de la WPATH ou l'occupation d'un poste au sein du conseil d'administration de la WPATH.

3.5. Affinement des thèmes et examen des questions

L'équipe chargée de l'examen des données probantes a résumé les énoncés de recommandation de la version précédente des Standards de soins. Avec l'aide de l'équipe chargée de l'examen des données probantes, le Comité directeur des lignes directrices et les responsables de chapitre ont déterminé :

- les énoncés de recommandation à mettre à jour;
- les nouveaux domaines nécessitant des énoncés de recommandation.

3.6. Réalisation des revues systématiques

Les membres des chapitres ont élaboré des questions pour aider à formuler des énoncés de recommandation. Pour les questions admissibles à la revue systématique, l'équipe chargée de l'examen des données probantes a rédigé des questions de revue en précisant la population, les interventions, les comparaisons et les résultats (éléments PICO). L'équipe chargée de l'examen des données probantes a procédé aux revues systématiques. Elle a présenté les tableaux de données probantes et les autres résultats des revues systématiques aux membres du chapitre concerné pour qu'ils donnent leur avis.

Protocole

Un protocole de revue systématique détaillé a été élaboré pour chaque question ou thème de la revue, selon le cas. Chaque protocole a été consigné sur PROSPERO.

Recherche de littérature

L'équipe chargée de l'examen des données probantes a élaboré une stratégie de recherche adaptée à chaque question de recherche, notamment dans MEDLINE^{MD}, Embase^{MC} et le Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). L'équipe chargée de l'examen des données probantes a consulté d'autres bases de données si elle le jugeait approprié pour la question de recherche. La stratégie de recherche comprenait des termes MeSH et des termes textuels et n'était pas limitée par la langue de publication ou la date.

L'équipe chargée de l'examen des données probantes a consulté les listes de référence de tous les articles inclus et des revues systématiques récentes et pertinentes. Elle a effectué des recherches sur ClinicalTrials.gov pour trouver toute autre étude pertinente.

Les recherches ont été mises à jour au cours du processus d'évaluation par les pairs.

La littérature incluse dans l'examen systématique était principalement basée sur des études quantitatives menées en Europe, aux États-Unis ou en Australie. Nous reconnaissons un biais en faveur des perspectives du Nord global qui n'accorde pas suffisamment d'attention à la diversité des expériences vécues et des perspectives au sein des communautés transgenres et de la diversité de genre (TDG) dans le monde. Ce déséquilibre de la visibilité dans la littérature met en évidence une lacune dans la recherche et la pratique qui devra être comblée par les chercheurs et les praticiens afin de répondre aux besoins de soutien de toutes les personnes TDG, indépendamment de leur identification de genre.

Sélection des études

L'équipe chargée de l'examen des données probantes, avec l'aide des responsables des groupes de travail des chapitres, a défini *a priori* les critères d'admissibilité pour chaque question de recherche.

Deux évaluateurs de l'équipe chargée de l'examen des données probantes ont examiné indépendamment les titres et les résumés ainsi que les articles intégraux pour vérifier leur admissibilité. Avant d'exclure l'étude, les deux évaluateurs devaient être d'accord sur le fait que cette dernière répondait à au moins un critère

d'exclusion. Les évaluateurs ont résolu les divergences concernant l'admissibilité par la discussion.

Extraction des données

L'équipe chargée de l'examen des données probantes a utilisé des formulaires normalisés pour recueillir des données sur les caractéristiques générales de l'étude, les caractéristiques des participants, les interventions et les mesures des résultats. Un évaluateur a résumé les données et un second évaluateur a confirmé les données résumées.

Évaluation du risque de biais

Deux évaluateurs de l'équipe chargée de l'examen des données probantes ont évalué indépendamment le risque de biais pour chaque étude sélectionnée. Pour les essais contrôlés randomisés, ils ont eu recours à l'outil Cochrane risk-of-bias. Pour les études observationnelles, ils ont eu recours à l'outil ROBINS-I (Risk of Bias in Non-Randomized Studies – of Interventions). Lorsque cela a été jugé approprié, les examens systématiques récents existants ont été pris en compte et évalués à l'aide de ROBIS.

Synthèse et analyse des données

L'équipe chargée de l'examen des données probantes a créé des tableaux détaillant les données extraites des études incluses. Les membres des groupes de travail des chapitres ont examiné et commenté les tableaux de données probantes.

Notation des données probantes

L'équipe chargée de l'examen des données probantes a attribué des notes aux données probantes en utilisant la méthodologie GRADE. La force des données probantes a été obtenue en utilisant des résultats critiques prédéfinis pour chaque question et en évaluant les limites de la qualité de l'étude individuelle/le risque de biais, l'uniformité, le caractère direct, la précision et le biais de déclaration.

3.7. Rédaction des énoncés de recommandation

Les responsables et les membres de chapitres ont rédigé les énoncés de recommandation. Les énoncés ont

été élaborés de manière à être réalisables, opérationnalisables et mesurables.

Les recommandations fondées sur des données probantes s'appuient sur les résultats de l'analyse systématique et de l'analyse documentaire de base, ainsi que sur des avis d'experts fondés sur un consensus.

Le président, les coprésidents et les responsables de chapitre ont examiné et approuvé tous les énoncés de recommandation pour en vérifier la clarté et la cohérence. Au cours de cet examen et tout au long du processus, les éventuels chevauchements entre les chapitres ont également été abordés.

