

**NOTE DE
CADRAGE**

Transidentité : accompagnement du mineur et de son entourage, et soins proposés

Adoptée par le Collège le 25 février 2026

Demandeur : Ministère des Solidarités et de la Santé

Inscription au programme de travail : 2026

Responsable(s) du projet : chef de projet - Service des bonnes pratiques

1. Objet et périmètre de travail

1.1. Thème et origine du projet

En 2021, le ministre des Solidarités et de la Santé a saisi la Haute Autorité de santé (HAS) en vue de l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique sur le thème : « Parcours de transition des personnes transgenres » (Cf. Annexe 1). Cette demande était justifiée par le besoin d'introduire dans la prise en charge des personnes transgenres, la diversité des parcours et leur dépsychiatisation effective à la suite des évolutions internationales.

L'objectif de la demande initiale du ministre des Solidarités et de la Santé en 2021 était :

- D'évaluer les conséquences en termes de parcours de soins de la décision de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2018 (qui a sorti le sujet de la transidentité du champ de psychiatrie en le déplaçant dans le domaine de la santé sexuelle) ;
- De revoir la place de l'évaluation psychiatrique dans le processus de la réassignation sexuelle hormono-chirurgicale ;
- D'élaborer un nouveau protocole en lien avec les professionnels de santé et les associations communautaires dans le but d'améliorer l'organisation des soins afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge de ce public ;
- De structurer la prise en charge médicale du parcours de transition, en promouvant une articulation entre médecin de premier recours et spécialités médicales (endocrinologie, chirurgie, psychiatrie) ;
- De statuer sur la place de la médecine de ville dans le parcours de soins et ses modalités (notamment place de l'hormonothérapie) ;
- De structurer la prise en charge de la transidentité pour les mineurs (médecine de premier recours, pédopsychiatrie et accompagnement psychologique) ;

- De répondre aux attentes des usagers, dont la place doit être centrale dans la définition des parcours et de l'offre de soins.

Il est à noter que la Stratégie nationale de santé sexuelle 2020-2030¹, intègre la lutte contre préjugés et discriminations envers les personnes transgenres et intersexes, notamment au travers de l'objectif 1 de l'Axe IV.

L'Axe 1 a pour ambition la promotion en santé sexuelle, en particulier des jeunes, dans une approche globale et positive et son objectif 3 intègre la santé de personnes transgenres, dont les effets secondaires des traitements hormonaux.

Les premières recommandations de la HAS, relatives à la « Transidentité : prise en charge de l'adulte » ont été publiées en juillet 2025 (1). Il s'agissait d'un travail séquentiel, considérant que la population des mineurs devait faire l'objet de recommandations spécifiques.

1.2. Périmètre

1.2.1. Définitions²

Transidentité

Dans son document de 2019 « Fiche pratique sur le respect des droits des personnes Trans » (2), la Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT (DILCRAH) définissait la transidentité comme le fait de ne pas s'identifier à son sexe de naissance.

Elle a été définie dans les classifications médicales sous plusieurs termes : incongruence de genre ou dysphorie de genre.

Incongruence de genre selon la Classification internationale des maladies

La CIM-10 (3) classait le transsexualisme au chapitre V relatif aux troubles mentaux et du comportement, dans la partie troubles de la personnalité et du comportement (adulte). Les données hospitalières (PMSI3) à disposition correspondent toujours à ces définitions.

La CIM-11 (4) décrit l'incongruence de genre, laquelle est transférée du chapitre V de la CIM-10, correspondant aux Troubles mentaux et du comportement, au chapitre 17, correspondant aux affections liées à la santé sexuelle :

- Le code HA60 correspond à l'incongruence de genre de **l'adolescent ou de l'adulte**. Il indique notamment que « *L'incongruence de genre de l'adolescent et de l'adulte se caractérise par une incongruité 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...Le diagnostic ne peut être posé avant l'apparition de la puberté.* »
- Le code HA61 apporte, quant à lui, des précisions concernant **l'enfant et** notamment « *L'incongruence de genre chez l'enfant se caractérise par une incongruité entre le genre vécu/exprimé de celui-ci et le sexe qui est assigné aux enfants prépubères. Elle inclut notamment un profond désir d'être d'un sexe différent de celui qui lui a été assigné, une forte aversion de l'enfant pour son anatomie sexuelle ou ses caractéristiques sexuelles secondaires supposées et/ou un profond désir envers les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires supposées qui*

¹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

² En complément de ces définitions, voir le glossaire (cf. Annexe 2).

