

► En matière d'accompagnement des personnes trans, comme dans d'autres domaines, ce qui se passe aux États-Unis est régulièrement observé et source d'inspiration au niveau international ; les remous politiques récents autour de l'accompagnement trans affirmatif dans certains États, en particulier pour les mineurs, ont un impact indéniable en Europe, en étant régulièrement utilisés par les « camps » qui s'affrontent aujourd'hui sur cette question. Le contexte politique et l'organisation du système de santé et d'assurance maladie colorent cet accompagnement de manière très spécifique aux États-Unis, et omettre ces aspects ou les simplifier sont source d'interprétations erronées et de désinformation. Comprendre ces déterminants est essentiel pour définir ce qui appartient au champ médical, et replacer au centre des discussions l'intérêt des personnes concernées, les principes de bienfaisance, de non malfaisance et d'équité. Dans cet article, nous discuterons donc d'organisation des soins et de recommandations de bonnes pratiques, mais aussi, à partir d'articles et de références « non scientifiques », du climat politique et social et de son impact sur l'accompagnement des personnes trans, y compris hors des États-Unis. ◀

L'accompagnement des transidentités aux États-Unis s'inscrit dans un cadre d'organisation médicale des soins et de recommandations de bonnes pratiques, mais aussi dans un contexte sociétal et politique qui a un impact sur la disponibilité et l'accès aux soins. La principale caractéristique de cet accompagnement, au sein de ce grand territoire, est sans aucun doute l'hétérogénéité, que ce soit en termes de disponibilités (existence ou non de centres dédiés), d'accès (limites en termes d'âge, par exemple), de déterminants sociaux de la santé, variables

## Genre (15)

Série coordonnée par Paul Czernichow et Laetitia Martinerie

# Accompagnement des transidentités aux États-Unis, avancées et reculs, impact en Europe

Anne Bargiacchi



Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert Debré, Paris, France.  
[annebargiacchi@gmail.com](mailto:annebargiacchi@gmail.com)

selon les États, l'origine et le milieu socio-culturel, et de remboursement des soins, compte tenu de la complexité du système d'assurance santé.

### Les Gender Clinics

Les *Gender Clinics* qui existent aux États-Unis, sont des centres spécialisés et multidisciplinaires ayant pour vocation d'accueillir et d'accompagner les personnes trans, non binaires et *gender diverse*, selon un modèle collaboratif de soins. Certains de ces centres ont aussi pour but de favoriser les efforts de recherche et d'éducation dans ce domaine. Ils rassemblent en général les différents professionnels potentiellement impliqués dans les prises en charge médicale (endocrinologues, psychiatres, etc.), paramédicale (orthophonistes, etc.), psychologique, sociale, légale et administrative [1]. Certaines *Gender Clinics* sont rattachées à des hôpitaux universitaires, mais ce n'est pas le cas de toutes, certaines pouvant aussi fonctionner sur un modèle de financement entièrement privé.

Les États-Unis ont été l'un des pays pionniers dans l'ouverture de *Gender Clinics* pour les enfants et les adolescents. Si la première *Gender Clinic* dédiée à l'accueil des mineurs a vu le jour aux Pays-Bas en 1987, celle de Boston, ouverte en 2007 [2]<sup>1</sup>, a favorisé l'émergence d'autres

Vignette (© ParaDox).

<sup>1</sup> pour une description de cette première « clinique » pour les mineurs, voir <https://www.childrenshospital.org/programs/center-gender-surgery-program/>