De nombreux groupes de travail de chapitres ont dû travailler en étroite collaboration pour assurer la cohérence de leurs recommandations. Par exemple, comme il existe désormais des chapitres distincts pour l'enfance et l'adolescence, certains auteurs ont participé aux deux chapitres afin d'en assurer la cohérence. Pour une raison similaire, le groupe de travail a collaboré, le cas échéant, avec les groupes de travail d'autres chapitres sur des sujets communs entre les chapitres (p. ex. l'évaluation des enfants, l'évaluation des adultes, l'hormonothérapie, la chirurgie et les soins postopératoires et la santé reproductive).

3.8. Approbation des recommandations à l'aide de la méthode Delphi

Un consensus formel a été obtenu pour tous les énoncés à l'aide de la méthode Delphi (solicitation structurée d'avis d'experts en trois tours). Pour qu'une recommandation soit approuvée, un minimum de 75 % des votants devait approuver l'énoncé. Un minimum de 65 % des membres des SDS-8 devait participer à la méthode Delphi pour chaque énoncé. Les personnes qui n'approuvaient pas l'énoncé devaient fournir des renseignements sur les raisons de leur désapprobation, afin que l'énoncé puisse être modifié (ou supprimé) en fonction de ces commentaires. Une fois modifié, l'énoncé a de nouveau été soumis à la méthode Delphi. Si, après trois tours, l'énoncé n'avait pas été approuvé, il était retiré des SDS. Chaque membre des SDS a voté pour chaque énoncé. Le taux de réponse se situe entre 74,79 % et 94,96 % pour les énoncés.

3.9. Critères de notation des énoncés

Une fois que les énoncés ont franchi la méthode Delphi, les membres du chapitre ont attribué une note à chaque énoncé en utilisant un processus adapté du cadre GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations). Il s'agit d'un cadre transparent pour l'élaboration et la présentation de résumés de données probantes et d'une approche systématique pour l'élaboration de recommandations de pratique clinique (Guyatt et coll., 2011). Les énoncés ont été notés en fonction de facteurs tels que :

- l'équilibre entre les bénéfiques et les risques potentiels;
- la confiance dans l'équilibre ou la qualité des données probantes;
- les valeurs et les préférences des prestataires et des patients;
- l'utilisation des ressources et la faisabilité.

Les énoncés ont été classés comme suit :

- Les recommandations fortes (« nous recommandons ») concernent les interventions/thérapies/stratégies pour lesquelles :
 - les données probantes sont de grande qualité;
 - il existe des estimations de l'effet d'une intervention/thérapie/stratégie (c'est-à-dire qu'il existe un degré élevé de certitude que les effets seront obtenus dans la pratique);
 - la thérapie/intervention/stratégie présente peu d'inconvénients;
 - il existe un degré élevé d'acceptation parmi les prestataires de soins et les patients ou les personnes auxquelles s'applique la recommandation.
- Les recommandations faibles (« nous suggérons ») concernent les interventions/thérapies/stratégies pour lesquelles :
 - la base de données probantes présente des faiblesses;
 - il existe un certain degré de doute quant à l'ampleur de l'effet qui peut être attendu dans la pratique;

- il est nécessaire d'équilibrer les avantages et les inconvénients potentiels des interventions/thérapies/stratégies;
- il est probable que les prestataires de soins et les patients ou les personnes auxquelles s'applique la recommandation l'acceptent à des degrés divers.

3.10. Rédaction du texte appuyant les énoncés

Après la notation des énoncés, les groupes du chapitre ont rédigé le texte fournissant la justification ou le raisonnement de la recommandation. Il s'agissait notamment de présenter les données disponibles, de fournir des détails sur les bénéfices et les risques potentiels, de décrire les incertitudes et de fournir des renseignements sur la mise en œuvre de la recommandation, y compris les obstacles ou les défis attendus, entre autres. Les références utilisent les lignes directrices de l'APA-7 pour étayer les renseignements contenus dans le texte. Des liens vers des ressources sont également fournis, le cas échéant. Le texte, qui précise si une recommandation a été qualifiée de forte ou de faible, a été revu et approuvé par le président et les coprésidents.

3.11. Validation externe des références utilisées pour étayer les énoncés

Un groupe d'universitaires cliniciens indépendants travaillant dans le domaine de la santé transgenre a examiné les références utilisées dans chaque chapitre afin de s'assurer qu'elles étaient correctement utilisées pour étayer le texte. Toute question concernant les références a été renvoyée aux chapitres pour examen.

3.12. Ébauche définitive des SDS-8

Une ébauche définitive des SDS-8 a été mise à disposition pour commentaires.

3.13. Distribution des Standards de soins pour examen par les conseillers internationaux

Les énoncés des recommandations de la 8^e version des Standards de soins ont été diffusés au sein du comité de révision élargi des Standards de soins et du Groupe consultatif international de la WPATH, qui

comprend l'Asia Pacific Transgender Network (APTN), la Global Action for Trans Equality (GATE), l'International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex Association (ILGA), et Transgender Europe (TGEU).

3.14. Période de commentaires du public

La version révisée de l'ébauche des Standards de soins a été mise en ligne sur le site Web de la WPATH afin de recueillir les commentaires du public, y compris des membres de la WPATH. Une période de 6 semaines a été prévue pour les commentaires. Au total, 1 279 personnes ont fait des commentaires sur le projet, pour un total de 2 688 commentaires.

3.15. Révision de l'ébauche définitive en fonction des commentaires

Les responsables de chapitre et le Comité directeur des lignes directrices ont pris en compte les commentaires et ont apporté les révisions nécessaires. Tous les commentaires du public ont été lus et, le cas échéant, intégrés dans le texte de base.

Dans le cadre de ce processus, trois nouveaux énoncés Delphi ont été élaborés, et deux ont été suffisamment modifiés pour nécessiter un nouveau vote du comité des SDS-8. Un nouveau processus Delphi a donc été lancé en janvier 2022. Ses résultats ont été approuvés par les chapitres, et les nouveaux énoncés ont été ajoutés ou modifiés en conséquence. Le nouveau texte d'appui a été ajouté.