³ Programme d'information des systèmes d'information

correspondent au sexe vécu, ainsi que des jeux d'imagination ou de fantaisie, des jouets, des jeux, des activités et des camarades de jeu qui sont conformes au sexe vécu plutôt qu'au sexe assigné.....L'incongruence doit avoir persisté pendant environ 2 ans. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour poser le diagnostic. »

Dysphorie de genre selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association – 5e édition (DSM-5)

Le **DSM-5** (5), publié en 2015 en version française (6), définit la dysphorie de genre chez les enfants par :

A : la non-congruence marquée entre le genre vécu ou exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois, se manifestant par au moins six des items suivants (dont au moins le 1er).

1. Désir marqué d'appartenir à l'autre genre, ou insistance du sujet sur le fait qu'il est de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui a été assigné).
2. Chez les garçons (genre assigné), forte préférence pour le style vestimentaire opposé ou pour le travestissement en femme, ou chez les filles (genre assigné), préférence marquée pour le port exclusif de vêtements masculins et forte opposition au port de vêtements typiquement féminins.
3. Dans les jeux de « faire semblant » ou dans les fantaisies de jeu, forte préférence pour incarner l'autre sexe.
4. Forte préférence pour les jouets, jeux ou activités typiquement de l'autre sexe.
5. Préférence marquée pour les camarades de l'autre sexe.
6. Chez les garçons (genre assigné), fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiquement masculins et évitement marqué des jeux de bagarre, ou chez les filles (genre assigné), fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiquement féminins.
7. Forte aversion pour sa propre anatomie sexuelle.
8. Désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires qui correspondent au genre que le sujet vit comme sien.

B : le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

La puberté selon l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) (7)

L'AFPA définit la puberté comme représentant l'ensemble des phénomènes physiques, psychiques, mentaux et affectifs caractérisant le passage de l'état d'enfant à l'état d'adulte par le développement des caractères sexuels secondaires (les seins, l'augmentation du volume testiculaire et de la taille de la verge, la pilosité pubienne et axillaire, les menstruations) et par l'accélération de la vitesse de croissance staturale.

Les stades pubertaires ont été évalués selon la classification de Tanner. Il s'agit d'une échelle utilisée pour évaluer le développement pubertaire en cinq stades, pour, respectivement : le développement mammaire chez la fille, le développement des organes génitaux externes chez le garçon, ainsi que la pilosité pubienne chez le garçon et la fille (Cf. annexe 3).

La transition de genre

Selon le rapport de l'IGAS (8), les parcours de transition se déclinent en transition sociale, administrative, et médicale.

- Selon le rapport, la transition sociale est « *le fait de vivre au sein de ses relations sociales, de son environnement (...) dans un genre social autre que son genre de naissance* » ;
- La transition administrative porte sur la modification du prénom et/ou de la mention de sexe à l'état civil ;
- La transition médicale correspond à un parcours de soins visant à réduire les caractéristiques physiques du sexe de naissance et à développer celles du genre auquel s'identifie la personne (hormonothérapie et/ou interventions chirurgicales ...) ;

La détransition consiste en l'arrêt, la modification, ou l'inversion d'une transition de genre, qui peut être sociale (expression de genre), médicale (arrêt d'un traitement hormonal), chirurgicale ou légale (9). Par ailleurs, elle peut être associée à l'expression d'un regret concernant des décisions antérieures de traitement (10).

1.2.2. État des connaissances

L'estimation de la population transgenre dépend de la méthode de l'étude et de la définition retenue de « cas ».

A ce jour, il y a un manque de données fiables pour estimer la prévalence de la transidentité et de son accompagnement chez les mineurs, du fait de cohortes observationnelles rétrospectives et de trop faibles effectifs, ainsi que de données hétérogènes. Ainsi, la prévalence des mineurs transgenres n'est pas connue en France.

Données françaises

En France, les seules données disponibles concernent les données de l'Assurance maladie et du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI).

En 2020, il y avait 294 mineurs bénéficiaires d'une Affection de Longue Durée (ALD) pour « troubles de l'identité sexuelle » (code F64* de la CIM-104), en augmentation depuis 2013 (8 bénéficiaires) (Cf. Annexe 4) (11)

Concernant les hospitalisations, selon les données du PMSI (produites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation - ATIH), le nombre de patients de moins de 18 ans hospitalisés pour trouble de l'identité sexuelle (diagnostic principal - code CIM-10 F64*) est passé de moins de 10 en 2016 à 47 en 2020 puis a progressé jusqu'en 2023 pour atteindre 210 ; il semble s'être stabilisé depuis (207 en 2024).

Parmi les mineurs hospitalisés avec un diagnostic principal ou relié en F64 sur la période 2016-2024, il est observé un faible nombre d'actes de chirurgie mammaire, en augmentation, passant de 0 (en 2016) à 46 (en 2024). Dans cette population, un très faible nombre d'autres actes de chirurgie, maxillo-faciale, ORL ou périnéale est relevé.

Ces données doivent néanmoins être interprétées avec prudence, un même individu pouvant avoir plusieurs actes de chirurgie, sur des années différentes.