centres similaires en Amérique du Nord et a encouragé l'ouverture de centres comparables en Europe [3, 4]. Ces dernières années, dans le contexte social et politique, sur lequel nous reviendrons, les professionnels travaillant au sein des *Gender Clinics* ont aussi, pour beaucoup, adopté une position de défenseurs des droits des personnes trans [5], y compris, mais ne se limitant pas à, leurs droits à la santé (physique, émotionnelle et sociale) dans une vision holistique et inclusive de cette dernière, au bien être, à un avenir positif, et à une qualité de vie satisfaisante [6]. Par ailleurs, désormais, le recul de 10 à 15 ans d'accueil et une meilleure reconnaissance et prise en compte des déterminants sociaux de la santé, ont amené les personnes impliquées dans le fonctionnement des *Gender Clinics* à réévaluer leur organisation et l'accès aux soins en tenant compte des aspects d'intersectionnalité, d'équité, d'inclusion et de justice sociale [7, 8], pour favoriser l'accès aux soins pour tous. En dehors de ces centres spécialisés, l'offre de soins peut consister en l'accueil par des professionnels de santé et des thérapeutes installés en libéral, ou, plus récemment, des offres de télémedecine. La liste des centres spécialisés existants a fait l'objet de publications scientifiques [9]. Elle est, par ailleurs, régulièrement mise à jour (pour une carte interactive, voir [10]).

### Les recommandations de bonne pratique

À l'heure actuelle, la plupart des professionnels impliqués dans l'accompagnement des transidentités aux États-Unis se réfèrent, dans le cadre de leur pratique, aux recommandations de la WPATH (*World Professional Association for Transgender Health*) [11] et de l'*Endocrine Society* [12]. Le modèle de soins proposé s'inscrit dans ce cas dans une volonté trans affirmative de co-construction d'un parcours de transition personnalisé pour les personnes concernées et sur les recommandations de prescriptions et de surveillances médicale et chirurgicale préconisées dans ces publications de référence.

L'encadrement de la prise en charge des mineurs reste cependant plus flou et controversé, marqué par une difficulté à trouver un consensus entre les différentes voix qui s'élèvent sur le sujet. En effet, si, ces dernières années, les principales associations médicales qui formulent les recommandations de bonne pratique, que sont l'*Endocrine Society*, l'*American Psychological Association*, l'*American Psychiatric Association* et l'*American Academy of Pediatrics*, ont toutes pris position sans équivoque pour statuer sur le fait qu'un accompagnement trans affirmatif est la seule approche acceptable en termes d'accompagnement de la transidentité chez les enfants et les adolescents, les termes des recommandations étaient généraux, et ces dernières échouaient ainsi à donner une guidance spécifique sur certains points essentiels concernant la façon d'accompagner les enfants et adolescents en pratique clinique. La question de l'évaluation (en termes d'objectifs, de forme et de durée), celle de la préparation à la transition et de l'indication ou non à la thérapie [13, 14], et celle de l'âge auquel accompagner une transition sociale, médicale et/ou chirurgicale, en tenant compte de la fluidité de l'identité de genre, des effets inconnus et des potentiels effets indésirables des traitements, de la dé-transition et des regrets éventuels, de la possibilité ou non d'explorer librement et

en toute sécurité ses expressions de genre selon l'environnement et la culture, de l'impact de la dysphorie de genre, des micro-agressions et des agressions sur la santé mentale des jeunes, restaient, en particulier, l'objet de controverses et sont, de fait, particulièrement complexes à formaliser et protocoliser.

La publication des *Standards Of Care 8* de la WPATH, début septembre 2022 [15] devrait marquer une étape importante, en fournissant des recommandations plus détaillées pour les mineurs, tentant de tenir compte des besoins nuancés des jeunes et de la nécessité d'une pratique réfléchie mais affirmative, validante et respectueuse. Ces recommandations ont fait l'objet de nombreux débats, dont certains ont été médiatisés, voire utilisés, dans le contexte social et politique que nous allons maintenant aborder et qui colorent et modulent immanquablement l'accompagnement des transidentités [16].

### Les facteurs qui modulent l'accompagnement

L'accompagnement des personnes trans aux États-Unis est donc encadré par des recommandations de bonne pratique, elles-mêmes évolutives en fonction du retour des personnes concernées, des meilleures connaissances liées à l'expérience et à la recherche, et des évolutions sociétales. Cependant, deux éléments de contexte colorent la prise en charge, à la fois en termes de disponibilités et d'accès concret aux soins dans ce pays : les différences de lois selon les États ; les différences de prise en charge selon les assurances, et donc, l'impact du statut socio-économique (et du statut de résidence pour les immigrants [17]).