Toutes les nouvelles versions des chapitres ont été révisées par le président et les coprésidents, et des changements ou des modifications ont été suggérés. Enfin, une fois que les présidents et les membres du chapitre ont été satisfaits du projet, le chapitre a été finalisé.

Toutes les nouvelles références ont été vérifiées par un membre indépendant.

3.16. Approbation de l'ébauche définitive par le président et les coprésidents

Les modifications ont été examinées et approuvées par les (co)présidents.

3.17. Approbation par le conseil d'administration de la WPATH

Le document final a été présenté au conseil d'administration de la WPATH pour approbation et a été approuvé le 20 juin 2022.

3.18. Publication des SDS-8 et diffusion des Standards de soins

Les Standards de soins ont été diffusés à différents endroits et sous diverses formes, notamment dans l'*International Journal of Transgender Health* (revue scientifique officielle de la WPATH).

4. Plan de mise à jour

Une nouvelle édition des SDS (SDS-9) sera élaborée, quand de nouvelles données probantes ou des

changements importants dans le domaine nécessiteront une nouvelle édition.

*L'élaboration des SDS-8 a été un processus complexe pendant la pandémie de COVID-19 et à une époque d'incertitudes politiques dans de nombreuses parties du monde. Les membres des SDS-8 ont travaillé sur ces derniers en plus de leur travail quotidien, et la plupart des réunions ont eu lieu en dehors de leur temps de travail et pendant les fins de semaine par Zoom. Il y a eu très peu de réunions en personne, la plupart d'entre elles étant liées aux conférences de la WPATH, de l'USPATH ou de l'EPATH. Les membres du comité des SDS-8 n'ont pas été rémunérés dans le cadre de ce processus.

Annexe B • GLOSSAIRE

AFFIRMATION DE GENRE : fait référence à la reconnaissance ou à l'affirmation de l'identité de genre d'une personne. Elle est généralement considérée comme ayant des dimensions sociales, psychologiques, médicales et juridiques. Ce terme est utilisé à la place de transition (comme dans l'affirmation de genre médicale) ou peut être utilisé comme épithète (comme dans les soins d'affirmation de genre).

BINARITÉ DE GENRE : fait référence à l'idée qu'il y a deux et seulement deux genres, les hommes et les femmes, que tout le monde doit être l'un ou l'autre, que tous les hommes sont des mâles et que toutes les femmes sont des femelles.

CHIRURGIE D’AFFIRMATION DE GENRE (CAG) : terme utilisé pour décrire une chirurgie visant à modifier des caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires afin d'affirmer l'identité de genre d'une personne.

CISGENRE : désigne les personnes dont l'identité de genre actuelle correspond au sexe qui leur a été assigné à la naissance.

DE LA DIVERSITÉ DE GENRE : terme utilisé pour décrire les personnes dont l'identité ou l'expression de genre est différente des attentes sociales et culturelles attribuées au sexe qui leur a été assigné à la naissance. Il peut s'agir, entre autres identités culturelles diverses, de personnes qui s'identifient comme non-binaires, de genre expansif, et d'autres personnes qui ne s'identifient pas comme cisgenres.

DE GENRE EXPANSIF : adjectif souvent utilisé pour décrire les personnes qui s'identifient ou s'expriment d'une manière qui élargit les comportements ou les croyances socialement et culturellement associés à un sexe particulier. On utilise aussi parfois le terme « créatif dans le genre ». Le terme « de genre variable » a été utilisé dans le passé et disparaît de l'usage professionnel en raison des connotations négatives qui lui sont désormais associées.

DÉTRANSITION : terme parfois utilisé pour décrire la retransition d'une personne vers le genre stéréotypiquement associé au sexe qui lui a été assigné à la naissance.

DYSPHORIE DE GENRE : terme qui décrit un état de souffrance ou d'inconfort qui peut être ressenti parce que l'identité de genre d'une personne diffère de celle qui est physiquement ou socialement attribuée au sexe qui lui a été assigné à la naissance. La dysphorie de genre est également un terme diagnostique dans le DSM-5 qui désigne une incongruence entre le sexe assigné à la naissance et le sexe vécu, accompagnée d'une souffrance. Toutes les personnes transgenres ou de la diversité de genre ne souffrent pas de dysphorie de genre.

EUNUQUE : désigne une personne assignée de sexe masculin à la naissance dont les testicules ont été enlevés chirurgicalement ou rendus non fonctionnels et qui s'identifie comme eunuque. Cette définition diffère de la définition médicale standard en ce qu'elle exclut les personnes qui ne s'identifient pas comme eunuques.

EXPRESSION DE GENRE : fait référence à la façon dont une personne performe ou exprime son genre dans la vie quotidienne et dans le contexte de sa culture et de sa société. L'expression de genre par l'apparence physique peut comprendre l'habillement, la coiffure, les accessoires, les cosmétiques, les interventions hormonales et chirurgicales, ainsi que les manières, la façon de parler, les modes de comportement et les prénoms. L'expression de genre d'une personne peut correspondre ou non à son identité de genre.

FEMMES TRANSGENRES ou **FEMMES TRANS** ou **FEMMES D’EXPÉRIENCE TRANS** : personnes dont l'identité de genre est celle d'une femme et à qui on a assigné le sexe masculin à la naissance. Elles peuvent ou non avoir effectué une transition. MtF ou Male-to-Female sont des termes plus anciens qui tombent en désuétude.