Autres revues et rapports

S'appuyant sur une revue systématique suédoise (12), couvrant la période de 1914 à 2020, dans une population d'adolescents âgés entre 12 et 17 ans, issue de 11 pays⁵, les données mettent en évidence une augmentation du recours aux soins spécialisés (consultations) pour dysphorie de genre

⁴ Troubles de l'identité sexuelle (F64) comprend : F64.0 Transsexualisme ; F64.1 Travestisme bivalent ; F64.2 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance ; F64.8 Autres troubles de l'identité sexuelle ; F64.9 Trouble de l'identité sexuelle, sans précision.

⁵ Pays-Bas, Royaume-Uni, Canada, États-Unis, Suisse, Belgique, Finlande, Allemagne, Italie, Australie et Turquie

depuis 2011, avec un âge moyen de 13 ans au moment de l'orientation. Cette tendance concerne majoritairement les adolescents de sexe féminin à la naissance.

Le rapport de l'IGAS (8) sur la santé et les parcours de soins des personnes transgenres, indique que, si les services de pédopsychiatrie peuvent être amenés à recevoir des enfants prépubères, relevant ou non d'un diagnostic de dysphorie précoce du genre, la grande majorité des mineurs concernés sont des adolescents, avec une part croissante, voire majoritaire d'adolescents transmasculins⁶ (FtM).

Troubles ou problèmes associés

→ Infection à VIH

• Les données françaises

Santé Publique France (13) indique, dans un état des lieux récent, que le nombre de découvertes de séropositivité VIH a nettement augmenté (+ 41 %) chez les jeunes de 15 à 25 ans (en population générale), entre 2014 et 2023. Les jeunes transgenres, entre 15 et 25 ans, représentent, quant à eux, 3 % des nouvelles découvertes de séropositivité VIH (1 % en 2014). Le nombre de personnes transgenres découvrant leur séropositivité VIH a fortement augmenté chez les jeunes de la même catégorie d'âge, passant de 5 en 2014 (IC à 95 %[0-11]), à 26 en 2023 (IC à 95 %[13-39]). Ces données sont toutefois à analyser avec précaution car issues de très faibles effectifs.

• Autres données

L'ONUSIDA (14, 15) indique que le risque de contracter le VIH est 13 fois plus élevé chez les personnes transgenres que parmi le reste de la population âgée de 15 à 49 ans, mais il n'existe pas de données spécifiques de prévalence concernant l'infection à VIH chez les enfants et adolescents transgenres.

→ Troubles du neurodéveloppement

Une recommandation par consensus d'experts américaine (16) ainsi qu'une revue systématique française (17) concernant la dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent, indiquent que l'incidence des troubles du spectre de l'autisme (TSA) est de 7,8 % parmi les enfants et adolescents pour lesquels une dysphorie de genre a été diagnostiquée, soit dix fois le taux dans la population générale (0,6 à 1 %).

Le rapport indépendant britannique de Cass (18), soutenu par le National Health System (NHS), indique, à partir de données issues de 5 études transversales comparant des personnes transgenres et non transgenres pour un total de 641 860 personnes (auto-déclarations sur des questionnaires en ligne, chaînes de télévision et, pour 1/5, par une étude cas-témoins), que les jeunes transgenres ont 3 à 6 fois plus de risque de présenter un TSA que les non-transgenres (1 à 2 %).

La revue systématique de Thompson et al (12) indique également, à partir de 32 études menées dans onze pays sur 3 à 4 000 participants, que les adolescents pris en charge pour une dysphorie de genre, présentent fréquemment des troubles du neurodéveloppement, tels qu'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou un déficit de l'attention (retrouvés respectivement chez un maximum de 26 % et 16 % des adolescents).

⁶ Transition de genre féminin à genre masculin ou homme transgenre (traduit de l'anglais « *female to male* » (FtM))

→ Troubles de l'évolution physique

Selon un consensus d'experts de la Société Française d'Endocrinologie et Diabétologie Pédiatrique (19) (SFEDP), concernant la transition hormonale des adolescent(e)s transgenres, les jeunes transgenres ont une densitométrie osseuse (DMO) avant démarrage pubertaire en moyenne plus basse que celle de la population générale, et ce indépendamment de tout traitement.

→ Troubles alimentaires

Selon une étude transversale (20) australienne portant sur 660 adolescents transgenres, âgés entre 11 et 18 ans, sur la période de 2018 à 2022, les symptômes d'anorexie (23,9 %) et boulimie (5 %) étaient particulièrement élevés chez les FtM⁷.

→ Vulnérabilité psycho-sociale (traumatismes, violence...)

À ce jour, en France, les études rendant compte des discriminations et violences faites aux personnes transgenres sont encore rares (21). Des travaux anglosaxons ont montré l'impact de ces violences sur la qualité de vie et la santé des personnes transgenres (22).