Cette hétérogénéité est liée plus précisément :

#### À l'organisation politique spécifique aux États-Unis et en particulier :

- Au fait que si certaines orientations/préconisations existent au niveau fédéral [18]<sup>2</sup>, les lois adoptées au niveau de chaque État déterminent ce qui est possible ou non, en pratique, au sein de celui-là. Actuellement, certains États sanctionnent ou interdisent les prises en charge trans affirmatives pour les mineurs (l'Arkansas, par exemple, interdit les soins [19-21]). Au-delà de la prise en charge médicale en soi, au début de l'année 2021, les législateurs des États opposés à la prise en charge ont publié plus de 250 ordonnances qui restreignent les droits des personnes trans [22] ;

<sup>2</sup> En mars 2022, le ministère de la Santé de l'administration Biden a publié une déclaration soutenant sans équivoque l'accompagnement médical pour les mineurs, « lorsque médicalement approprié et nécessaire », en vertu de la loi fédérale sur les droits civiques.

- Au fait que l'orientation politique colore l'interprétation qui est faite des textes de loi (le fait que les droits des personnes trans soient considérés comme inscrits ou non dans la Constitution est soumis à l'interprétation qui en est faite, en l'absence de mention spécifique de l'identité de genre dans les textes) [23] ;
- En raison de la polarisation actuelle du débat entre le parti Démocrate et le parti Républicain [24], limitant l'accès même à certaines informations dans les médias (*culture war*) ; les différentes options d'exploration, autres que le *wait and see* (les thérapies de conversion ont, elles, été jugées non éthiques par l'administration Obama [25], suite au suicide de Leelah Acorn en 2015), ne sont pas toujours explicitement présentées dans les médias ; l'administration Trump a été à l'origine d'un nombre record de prises de position et d'amendements transphobes et LGBTQphobes (lesbiennes, gays, bisexuelles, trans, queers) [26].

### Au fonctionnement des assurances santé aux États-Unis

Leur coût est souvent élevé, et sans emploi, ou sans emploi déclaré, il peut être difficile ou impossible de trouver une compagnie d'assurance avec un coût abordable<sup>3</sup>. Le système de soins est fléché, dans le sens où l'on ne peut en général pas sortir de l'État de résidence pour consulter dans un État où une *Gender Clinic* existe, et être remboursé de cette prise en charge. Les médecins et thérapeutes sont « certifiés » pour pratiquer uniquement dans un État. Ils ne peuvent pas recevoir de personnes venant d'un État pour lequel ils ne sont pas certifiés. Même lorsque l'on bénéficie d'une assurance santé, toutes ne couvrent pas la prise en charge médicale parfois nécessaire et indiquée dans le processus de transition (et cela même si, en théorie, les lois fédérales et celles des États interdisent que les assurances santé, publiques ou privées, discriminent sur la base de la transidentité, rendant illégal pour un régime d'assurance maladie de refuser de couvrir les soins liés à la transition médicalement nécessaires) [27]. Sans assurance, le coût de l'accompagnement médical et/ou chirurgical pour les personnes trans est de plusieurs milliers de dollars. Tout cela explique en grande partie que la plupart des jeunes qui viennent consulter aujourd'hui dans les *Gender Clinic* sont « riches » et « blancs », vivent dans des zones métropolitaines progressistes, et ont une assurance maladie. Pour eux, l'accompagnement est devenu plus accessible depuis 2016, lorsque l'administration Obama a inclus l'identité de genre dans une règle interdisant de refuser les prestations de soins de santé sur la base du sexe. Ainsi, si un prestataire de santé juge les soins médicalement nécessaires, il est possible d'obtenir une couverture d'assurance pour les bloqueurs de puberté et le traitement hormonal substitutif [28]. Dans les États ou régions moins progressistes, il n'existe en général pas de *Gender Clinic*, et, parfois, pas de thérapeute ou de médecin pour accompagner et soutenir les enfants et les adolescents transgenres dans leurs explorations de genre. Le développement de la télémédecine/téléconsultation, et la possibilité offerte durant la pandémie de Covid-19 de consulter un thérapeute et/ou un médecin licencié dans un autre État, tout en étant couvert par son assurance maladie,

ont permis de proposer une alternative pour certaines situations. Ainsi, ce que l'on appelle les déterminants sociaux de la santé, mais aussi l'impact des différentes identités sur la prise en charge, pèsent particulièrement lourd pour la communauté trans aux États-Unis, et les familles issues des minorités et des classes sociales défavorisées font face à de nombreux obstacles à l'accès aux soins [29-31].