GENDERQUEER : utilisé pour la première fois dans les années 1990, est une catégorie d'identité un peu plus ancienne que « non-binaire ». Le terme « genderqueer » peut parfois être utilisé comme synonyme de « non-

binaire » ou communiquer une dimension particulière consciemment politisée du genre d'une personne.

GENRE : selon le contexte, le genre peut faire référence à l'identité de genre, à l'expression de genre ou au rôle social de genre, y compris les compréhensions et les attentes culturellement liées aux personnes qui ont été assignées de sexe masculin ou féminin à la naissance. Les identités de genre autres que celles des hommes et des femmes (qui peuvent être cisgenres ou transgenres) comprennent entre autres, transgenre, non-binaire, genderqueer, de genre neutre, agenre, de genre fluide et du « troisième » genre; de nombreux autres genres sont reconnus dans le monde.

HOMMES TRANSGENRES ou **HOMMES TRANS** ou **HOMMES D'EXPÉRIENCE TRANS** : personnes dont l'identité de genre est celle d'un homme et à qui on a assigné le sexe féminin à la naissance. Ils peuvent ou non avoir effectué une transition. FtM ou Female-to-Male sont des termes plus anciens qui tombent en désuétude.

IDENTIFIÉ COMME EUNUQUE : désigne une personne qui ressent que sa véritable identité est la mieux exprimée par le terme eunuque. Les personnes identifiées comme eunuques souhaitent généralement que leurs organes reproducteurs soient enlevés chirurgicalement ou rendus non fonctionnels.

IDENTITÉ DE GENRE : fait référence au sentiment profond, interne et intrinsèque qu'une personne a de son propre genre.

INCONGRUENCE DE GENRE : terme diagnostique utilisé dans la CIM-11 qui décrit l'expérience marquée et persistante d'une incompatibilité entre l'identité de genre d'une personne et le genre attendu d'elle sur la base du sexe qui lui a été assigné à la naissance.

INTERSEXUÉ·E : désigne les personnes nées avec des caractéristiques sexuelles ou reproductives qui ne correspondent pas aux définitions binaires de la femme ou de l'homme.

MÉGENRER : fait référence à l'utilisation d'un langage qui ne reflète pas correctement le genre auquel

une personne s'identifie. Il peut s'agir par exemple d'un pronom (il, elle, iel) ou d'une formule de politesse (monsieur, M.).

NON-BINAIRE : désigne les personnes dont l'identité de genre se situe en-dehors de la binarité de genre. Les personnes ayant une identité de genre non-binaire peuvent s'identifier partiellement comme un homme et partiellement comme une femme, ou s'identifier parfois comme un homme et parfois comme une femme, ou s'identifier comme un genre autre qu'un homme ou une femme, ou comme n'ayant pas de genre du tout. Les personnes non-binaires peuvent utiliser le pronom iel au lieu de il ou elle. Certaines personnes non-binaires se considèrent comme transgenres ou trans; d'autres pas, car elles considèrent que transgenre fait partie de la binarité de genre. L'abréviation NB est parfois utilisée comme descripteur de non-binaire. Exemple d'identités de genre non-binaires: genderqueer, de la diversité de genre, de genre fluide, demi-genre, bigenre et agenre.

ORIENTATION SEXUELLE : fait référence à l'identité sexuelle, aux attirances et aux comportements sexuels d'une personne à l'égard des gens sur la base de leur·s genre·s ou de leurs caractéristiques sexuelles et de celles de leurs partenaires. L'orientation sexuelle et l'identité de genre sont des termes distincts.

RETRANSITION : fait référence à une deuxième transition de genre ou à une transition ultérieure, que ce soit par des moyens sociaux, médicaux ou juridiques. Une retransition peut consister à passer d'un genre binaire ou non-binaire à un autre genre binaire ou non-binaire. Les personnes peuvent faire une retransition plus d'une fois. La retransition peut être motivée par de nombreuses raisons, notamment l'évolution de l'identité de genre, des problèmes de santé, des problèmes familiaux/sociétaux et des problèmes financiers.

SEXE ASSIGNÉ À LA NAISSANCE : fait référence au statut d'une personne en tant qu'homme, femme ou intersexué en fonction des caractéristiques physiques. Le sexe est généralement assigné à la naissance sur la base de l'apparence des organes génitaux externes. AFAN est l'abréviation de « assigné·e de sexe féminin

à la naissance ». AMAN est l'abréviation de « assigné·e de sexe masculin à la naissance ».

TRANSGENRE : ou trans sont des termes génériques utilisés pour décrire les personnes dont l'identité et/ou l'expression de genre ne correspondent pas au sexe qui leur a été assigné à la naissance. Ces mots devraient toujours être utilisés comme adjectifs (comme dans « personne trans ») et jamais comme noms (comme dans « les transgenres »).

TRANSITION : désigne le processus par lequel les personnes passent généralement de l'expression de genre associée au sexe qui leur a été assigné à la naissance à une autre expression de genre qui correspond mieux à leur identité de genre. Les personnes peuvent effectuer une transition sociale en utilisant des méthodes telles que le changement de nom, de pronom, de vêtements, de coiffure ou de façon de bouger et de parler. La transition peut ou non impliquer des hormones ou des interventions chirurgicales pour

modifier le corps. La transition peut être utilisée pour décrire le processus de changement de l'expression de genre d'une personne de n'importe quel genre à un genre différent. Les personnes peuvent effectuer une transition plus d'une fois au cours de leur vie.