D'après le rapport de l'IGAS (8), la précarité matérielle qui touche de nombreuses personnes transgenres est directement liée à la stigmatisation dont elles sont victimes. Ainsi, la révélation d'un désir de transition ou d'un parcours passé de transition (*coming out*) peut être suivie de rupture ou de violences : rupture des liens familiaux, mise à la rue, déscolarisation. Ces ruptures peuvent conduire à des situations d'isolement pouvant entraîner des conséquences sur la santé psychique et somatique des personnes.

→ Troubles de la santé mentale

Tout comme les adultes, les jeunes transgenres sont exposés à un risque d'idées et de conduites suicidaires tout au long de leur vie, notamment en lien avec la vulnérabilité psycho-sociale.

Une méta-analyse publiée en 2020 (23), à partir de dix études (menées notamment aux États-Unis, Royaume-Uni, Australie et Japon) a mis en évidence, chez les enfants, adolescents et jeunes adultes transgenres (de 3 à 25 ans), des taux très importants de comportements auto-agressifs (28,2 %), d'idées suicidaires (28 %) et de tentatives de suicide (14,8 %).

Le rapport britannique de Cass (18) indique que d'une manière générale, les troubles de santé mentale ont augmenté en population générale et concernent en 2023 20,3 % des 8-16 ans et 23,3 % des 17-19 ans.

La revue systématique de Thompson et al. (12) indique que les diagnostics psychiatriques antérieurs ou concomitants sont fréquents chez les adolescents ayant une dysphorie de genre. Une des études prise en compte indiquait notamment que 63,1 % des mineurs de l'étude présentaient un diagnostic psychiatrique et/ou neurodéveloppemental concomitant, incluant notamment une dépression (32 %), et des antécédents de suicidalité/automutilation (13 %). Dans l'ensemble des études incluses, la prévalence rapportée de la dépression variait de 30 % à 78 % et celle des troubles anxieux de 21 % à 63 %. Les auteurs concluaient que d'autres études étaient toutefois nécessaires sur des effectifs plus importants, avec un suivi à long terme, indépendamment du type de prise en charge.

⁷ Transition de genre féminin à genre masculin (traduit de l'anglais « *Female to Male* »)

1.2.3. État des lieux documentaires

Recommandations traitant des enfants et adolescents

- **Avec niveaux de preuve et gradation des recommandations :**

- Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons : An Endocrine Society Clinical Practice Guideline 2017

- **Recommandations non gradées :**

- Gender Incongruence and Gender Dysphoria in Childhood and Adolescence - Diagnosis and Treatment - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – 2025
- SFEDP – Transition hormonale des adolescent·e·s transgenre : Consensus du groupe de travail d'experts de la SFEDP - 2024
- Independent review of gender identity services for children and young people : final report – The Cass review – 2024
- Guidelines for gender affirming primary care with trans and non-binary patients - Ontario 2023
- Care of children and adolescents with gender dysphoria – Socialstyrelsen – 2022
- Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 - The World Professional Association for Transgender Health - 2022
- La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents – Académie nationale de Médecine – Communiqué - 2022
- Traitements médicaux de la dysphorie associée aux variations de l'identité de genre chez les mineurs – 2020
- Australian standards of care and treatment guidelines for transgender diverse children and adolescents - MJA 209 (3) - 6 august 2018
- Ensuring Comprehensive Care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents - PEDIATRICS Volume 142, number 4, October 2018
- Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People - American Psychological Association 2015
- Office-Based Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth - PEDIATRICS Volume 132, Number 1, July 2013
- Standards de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non-conforme – WPATH – 2013
- Health care for transgender and gender diverse individuals – American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) – 2011

Revue systématique

- Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of recommendations (part 2) – Taylor - Taylor J, et al. Arch Dis Child 2024
- Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents – Jaacap vol 51, n°9 - 2012*

Travaux d'institutions

IGAS : Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes transgenres – H Picard ; Simon Jutant 2022

Décision-cadre du Défenseur des droits n°2025-112 relative au respect de l'identité de genre des personnes transgenres

Autres travaux

American Society of plastic surgeons - Position Statement on Gender Surgery for Children and Adolescents - 2026

Travaux de la HAS

Transidentité : prise en charge de l'adulte – Recommandation de bonnes pratiques - 2025

1.2.4. Etat des lieux des pratiques, de l'organisation de la prise en soins et de l'accompagnement des mineurs et de leur entourage

Selon le rapport de l'IGAS (8), ces parcours de transition devraient reconnaître l'autodétermination des personnes, permettre un choix éclairé en améliorant l'accès à l'information, rendre possibles des parcours de transition médicale diversifiés dans leur contenu et leurs modalités, faisant une plus grande place à la médecine de 1^{er} recours et au travail en réseau, dépsychiatriser l'entrée dans les parcours, tout en permettant un accompagnement en santé mentale si nécessaire.