En dehors de ces aspects politiques et de financement des soins, le climat social actuel a également un impact non négligeable sur l'accompagnement des personnes trans. Si l'opinion publique soutient majoritairement le droit à l'accompagnement des personnes trans [32], les voix des détracteurs restent fortes et médiatisées, et la *culture war* (ou guerre culturelle) est particulièrement polarisée et vive sur ce sujet ; les différences entre les États et les régions sont marquées. La médiatisation des positions extrêmes de chaque *camp* tend à distraire et éloigner des vraies questions. Ainsi, si dans certains États, comme la Californie, l'augmentation de la visibilité des personnes trans, des jeunes s'identifiant comme *gender non-conforming*, et des enfants et des adolescents qui explorent ouvertement leur identité et leurs expressions de genre, a permis, par exemple, qu'il soit de pratique courante, dans les établissements scolaires publics, de demander lors de la rentrée d'inclure ses pronoms au moment de se présenter, dans d'autres États, les droits les plus élémentaires des personnes trans sont régulièrement bafoués, et les détracteurs de la prise en charge trans affirmative pour les jeunes font feu de tout bois pour alimenter leurs discours transphobes, y compris des débats existant entre les professionnels impliqués dans l'accompagnement [16]. Maddie Deutsch, présidente de la USPATH (*United States Professional Association for Transgender Health*), une branche américaine de la WPATH, note ainsi que les voix les plus fortes de tous les côtés sont les extrêmes. « Dans notre société actuelle, quelque chose est soit tout bon, soit tout mauvais », dit-elle. « Soit il devrait y avoir un distributeur automatique d'hormones, soit les personnes qui en prescrivent aux enfants devraient être mises en prison ». Les discours simplificateurs et réducteurs, portés en particulier par les médias d'extrême-droite (*far right wing*), coexistent avec les ressources nuancées (Amaze.org, Genderspectrum.org). La simplification et le « danger du stéréotype » existent aussi du côté de certains engagements « pro trans », par exemple sous la forme de transitions romanticisées, comme dans ce qui a été appelé les *butterfly videos* [33], du fait de leur présentation soignée et particulièrement belle et épanouissante de la transition/transformation/révélation de soi. L'administration Biden

<sup>3</sup> Lorsqu'une personne est employée, elle bénéficie en général d'un ensemble d'avantages sociaux appelés *benefits*, dont la prise en charge partielle ou en totalité du coût de l'assurance maladie.

[34], en commençant par nommer Rachel Levine *Assistant Secretary of Health*, faisant d'elle la première femme transgenre sur un poste de ce type, a eu un geste symboliquement fort dans le climat actuel, mais les débats restent vifs [35].

## Impact en Europe

La façon dont les personnes transgenres sont accompagnées aux États-Unis participe à colorer les orientations qui sont prises ailleurs pour leur prise en charge, au niveau international, notamment en Europe. Certaines tendances inspirées de ce qui est fait aux États-Unis sont positives, dont l'accompagnement trans affirmatif, dans sa forme actuelle, et l'accompagnement pour les mineurs qui, s'ils sont des émanations des protocoles initialement développés aux Pays-Bas, sont souvent allés plus loin et, dans tous les cas, ont pu être appliqués à plus grande échelle, permettant des retours d'expérience plus larges et d'améliorer les pratiques et les recommandations pour répondre aux besoins de populations plus variées et représentatives de la diversité des expériences. Les mouvements sociaux et culturels de désinvisibilisation, de prise en compte de l'importance de l'intersectionnalité, de dépsychiatriation et d'éducation sur l'infinité des identités naturellement possibles participent à informer et à faire bouger les connaissances en Europe. Les ressources disponibles pour sensibiliser et accompagner les jeunes et leurs familles sont maintenant nombreuses et traduites en de nombreuses langues, favorisant l'inclusion et la diversité. Enfin, l'organisation de certaines *Gender Clinics* en Centres d'excellence favorise la recherche et de meilleures connaissances pour guider les décisions et protocoles.