TRANSPHOBIE : fait référence aux attitudes, aux croyances et aux actions négatives concernant les personnes transgenres et de la diversité de genre en tant que groupe. La transphobie peut se traduire par des politiques et des pratiques discriminatoires à un niveau structurel ou de manière très spécifique et personnelle. La transphobie peut également être internalisée, lorsque les personnes transgenres et de la diversité de genre acceptent et reflètent ces préjugés sur elles-mêmes ou sur d'autres personnes transgenres et de la diversité de genre. Si la transphobie peut parfois résulter d'une ignorance involontaire plutôt que d'une hostilité directe, ses effets ne sont jamais bénins. Certaines personnes utilisent le terme « biais anti-transgenre » au lieu de « transphobie ».

Annexe C · HORMONOTHÉRAPIE D’AFFIRMATION DE GENRE

TABLEAU 1. ÉVOLUTION ATTENDUE DES CHANGEMENTS PHYSIQUES INDUITS PAR L’HORMONOTHÉRAPIE D’AFFIRMATION DE GENRE

Traitement par testostérone		
Effet	Apparition	Maximum
Peau grasse et acné	1-6 mois	1-2 ans
Augmentation de la pilosité faciale et corporelle	6-12 mois	> 5 ans
Perte de cheveux	6-12 mois	> 5 ans
Augmentation de la masse et de la force musculaires	6-12 mois	2-5 ans
6-12 mois		
Redistribution des graisses	1-6 mois	2-5 ans
Arrêt des menstruations	1-6 mois	1-2 ans
Augmentation de la taille du clitoris	1-6 mois	1-2 ans
Atrophie vaginale	1-6 mois	1-2 ans
Aggravation de la voix	1-6 mois	1-2 ans

Traitement par œstrogènes et par médicament abaissant la testostérone		
Effet	Apparition	Maximum
Redistribution des graisses	3-6 mois	2-5 ans
Perte de masse et de force musculaires	3-6 mois	1-2 ans
Adoucissement de la peau et peau moins grasse	3-6 mois	Inconnu
Baisse de la libido	1-3 mois	Inconnu
Diminution des érections spontanées	1-3 mois	3-6 mois
Diminution de la production de sperme	Inconnu	2 ans
Développement des seins	3-6 mois	2-5 ans
Diminution du volume testiculaire	3-6 mois	Variable
Diminution de la pousse des poils adultes	6-12 mois	> 3 ans
Augmentation de la pousse des cheveux	Variable	Variable
Changement de la voix	Aucun	

Adapté de Hembree et coll., 2017.

TABLEAU 2. RISQUES ASSOCIÉS À L’HORMONOTHÉRAPIE D’AFFIRMATION DE GENRE (les éléments en caractères gras sont significatifs sur le plan clinique) (mise à jour des SDS-7)

NIVEAU DE RISQUE	Traitement par œstrogènes	Traitement par testostérone
Risque probablement accru	Thromboembolie veineuse Infertilité Hyperkaliémie ^s Hypertriglycéridémie Prise de poids	Polyglobulie Infertilité Acné Alopécie androgénique Hypertension Apnée du sommeil Prise de poids Baisse du cholestérol HDL et hausse du cholestérol LDL
Risque probablement accru en présence d’autres facteurs de risque	Maladies cardiovasculaires Maladies cérébrovasculaires Méningiome ^c Polyurie /déshydratation ^s Cholélithiase	Maladies cardiovasculaires Hypertriglycéridémie
Risque possiblement accru	Hypertension Dysfonction érectile	
Risque possiblement accru en présence d’autres facteurs de risque	Diabète de type 2 Perte de masse osseuse/ostéoporose Hyperprolactinémie	Diabète de type 2 Maladies cardiovasculaires
Pas de risque accru ou résultat non concluant	Cancer du sein et de la prostate	Perte de masse osseuse/ostéoporose Cancer du sein, du col de l’utérus, de l’ovaire et de l’utérus

^c traitement par acétate de cyprotérone

^s traitement par spironolactone

TABLEAU 3. HORMONOTHÉRAPIE D’AFFIRMATION DE GENRE CHEZ LES JEUNES TRANSGENRES ET DE LA DIVERSITÉ DE GENRE (adapté des lignes directrices de l’Endocrine Society; Hembree et coll., 2017)**Induction de la puberté féminine (traitement par œstrogènes) par l’administration de 17β-estradiol par voie orale**

Amorcer le traitement à la dose de 5 µg/kg/j, puis augmenter la dose tous les 6 mois par palier de 5 µg/kg/j jusqu’à l’obtention d’une dose de 20 µg/kg/j, selon les taux d’estradiol.

Dose pour adulte = 2 à 6 mg par jour

Chez les adolescent(e)s transgenres post-pubères, la dose de 17β-estradiol peut être augmentée plus rapidement :

1 mg par jour pendant 6 mois, puis 2 mg par jour et plus, selon les taux d’estradiol.

Induction de la puberté féminine (traitement par œstrogènes) par l’administration de 17β-estradiol par voie transdermique

Amorcer le traitement à la dose de 6,25 à 12,5 µg par 24 heures (couper le timbre de 24 g en quatre, puis en deux).

Augmenter la dose tous les 6 mois par palier de 12,5 µg par 24 heures, selon les taux d’estradiol.

Dose pour adulte = 50 à 200 µg par 24 heures

Pour d’autres options de traitement une fois la dose pour adulte atteinte, consulter le tableau 4.

Induction de la puberté masculine (traitement par testostérone) par l’administration d’esters de testostérone

Amorcer le traitement à la dose de 25 mg/m² toutes les 2 semaines (ou administrer la moitié de cette dose toutes les semaines).

Augmenter la dose tous les 6 mois par palier de 25 mg/m² toutes les deux semaines jusqu’à l’atteinte de la dose pour adulte et des valeurs cibles de testostérone. Pour d’autres options de traitement par testostérone, voir le tableau 4.