Difficultés d'accès aux soins

Le rapport de l'IGAS (8) fait état de discriminations vécues par les personnes transgenres pour l'accès aux soins, concernant le parcours de transition ou la santé globale. Pour les personnes isolées, voire en situation de grande précarité, les difficultés générées par la complexité des démarches administratives, l'opacité de l'information, et les restes à charge majorent les difficultés d'accès aux soins.

Il rappelle également la difficulté pour les mineurs et leurs parents à trouver un professionnel de santé accessible, bienveillant et formé. Il fait état de situations d'errance, ou d'urgence et des suivis parfois très éloignés du lieu de vie des jeunes. L'éloignement du soin et les difficultés d'accès aux parcours de transition peuvent conduire à des pratiques d'automédication (par exemple : automédication hormonale).

Il indique que des consultations spécialisées en milieu hospitalier ont été développées (9 dans 6 régions en 2018). Des praticiens formés aux problématiques transgenres (en ville, dans les maisons des adolescents) apportent des réponses, en dehors des consultations spécialisées.

Parcours et accompagnement

→ Accompagnement psycho-social du mineur

- Le rapport de l'IGAS (8) indique que la prise en soins médicale des mineurs est habituellement réalisée au sein de centres pluridisciplinaires (psychiatrie, et/ou psychologie, endocrinologie, plus ou moins chirurgie). Les équipes hospitalières se diversifient et adaptent leurs réponses à l'évolution des besoins, comme les centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humain (CECOS) qui s'impliquent davantage dans la préservation de la fertilité des personnes trans engageant des traitements ;
- Un accompagnement psychologique est réalisé par un psychiatre ou un psychologue, non pour valider le choix d'entrer dans un parcours de transition, mais pour aider à gérer le parcours qui est générateur de stress ; cet accompagnement aide à prendre en compte le retentissement psychique des transformations du corps ainsi que les impacts de la transition sur l'ensemble de la vie personnelle du mineur (déscolarisation, comportements suicidaires, troubles psychiques, TSA...) ;
- Lorsque qu'il y a une demande de soins psychiatriques, la saturation des équipes de santé mentale, qu'il s'agisse de CMP adultes ou enfants, obère fortement la réactivité des réponses et

l'accès aux soins, comme pour l'ensemble de la population, même si les mineurs sont en général prioritaires.

Le rapport de l'IGAS (8) souligne non seulement d'un manque d'accès aux soins, mais également d'un accueil inadapté et parfois discriminant : il relève le rôle de soutien important des associations qui permettent notamment un accès à l'information sur les ressources disponibles.

→ **Accompagnement de l'entourage**

Le rapport de l'IGAS (8) rappelle que le travail d'accompagnement avec les familles et l'environnement social du mineur transgenre est indispensable au mieux-être de celui-ci. Il indique par ailleurs que les réunions de concertation pluridisciplinaires sont ouvertes à des acteurs non professionnels de santé impliqués dans l'accompagnement du mineur et de ses proches, et notamment certaines associations.

La prise en soins médicale

Selon le rapport de l'IGAS (8), les parcours de transition médicale correspondent aux soins permettant à une personne transgenre d'obtenir les modifications corporelles en cohérence avec son identité de genre. Ils peuvent inclure des traitements médicaux (hormonothérapie, épilation laser), paramédicaux (orthophonie pour la féminisation de la voix), voire chirurgicaux (8). Chez les mineurs, la transition médicale peut comprendre, selon l'âge, le stade pubertaire et la situation clinique, le recours à des bloqueurs de puberté puis, ultérieurement, à des traitements hormonaux d'affirmation de genre.

→ **Prépuberté : période de questionnement**

Avant l'adolescence, le rapport de l'IGAS (8) souligne que l'accompagnement psycho-social de l'enfant et de sa famille est primordial, dans un environnement bienveillant permettant l'exploration de l'identité de genre. L'objectif de cet accompagnement est de prévenir la souffrance psychique de l'enfant, ainsi que les ruptures de parcours scolaire ou social.

→ **En début de puberté : traitement par bloqueurs de puberté**

Le choix d'entrer dans cette démarche peut conduire, sous conditions, à la prescription de bloqueurs de puberté (analogues de la gonadotrophine : *gonadotropin-releasing hormone agonist* ou aGnRH), destinés à suspendre temporairement le développement des caractères sexuels secondaires non désirés. Leurs effets sont considérés comme réversibles (19), mais plusieurs auteurs précisent que les données concernant leur efficacité, leurs risques et leurs effets à long terme, notamment sur la santé mentale et le développement cognitif, restent limitées (8, 19, 24).