Cependant, si les faits sont pris hors contexte, en particulier par les personnes peu formées ou peu au fait des enjeux réels et des nuances de l'accompagnement des personnes trans, cela conduit à des incompréhensions, à des simplifications et à des interprétations erronées. En particulier, le fait que certains États aient été conduits à arrêter la prise en charge des mineurs a été utilisé comme un argument en France qui démontrerait la dangerosité d'une telle prise en charge médicale ; or, ces décisions ne sont pas liées à des recommandations médicales ou à la position des soignants qui étaient impliqués dans l'accompagnement des jeunes, mais à des tendances politiques, en désaccord avec ceux qui accompagnaient ces jeunes, ce qui est bien différent.

Pour Annelou De Vries, pédopsychiatre néerlandaise impliquée depuis de nombreuses années dans l'accompagnement des enfants et adolescents transgenres, les prises de position en Europe [36] pourraient découler « *d'un autre type de conservatisme, sur la façon de pratiquer la médecine à la lumière de l'incertitude scientifique, par rapport aux interdictions dans les États américains 'rouges'* [ndr : républicains], *alimentées par le vitriol anti-trans* » et suggérerait que « *les scientifiques et les médecins qui n'ont pas l'expérience clinique [...] se sentent plus limités par les limites de la recherche* ». Néanmoins, les différents arguments utilisés contre l'accompagnement des enfants et les adolescents font bien souvent l'objet d'un amalgame qui participe aux incompréhensions.

## Conclusion

L'accompagnement des personnes transgenres est une question qui inclut le médical mais le dépasse. Lorsque l'on évoque la situation particulière des États-Unis, il est indispensable de ne pas mélanger les débats qui existent au sein des soignants et chercheurs impliqués dans l'accompagnement et au fait des points à clarifier et/ou sur lesquels progresser, et les décisions politiques, la plupart du temps très éloignées de ces considérations nuancées [37]. De même, l'impact du système de financement de la santé et des déterminants sociaux de la santé est particulièrement important et peut être difficile à mesurer depuis l'Europe. Les recommandations de bonne pratique [38], qui existent bel et bien, ne sont pas appliquées partout, du fait d'une grande disparité [39] et de barrières aux soins très liées au milieu socio-économique [40, 41]. On note la persistance de discriminations [42-44] et la nécessité de continuer à lutter contre ces dernières [45, 46]. Pour les personnes qui ont une expérience clinique de la question, une chose est certaine : interdire purement et simplement l'accompagnement n'est pas la solution la plus prudente ou la plus « sûre », lorsque l'on prend en compte les risques psycho-sociaux en jeu et l'impact sur la santé en général, chez les jeunes mais plus largement quel que soit l'âge [47, 48]. L'éducation, y compris dans la communauté médicale, est plus que jamais nécessaire [49]. Lors des débats qui ont précédé la publication des huitièmes Standards de soins de la WPATH, l'un des experts sollicités, Leibowitz, commentant l'importance de son expérience clinique auprès des jeunes dans les décisions qu'il est amené à prendre, a souligné [16] : « *It's convenient to say there's not enough evidence if you don't believe in the treatment – and that there's enough evidence, if you do believe. Evidence matters, yes, but common sense matters, too* »<sup>4</sup>. ♦

## SUMMARY

### Transgender care in the USA, advances and setbacks, and how it impacts Europe

What is happening in the United States in terms of support for trans people, as in other areas, is regularly observed and a source of inspiration at the international level; the recent political turmoil around affirmative trans care in some States, especially for minors, has a tremendous impact in Europe, being regularly used by the “camps” that argue today on this issue. However, the political context and the organization of the health and health insurance system