TABLEAU 4. SCHÉMAS D’HORMONOTHÉRAPIE CHEZ LES ADULTES TRANSGENRES ET DE LA DIVERSITÉ DE GENRE***Traitement par œstrogènes (personnes transféminines)
Femmes transgenres****Œstrogènes**

Par voie orale ou sublinguale

Estradiol 2,0 à 6,0 mg par jour

Par voie transdermique

Timbre/patch transdermique d’estradiol 0,025 à 0,2 mg par jour

Gel d’estradiol (divers) ‡ application quotidienne sur la peau

Par voie parentérale

Valérate ou cypionate d’estradiol 5 à 30 mg IM toutes les 2 semaines

2 à 10 mg IM toutes les semaines

Antiandrogènes

Spironolactone 100 à 300 mg par jour

Acétate de cyprotérone 10 mg par jour**

Agoniste de la GnRH 3,75 à 7,50 mg SQ/IM tous les mois

Agoniste de la GnRH (forme retard) 11,25 ou 22,5 mg SQ/IM tous les 3 ou 6 mois

‡ La quantité appliquée varie selon la formulation et la concentration.

**Traitement par testostérone (personnes transmasculines)
Hommes transgenres****Testostérone**

Par voie parentérale

Énanthate ou cypionate de testostérone 50 à 100 mg IM/SQ toutes les semaines

ou 100 à 200 mg IM toutes les 2 semaines

Undécanoate de testostérone 1000 mg IM toutes les 12 semaines

ou 750 mg IM toutes les 10 semaines

Par voie transdermique

Gel de testostérone 50 à 100 mg par jour

Timbre/patch transdermique de testostérone 2,5 à 7,5 mg par jour

*Les doses sont augmentées ou abaissées jusqu’à ce que les taux d’hormones stéroïdes sexuelles se situent dans la marge thérapeutique. Le tableau ne recense pas toutes les formulations offertes dans l’ensemble des pharmacies du monde. Il pourrait être nécessaire d’adapter les schémas d’hormonothérapie en fonction des produits en stock dans les pharmacies locales.

**Kuijpers et coll. (2021)

TABLEAU 5. SURVEILLANCE DES TAUX D'HORMONES CHEZ LES PERSONNES TRANSGENRES ET DE LA DIVERSITÉ DE GENRE SUIVANT UNE HORMONOTHÉRAPIE D’AFFIRMATION DE GENRE (ADAPTÉ DES LIGNES DIRECTRICES DE L’ENDOCRINE SOCIETY)**Hommes transgenres ou personnes transmasculines (y compris les personnes de la diversité de genre ou de genre non-binaire)**

1. Évaluer la personne à peu près tous les trois mois (au moment du changement de dose) au cours de la première année, puis une ou deux fois par année par la suite pour vérifier que la testostérone entraîne les changements physiques voulus.
2. Mesurer le taux de testostérone sérique totale tous les trois mois (au moment du changement de dose) jusqu'à l'obtention des valeurs cibles.
 - a. Chez les personnes qui reçoivent de la testostérone par voie parentérale, mesurer le taux de testostérone sérique totale à mi-chemin entre deux injections. La valeur cible se situe entre 400 et 700 ng/dL. Il est également possible de mesurer les concentrations maximales (pics) et minimales (creux) pour vérifier que les valeurs se situent dans la plage des valeurs de référence pour les hommes.
 - b. Chez les personnes qui reçoivent de l'undécanoate de testostérone par voie parentérale, mesurer le taux de testostérone juste avant l'injection. Si la valeur est inférieure à 400 ng/dL, ajuster l'intervalle entre les doses.
 - c. Chez les personnes qui reçoivent de la testostérone par voie transdermique, attendre au moins une semaine d'application quotidienne avant de mesurer le taux de testostérone (et attendre au moins deux heures après l'application du produit avant de procéder au prélèvement).
3. Mesurer le taux d'hématocrite ou d'hémoglobine avant d'entreprendre le traitement et à peu près tous les trois mois (au moment du changement de dose) au cours de la première année, puis une ou deux fois par année par la suite.

Femmes transgenres ou personnes transféminines (y compris les personnes de la diversité de genre ou de genre non-binaire)

1. Évaluer la personne à peu près tous les trois mois (au moment du changement de dose) au cours de la première année, puis une ou deux fois par année par la suite pour vérifier que les œstrogènes entraînent les changements physiques voulus.
 - a. Le taux de testostérone sérique devrait être inférieur à 50 ng/dL.
 - b. Le taux d'estradiol sérique devrait se situer entre 100 et 200 pg/mL.
2. Chez les personnes qui reçoivent de la spironolactone, surveiller les électrolytes sériques, en particulier le potassium, et surveiller la fonction rénale, en particulier la créatinine.
3. Appliquer les recommandations énoncées dans le chapitre « Soins primaires » relativement au dépistage en soins primaires.

Annexe D • SOMMAIRE DES CRITÈRES POUR LES TRAITEMENTS HORMONAUX ET CHIRURGICAUX CHEZ L'ADULTE ET L'ADOLESCENT(E)

Les lignes directrices des SDS-8 sont conçues pour être flexibles afin de répondre aux divers besoins en matière de soins de santé des personnes TDG dans le monde. Bien qu'adaptables, elles offrent des normes consensuelles dérivées des meilleures données probantes scientifiques disponibles pour favoriser des soins de santé optimaux et guider le traitement des personnes souffrant d'incongruence de genre. Comme dans toutes les versions précédentes des SDS, les critères énoncés dans ce document pour les interventions d'affirmation de genre sont des lignes directrices cliniques; les professionnels et programmes de soins de santé, en consultation avec la personne TDG, peuvent les modifier. Les écarts cliniques par rapport aux SDS peuvent être dus à la situation anatomique, sociale ou psychologique unique d'une personne TDG, à l'évolution de la méthode d'un professionnel de la santé expérimenté pour gérer une situation courante, à un protocole de recherche, au manque de ressources dans diverses régions du monde ou à la nécessité de stratégies précises de réduction des risques. Ces écarts doivent être reconnus comme tels, faire l'objet de discussions avec la personne TDG et être consignés. Cette consignation est également précieuse pour l'accumulation de nouvelles données, qui peuvent être examinées rétrospectivement afin de permettre l'évolution des soins de santé et des SDS. Le présent sommaire des critères doit être lu conjointement avec les chapitres correspondants (se reporter aux chapitres consacrés à l'évaluation des adultes et aux adolescent(e)s).