En France, la SFEDP (19) recommande, avant de débiter un traitement, de vérifier l'existence et la persistance d'une incongruence de genre, l'existence d'une souffrance liée à l'apparition ou le développement de caractères sexuels secondaires, et la présence d'au moins un stade Tanner 2 attestée cliniquement et/ou biologiquement. La HAS (25) rappelle que ces traitements ne disposent pas d'AMM dans l'indication du blocage pubertaire à visée de transition de genre.

Le rapport de l'IGAS (8) souligne la complexité des conditions nécessaires au recueil d'un consentement éclairé chez les mineurs, en particulier les plus jeunes, rendant essentielle l'implication des parents dans la décision.

→ En fin ou post puberté : les traitements hormonaux d'affirmation de genre

Les traitements hormonaux d'affirmation de genre permettent de développer des caractéristiques physiques secondaires en harmonie avec l'identité de genre du jeune.

Chez les mineurs transgenres, ces traitements sont peu documentés, notamment en termes de rapport bénéfice-risque à long terme (18).

Selon le rapport de l'IGAS (8), ils sont généralement initiés autour de l'âge de 15 ans et peuvent entraîner des effets secondaires, partiellement irréversibles, notamment sur la fertilité.

Prescrits hors AMM, et administrés sur un temps long, ils nécessitent une information préalable sur les risques d'effets secondaires, et sur les possibilités de préservation des gamètes⁸ (1)

Comme au Royaume-Uni, l'approche néerlandaise⁹ (18) n'autorise pas l'initiation de ces traitements avant l'âge de 16 ans (26).

Les effets secondaires, concernant notamment la densité de la masse osseuse, ainsi que les effets des apports nutritionnels, de l'activité physique ou de l'orthophonie seront explorés dans les travaux.

→ La chirurgie

Chez les mineurs, les interventions chirurgicales concernent principalement la chirurgie mammaire, plus rarement d'autres chirurgies (maxillo-faciale, ORL, périnéale). *L'American Society of Plastic surgeons* indique qu'il n'existe pas de preuves suffisantes concernant la sécurité et l'efficacité de ces interventions avant 19 ans (27).

Un délai de réflexion a été introduit dans la recommandation concernant l'adulte, pour les chirurgies irréversibles (1, 19).

Arrêt de transition - détransition

Les données relatives aux parcours d'arrêt ou de détransition chez les jeunes ayant engagé une transition avant la majorité, sont limitées et hétérogènes (28, 29).

Une revue canadienne récente (10) concernant la détransition des adolescents ou jeunes adultes (âgés de 10 à 26 ans, voire jusqu'à 29 ans pour certaines études), portant sur la période 2020-2025, souligne le caractère multifactoriel de la détransition, souvent associée à un contexte global de vulnérabilité ou de difficultés de santé.

Prise en charge financière

Il est à souligner l'importante hétérogénéité des prises en charge financière des parcours de transition.

Cette partie a été rédigée à partir du rapport de l'IGAS (8) et des documents HAS concernant la transition des adultes (1).

Comme pour les adultes, le diagnostic d'incongruence de genre (CIM-11) posé par le médecin traitant ouvre droit à une prise en charge par l'Assurance maladie au titre de l'ALD F64, classée en ALD 31 (hors liste). Le médecin complète le protocole de soins comprenant le diagnostic ainsi que les actes et prestations envisagés.

⁸ Via une **orientation** vers un centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS)

⁹ Approche de référence, initiée aux Pays-Bas dans les années 80

Chez l'adulte, les conditions d'attribution de l'ALD et les soins ouverts sont variables d'une CPAM à l'autre. Pour les actes et prestations pris en charge, il n'existe pas de « panier de soins de référence ». D'autres interventions et soins nécessaires au parcours de transition sont mal pris en charge, étant souvent considérés comme du domaine de l'esthétique (1, 8).

1.2.5. Objectif principal de la production

Les recommandations ont pour objectif de préciser et structurer l'accompagnement et le type de soins proposés aux mineurs se questionnant sur leur identité de genre ou transgenre ainsi que l'accompagnement de leur entourage.

La population considérée concerne les mineurs se questionnant sur leur identité de genre ou transgenres. En France, la majorité est obtenue à l'âge de 18 ans, sauf émancipation.

1.2.6. Bénéfices attendus

- ➔ Favoriser une information claire et adaptée, pour les mineurs et leur entourage, sur les enjeux et les modalités de ce parcours de transition.
- ➔ Proposer des traitements et prises en charge adaptés à la situation du mineur, son stade de puberté et son niveau de transition.
- ➔ Éviter l'errance médicale des mineurs dans le parcours de transition et réduire le risque d'auto-médication.
- ➔ Harmoniser les pratiques professionnelles.