<sup>4</sup> « *il est pratique de dire qu'il n'y a pas assez de preuves si l'on ne croit pas au traitement – et qu'il y en a assez, si on y croit. Les preuves ont beaucoup d'importance, oui, mais le bon sens a de l'importance aussi.* »

color this support in a very specific way in the United States, and omitting these aspects or simplifying them is a source of erroneous interpretations and misinformation. Understanding these determinants is essential to define what belongs to the medical field, and to put back at the center of the discussions the interest of the people concerned, the principles of beneficence, non-maleficence and equity. In this article, we will therefore discuss the organization of care and recommendations for good practice, but also, from “non-scientific” articles and references, the political and social climate and its impact on trans health and care, including in Europe. ♦

## LIENS D'INTÉRÊT

L'auteure déclare n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

## RÉFÉRENCES

1. Pour des exemples d'organisation des soins, voir par exemple : <https://transcare.ucsf.edu>, <https://thrive.kaiserpermanente.org/care-near-you/northern-california/sanfrancisco/departments/gender-pathways-clinic/> et <https://www.stanfordchildrens.org/en/service/gender>.
2. Tishelman AC, Kaufman R, Edwards-Leeper L, et al. Serving Transgender Youth: Challenges, Dilemmas and Clinical Examples. *Prof Psychol Res Pr* 2015 ; 46 : 37-45.
3. Skordis N, Butler G, de Vries MC, et al. ESPE and PES International Survey of Centers and Clinicians Delivering Specialist Care for Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Horm Res Paediatr* 2018 ; 90 : 326-31.
4. Martinierie L, Condat A, Bargiacchi A, et al. Management of endocrine disease: Approach to the management of children and adolescents with Gender Dysphoria. *Eur J Endocrinol* 2018 ; 179 : 219-37.
5. pour une description du climat de tensions actuelles, voir par exemple : <https://www.washingtonpost.com/nation/2022/08/17/boston-childrens-hospital-transgender-treatment/>
6. pour un exemple de prise de position, voir par exemple la note sur la page d'accueil de la *Gender Clinic de Boston* : <https://www.childrenshospital.org/programs/gender-multispecialty-service>
7. Kachen A, Pharr JR. Health Care Access and Utilization by Transgender Populations: A United States Transgender Survey Study. *Transgend Health* 2020 ; 5 : 141-8.
8. pour un plan stratégique de prise en compte des aspects d'équité et de justice sociale en médecine, voir par exemple : [https://www.ama-assn.org/about/leadership/ama-s-strategic-plan-embed-racial-justice-and-advance-health-equity?gclid=CjwKCAjwsMGYBhAEiwAGUXjaV75QXMuE3gGjYbAx2E7Au2lHcrTjV0I7Q2hMvHbG8Us00uON\\_AzxxoC60AQAvD\\_BwE](https://www.ama-assn.org/about/leadership/ama-s-strategic-plan-embed-racial-justice-and-advance-health-equity?gclid=CjwKCAjwsMGYBhAEiwAGUXjaV75QXMuE3gGjYbAx2E7Au2lHcrTjV0I7Q2hMvHbG8Us00uON_AzxxoC60AQAvD_BwE)
9. Hsieh S, Leininger J. Resource list: Clinical care programs for gender-nonconforming children and adolescents. *Pediatr Ann* 2014 ; 43 : 238-44.
10. <https://www.hrc.org/resources/interactive-map-clinical-care-programs-for-gender-nonconforming-childr>
11. World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People [8<sup>th</sup> version], 2022.
12. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017 ; 102 : 3869-903. [correction in *J Clin Endocrinol Metab* 2018 ; 103 : 699, *J Clin Endocrinol Metab* 2018 ; 103 : 2758-9].
13. ces débats sont parfois relayés dans les médias : <https://www.washingtonpost.com/outlook/2021/11/24/trans-kids-therapy-psychologist/>
14. D'Angelo R, Syrulnik E., Ayad S, Marchiano L, et al. One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav* 2021 ; 50 : 7-16.
15. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgender Health* 2022 ; 23 : S1-S259.
16. <https://www.nytimes.com/2022/06/15/magazine/gender-therapy.html>
17. <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/ie-sexual-orientation-and-gender-identity/struggle-trans-and-gender-diverse-persons>
18. <https://www.commonwealthfund.org/blog/2018/federal-protections-health-care-risk-transgender-americans>
19. <https://transgenderlawcenter.org/equalitymap>
20. Human Rights Watch a créé un « State Equality Index » qui compare les différents états et souligne les disparités : <https://www.hrc.org/resources/state-equality-index>
21. pour une vision plus « grand public » de la différence entre ce qui est décidé au niveau fédéral et ce qui est décidé au niveau des états : <https://www.usatoday.com/story/money/2020/06/19/the-best-and-worst-states-for-lgbtq-people/111968524/>
22. <https://www.washingtonpost.com/outlook/2021/07/06/false-claims-protecting-children-are-fueling-anti-trans-legislation/>
23. sur les débats sur l'interprétation des droits « constitutionnels » : <https://thehill.com/opinion/civil-rights/415657-transgender-rights-are-constitutional-rights/>

24. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/11/08/transgender-issues-divide-republicans-and-democrats/>
25. <https://www.nytimes.com/2015/04/09/us/politics/obama-to-call-for-end-to-conversion-therapies-for-gay-and-transgender-youth.html>
26. <https://transequality.org/the-discrimination-administration>
27. <https://transequality.org/know-your-rights/health-care>
28. <https://www.healthcare.gov/transgender-health-care/>
29. pour un article grand public, voir par exemple : <https://www.thetaskforce.org/new-analysis-shows-startling-levels-of-discrimination-against-black-transgender-people/>
30. Lett E, Asabor EN, Beltrán S, Dowshen N. Characterizing Health Inequities for the U.S. Transgender Hispanic Population Using the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Transgend Health* 2021 ; 6 : 275-83.
31. Seelman KL, Young SR, Tesene M, et al. A Comparison of Health Disparities among Transgender Adults in Colorado (USA) by Race and Income. *Int J Transgend* 2017 ; 18 : 199-214.
32. <https://www.pbs.org/newshour/politics/new-poll-shows-americans-overwhelmingly-oppose-anti-transgender-laws>
33. <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2018/07/when-a-child-says-shes-trans/561749/>
34. <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2022/03/31/fact-sheet-biden-harris-administration-advances-equality-and-visibility-for-transgender-americans/>
35. <https://www.cbsnews.com/news/60-minutes-transgender-health-care-issues-2021-05-23/?intcid=CNM-00-10abd1h>
36. comme celles de l'Académie de Médecine en France, de la Suède et de la Finlande, de l'Angleterre, ou encore les tribunes publiées ces derniers mois dans divers journaux par certaines personnalités
37. <https://www.washingtonpost.com/outlook/2018/10/29/battle-over-trans-rights-is-about-power-not-science/>
38. Rosenthal SM. Challenges in the care of transgender and gender-diverse youth: an endocrinologist's view. *Nat Rev Endocrinol* 2021 ; 17 : 581-91.
39. <https://www.lgbtmap.org/mapping-trans-equality>
40. <https://www.americanprogress.org/article/protecting-advancing-health-care-transgender-adult-communities/>
41. <https://www.yalemedicine.org/news/transgender-medical-care>
42. <https://protecttranshealth.org>
43. <https://www.lgbtmap.org/news/understanding-transgender-issues-unfair-price-release>
44. <https://www.nytimes.com/2021/09/28/health/transgender-health-care.html>
45. <https://www.justice.gov/crt/page/file/910161/download>
46. <https://www.hrc.org>
47. <https://newsroom.heart.org/news/health-disparities-and-equitable-access-to-health-care-persist-with-transgender-adults>
48. <https://www.npr.org/sections/health-shots/2017/11/21/564817975/health-care-system-fails-many-transgender-americans>
49. <https://www.amsa.org/action-committee/gender-and-sexuality/transgender-health/>

## TIRÉS À PART

A. Bargiacchi



**m/s**  
médecine/sciences

**Abonnez-vous  
à médecine/sciences**

**Bulletin d'abonnement page 194  
dans ce numéro de m/s**