SOMMAIRE DES CRITÈRES POUR LES ADULTES

En rapport avec le processus d'évaluation

- Les professionnels de la santé qui évaluent les adultes transgenres et de la diversité de genre souhaitant un traitement respectueux de l'identité de genre doivent se mettre en lien avec des professionnels de différentes disciplines dans le domaine de la santé transgenre afin de les consulter et de les orienter, s'il y a lieu. *

- Si une documentation écrite ou une lettre est nécessaire pour recommander un traitement médical et chirurgical d'affirmation de genre, une seule lettre d'évaluation d'un professionnel de la santé ayant des compétences dans l'évaluation des personnes transgenres et de la diversité de genre est nécessaire.

Critères pour les hormones

- L'incongruence de genre est marquée et soutenue;
- La personne répond aux critères de diagnostic de l'incongruence de genre avant le traitement hormonal d'affirmation de genre dans les régions où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins de santé;
- La personne démontre sa capacité à consentir au traitement hormonal d'affirmation de genre spécifique;
- D'autres causes possibles d'une apparente incongruence de genre ont été relevées et exclues;
- La santé mentale et les conditions physiques susceptibles d'avoir un effet négatif sur le résultat du traitement ont été évaluées, et les risques et avantages ont fait l'objet de discussions;
- La personne comprend l'effet du traitement hormonal d'affirmation de genre sur la reproduction et a exploré les options en matière de reproduction.

Critères d'intervention chirurgicale

- L'incongruence de genre est marquée et soutenue;
- La personne répond aux critères de diagnostic de l'incongruence de genre avant une intervention chirurgicale d'affirmation de genre dans les régions où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins de santé;
- La personne démontre sa capacité à consentir à l'intervention chirurgicale d'affirmation de genre spécifique;
- La personne comprend l'effet d'une intervention chirurgicale d'affirmation de genre sur la reproduction et a exploré les options en matière de reproduction;

- e. D'autres causes possibles d'une apparente incongruence de genre ont été relevées et exclues;
- f. La santé mentale et les conditions physiques susceptibles d'avoir un effet négatif sur les résultats d'une intervention chirurgicale d'affirmation de genre ont été évaluées, et les risques et avantages ont fait l'objet de discussions;
- g. La personne affiche de la stabilité dans son traitement hormonal d'affirmation de genre (ce qui peut comprendre au moins 6 mois de traitement hormonal ou plus si cela est nécessaire pour obtenir le résultat chirurgical souhaité, à moins que l'hormonothérapie ne soit pas souhaitée ou soit médicalement contre-indiquée). *

* Ces critères sont notés comme étant suggérés.

SOMMAIRE DES CRITÈRES POUR LES ADOLESCENT(E)S

En rapport avec le processus d'évaluation

- Il faut mener une évaluation biopsychosociale globale à laquelle participeront notamment les professionnels médicaux et de la santé mentale concernés;
- Les parents ou les tuteurs doivent participer au processus d'évaluation, à moins que leur participation ne soit jugée préjudiciable à l'adolescent(e) ou impossible;
- Si une documentation écrite ou une lettre est requise pour recommander un traitement médical et chirurgical d'affirmation de genre, une seule lettre d'évaluation d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire est nécessaire. Cette lettre doit refléter l'évaluation et l'avis de l'équipe qui comprend des professionnels médicaux et de la santé mentale.

Inhibiteurs de puberté

- a. La diversité/l'incongruence de genre est marquée et soutenue dans le temps;
- b. La personne répond aux critères de diagnostic de l'incongruence de genre dans les situations

où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins de santé;

- c. La personne fait preuve de la maturité émotionnelle et cognitive nécessaire pour donner un consentement/assentiment informé au traitement;
- d. Les problèmes de santé mentale (le cas échéant) susceptibles d'interférer avec la clarté du diagnostic, la capacité à consentir et les traitements médicaux d'affirmation de genre ont été pris en compte, suffisamment pour que les traitements médicaux d'affirmation de genre puissent être dispensés de manière optimale;
- e. La personne est informée des effets sur la reproduction, y compris la perte potentielle de fertilité et les options disponibles pour préserver la fertilité;
- f. La personne a atteint le stade 2 de la classification de Tanner.

Traitements hormonaux

- a. La diversité/l'incongruence de genre est marquée et soutenue dans le temps;
- b. La personne répond aux critères de diagnostic de l'incongruence de genre dans les situations où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins de santé;
- c. La personne fait preuve de la maturité émotionnelle et cognitive nécessaire pour donner un consentement/assentiment informé au traitement;
- d. Les problèmes de santé mentale (le cas échéant) susceptibles d'interférer avec la clarté du diagnostic, la capacité à consentir et les traitements médicaux d'affirmation de genre ont été pris en compte, suffisamment pour que les traitements médicaux d'affirmation de genre puissent être dispensés de manière optimale;
- e. La personne est informée des effets sur la reproduction, y compris la perte potentielle de fertilité et les options disponibles pour préserver la fertilité;
- f. La personne a atteint le stade 2 de la classification de Tanner.