1.3. Destinataires prioritaires de la production HAS

- ☒ Professionnels : tous les professionnels susceptibles de prendre en charge des mineurs se questionnant sur leur identité de genre ou transgenres, et notamment : pédiatres, médecins généralistes, endocrinologues, psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, médecins de la fertilité, médecins scolaires, travailleurs sociaux.
- ☒ Institutionnels : Ministère de la Santé et Caisse nationale d'Assurance maladie.
- ☒ Usagers : les mineurs se questionnant sur leur identité de genre ou transgenres, ainsi que leurs proches.
- ☒ Autres : associations d'usagers et de santé communautaire.

1.4. Question(s) à traiter

Dans un premier temps, seront documentés :

- Les données épidémiologiques disponibles ;
- La réglementation en vigueur concernant les mineurs (droits des mineurs, consentement, secret médical, rôle du représentant légal, etc.) ;
- Le contexte sociologique et éthique.

La liste des questions et points à traiter, est la suivante :

- ➔ Quelles sont les définitions à retenir ?
- ➔ Quel accompagnement proposer au mineur et à son entourage devant un questionnement de transition de genre selon le stade pubertaire ?

- Quelles sont les informations à leur transmettre ?
- Vers quels professionnels ou équipes pluriprofessionnelles les orienter ?
- Quelle prise en soins pour un mineur souhaitant entrer dans un parcours de transition ?
 - Quel délai de réflexion raisonnable et proportionné proposer selon les soins ?
 - Quelle stratégie thérapeutique proposer selon le stade pubertaire ?
 - Les bloqueurs de puberté : à quel stade de puberté ? quelles molécules ? quel suivi ?
 - L'hormonothérapie : à quel stade de puberté ? quel choix de traitement ? quel suivi ?
 - Y a-t-il une place pour la chirurgie ? Et, dans l'affirmative : dans quel cas et à quel stade envisager le recours à la chirurgie, et laquelle ?
 - Quels autres soins proposer ? Orthophonie, soins de santé globale, dont santé mentale, etc.
- Quel accompagnement proposer au mineur et à son entourage durant son parcours, et notamment le passage entre les équipes de suivi pédiatrique et adultes ?
- Quel accompagnement et quels soins devant un souhait d'arrêt de transition ou de détransition ?

La place du numérique en santé dans l'organisation de l'accompagnement et des soins, ainsi que les enjeux environnementaux liés aux soins et leurs organisations seront abordés.

1.5. Question(s), dimensions ou thématiques exclue(s)

La prise en charge des variations du développement génital est exclue du champ de cette recommandation.

2. Type de production et méthode

2.1. Type de production

Recommandation de bonne pratique, comprenant un argumentaire scientifique, un texte de recommandations et une synthèse de ces dernières.

Il pourra être discuté lors de l'avancée du projet, de compléter cette recommandation de bonne pratique de document d'aide à la prise de décision partagée pour les enfants et leurs familles.

2.2. Méthode HAS retenue

- ☒ **Production HAS**

Éléments justificatifs du choix de la méthode

Considérant qu'il s'agit d'un sujet pour lequel les données relatives aux personnes mineures sont peu nombreuses, et que la controverse sur le sujet nécessite de formaliser l'avis d'experts, il est proposé d'utiliser la méthode de « Recommandations de bonnes pratiques par consensus formalisé » [\(30\)](#).

Cette méthode est à la fois une méthode de recommandations de bonne pratique et une méthode de consensus, dont les règles de cotation sont définies a priori et tiennent compte du nombre d'experts au sein du groupe de cotation [\(30\)](#).

Elle repose sur :

- La participation des professionnels et des usagers concernés par le thème de cette recommandation (personnes concernées par un parcours de transition ayant débuté avant 18 ans, parents, membres d'associations d'usagers) ;

- La transparence, avec mise à disposition de l'analyse critique de la littérature, des avis des groupes de pilotage et de cotation, des cotations et commentaires du groupe de lecture et d'une présentation du contexte sociologique reposant sur des enquêtes qualitatives et par une description du cadre juridique existant en France ;
- L'indépendance d'élaboration et la gestion des intérêts déclarés par les experts des groupes de pilotage et de cotation.

La méthode intègre trois types de groupes :

- **Un groupe de pilotage** comprendra une douzaine de membres dont un président, pédiatre, chargé de coordonner avec le chef de projet de la HAS, l'ensemble du travail. Le groupe de pilotage aura pour mission de rédiger l'argumentaire, de rédiger les propositions à soumettre au groupe de cotation, et de finaliser le texte des recommandations au cours de la réunion plénière qui a lieu avec le groupe de cotation, à l'issue de la phase de lecture. Le groupe de pilotage peut être amené à auditionner des représentants institutionnels et autant de personnes que nécessaires pour renforcer la pertinence des propositions soumises à la cotation.
- **Un groupe de cotation**, multidisciplinaire et pluriprofessionnel, comprendra entre 15 et 20 membres, intervenant directement dans leur pratique quotidienne auprès des personnes concernées par le thème. Les membres du groupe de cotation auront pour mission de sélectionner, par un vote en deux tours, les propositions à retenir pour rédiger la version initiale des recommandations, en tenant compte du niveau de preuve disponible et de leur propre expérience. Il finalise le texte des recommandations au cours de la réunion plénière qui a lieu avec le groupe de pilotage, à l'issue de la phase de lecture.
- **Un groupe de lecture** sera constitué de 30 à 50 personnes, concernées par le thème traité, expertes ou non du sujet. Le groupe est multidisciplinaire et pluriprofessionnel, afin de refléter l'ensemble des professions, médicales ou non, mettant en œuvre les interventions évaluées. Il permet d'élargir l'éventail des participants au travail, en y associant des représentants des spécialités médicales, des professions non médicales ou de la société civile non présents dans les groupes de pilotage et de cotation. Un avis des parties prenantes sera également recueilli.