Chirurgie

- a. La diversité/l'incongruence de genre est marquée et soutenue dans le temps;
- b. La personne répond aux critères de diagnostic de l'incongruence de genre dans les situations où un diagnostic est nécessaire pour accéder aux soins de santé;
- c. La personne fait preuve de la maturité émotionnelle et cognitive nécessaire pour donner un consentement/assentiment informé au traitement;
- d. Les problèmes de santé mentale (le cas échéant) susceptibles d'interférer avec la clarté du diagnostic, la capacité à consentir et les traitements médicaux d'affirmation de genre ont été pris en compte, suffisamment pour que les traitements médicaux d'affirmation de genre puissent être dispensés de manière optimale;
- e. La personne est informée des effets sur la reproduction, y compris la perte potentielle de fertilité et les options disponibles pour préserver la fertilité;
- f. La personne a suivi au moins 12 mois d'hormonothérapie d'affirmation de genre ou plus, s'il y a lieu, pour obtenir le résultat chirurgical souhaité pour les interventions d'affirmation de genre, y compris l'augmentation mammaire, l'orchidectomie, la vaginoplastie, l'hystérectomie, la phalloplastie, la métoïdioplastie et la chirurgie faciale dans le cadre du traitement d'affirmation de genre, à moins que l'hormonothérapie ne soit pas souhaitée ou qu'elle soit médicalement contre-indiquée.

Annexe E · INTERVENTIONS CHIRURGICALES D’AFFIRMATION DE GENRE

Les multiples facettes de l’incongruence de genre sont de mieux en mieux comprises, et la technologie évolue, ce qui permet d’élargir la gamme de traitements offerts.

Dans cette optique, il est impératif de comprendre que la liste qui suit n’est pas exhaustive, d’autant plus que les mises à jour des SDS sont souvent espacées dans le temps; ainsi, les connaissances et les modalités de traitement peuvent évoluer dans l’intervalle.

CHIRURGIE FACIALE

Sourcils	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de l’arcade sourcilière • Augmentation de l’arcade sourcilière • Lifting des sourcils
Avancement de la ligne d’implantation des cheveux et/ou greffe de cheveux	
Redrapage du visage et du cou ou du tiers moyen du visage (après modification des structures squelettiques sous-jacentes)	
Redrapage du visage et du cou ou du tiers moyen du visage (après modification des structures squelettiques sous-jacentes)	<ul style="list-style-type: none"> • Platysmaplastie
Blépharoplastie	<ul style="list-style-type: none"> • Lipomodelage
Rhinoplastie (avec ou sans produit de comblement)	
Joues	<ul style="list-style-type: none"> • Implants • Lipomodelage
Lèvres	<ul style="list-style-type: none"> • Raccourcissement de la lèvre supérieure • Augmentation du volume des lèvres (autologue ou non autologue) • Réduction de l’angle mandibulaire
Mâchoire inférieure	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation • Ostéoplastique • Alloplastique (par implants)
Remodelage du menton	
Cartilage thyroïdien-Chondrolaryngoplastie	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie des cordes vocales (voir le chapitre sur la voix)

CHIRURGIE MAMMAIRE/THORACIQUE

Mastectomie	<ul style="list-style-type: none"> • Mastectomie avec conservation / reconstruction de l’aréole mammaire, selon les besoins médicaux de la personne • Mastectomie sans conservation / reconstruction de l’aréole mammaire, selon les besoins médicaux de la personne
Liposuction	
Reconstruction (augmentation) mammaire	<ul style="list-style-type: none"> • Implants et/ou prothèses d’expansion tissulaire • Autologue (avec lambeaux et lipomodelage)

CHIRURGIE GÉNITALE

Phalloplastie (avec ou sans scrotoplastie)	<ul style="list-style-type: none"> • Avec ou sans allongement de l’urètre • Avec ou sans prothèse (pénienne et/ou testiculaire) • Avec ou sans colpectomie/colpocléisis
Métaïodoplastie ⁶ (avec ou sans scrotoplastie)	<ul style="list-style-type: none"> • Avec ou sans allongement de l’urètre • Avec ou sans prothèse (pénienne et/ou testiculaire) • Avec ou sans colpectomie/colpocléisis
Vaginoplastie (inversion, péritonéale, intestinale)	<ul style="list-style-type: none"> • Préservation du pénis et/ou des testicules possible
Vulvoplastie	<ul style="list-style-type: none"> • Peut inclure des interventions visant à donner un aspect plat à la région génitale (interventions dites « flat front »)

⁶ Il n’existe pas de consensus sur l’épellation de ce mot. En Europe on retrouve généralement « métoïdioplastie » ou « métoïdioplastie » (ajout du i tréma). Au Canada, [L’Office québécois de la langue française](#) recommande « métaïodoplastie ». D’autres variations se retrouvent dans différents ouvrages et articles scientifiques.

GONALECTOMIE

Orchidectomie

Hystérectomie et/ou salpingo-ovariectomie

REMODELAGE DU CORPS

Liposuction

Lipomodélage

Pose d'implants

- Pectoraux, hanches, fesses, mollets

Redrapage/liposuction du pubis

AUTRES INTERVENTIONS

Épilation : Épilation du visage, du corps et des parties génitales pour l'affirmation de genre ou dans le cadre du processus préparatoire à une chirurgie (voir l'énoncé 15.14 concernant l'épilation)

- Électrolyse
- Épilation au laser

Tatouage (p. ex. aréole mammaire)

Transplantation utérine

Transplantation pénienne