Les membres de ces groupes seront sélectionnés par la HAS, notamment à partir d'un appel à candidature auprès d'organisations diverses (sociétés savantes, associations d'usagers, équipes médicales, associations de santé communautaires, institutionnels, etc.).

2.3. Modalités de travail

→ ☒ Groupe de travail (GT)

Le groupe de travail d'un consensus formalisé consiste en un groupe de pilotage et un groupe de cotation.

Composition du groupe de pilotage (dont un président pédiatre).

Si possible (14 membres) :

- 1 médecin généraliste
- 2 pédiatres (1 pédiatre et 1 endocrino-pédiatre)
- 2 psychiatres dont au moins un pédopsychiatre
- 1 gynécologue pédiatrique

- 1 chirurgien pédiatrique, urologue, sénologue ou plasticien
- 1 médecin ou infirmier scolaire
- 1 psychologue ou pédopsychologue
- 1 juriste
- 1 sociologue de la santé
- 1 personne qualifiée en éthique clinique
- 2 usagers du système de santé (jeune majeur et parent)

→ ☒ **Groupe de cotation**

Si possible (18 membres) :

- 2 médecins généralistes
- 1 endocrinologue
- 3 pédiatres (dont 1 endocrino-pédiatre)
- 2 psychiatres ou pédopsychiatres
- 1 chirurgien pédiatrique, urologue, sénologue ou plasticien
- 1 gynécologue pédiatrique
- 1 médecin scolaire
- 1 ou 2 infirmiers
- 2 psychologues ou pédopsychologues
- 4 usagers du système de santé (jeunes majeurs et parents)

→ ☒ **Auditions ou entretiens exploratoires**

- ☒ Experts individuels : juriste(s) ; membres d'équipes pluriprofessionnelles expertes de la prise en charge de mineurs transgenres, notamment un éducateur spécialisé ;
- ☒ Recueil de témoignages de mineurs et jeunes majeurs concernés par une transition avant 18 ans, au sein d'une équipe de soins ou d'une association communautaire ; entretiens avec des parents ou entourage proche
- ☒ Institutions et autres organisations : Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), Défenseur des droits, Conseil de l'Ordre des médecins, Comité consultatif national d'éthique (CCNE), Académie de médecine, Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) (liste non exhaustive).

→ ☒ **Phase de relecture**

- ☒ Groupe de lecture (GL) : Le groupe de lecture reprendra la composition des groupes de pilotage et de cotation, avec un nombre plus élevé de participants (environ 2 fois plus) en s'assurant d'une diversité sur le territoire national. Il comprendra en plus : des sociologues, travailleurs sociaux, orthophonistes, infectiologues, éthiciens, dermatologues, pharmacologues et d'autres professionnels impliqués dans des équipes pluridisciplinaires.
- ☒ Avis des parties prenantes

- ☒ Autres : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), Direction générale de la santé (DGS), Direction de la Sécurité Sociale (DSS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission : 27 janvier 2026
- Date de validation du collège : 25 février 2026
- Revue de littérature : 1er semestre 2026
- Réunions du groupe de pilotage : 2e semestre 2026
- Réunion(s) du groupe de cotation : 2e semestre 2026
- Rédaction du texte des recommandations : 1er semestre 2027
- Sollicitation du groupe de lecture : 1er semestre 2027
- Réunion plénière du groupe de pilotage et de cotation : 1er semestre 2027
- Validation par les instances : 2e semestre 2027

Annexes

Annexe 1.	Saisine initiale	17
Annexe 2.	Glossaire	19
Annexe 3.	Collège national des pédiatres universitaires – Classification de Tanner	20
Annexe 4.	Données épidémiologiques	21

Annexe 1. Saisine initiale



Le Ministre

Paris, le 23 avril 2021

CAB OVI/DGOS/ PEGASE : D-21-011462

Madame la Présidente,

L'organisation du parcours de transition en France se fonde sur la proposition faite par la HAS dans son rapport de novembre 2009 « situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme en France ».

La prise en charge des frais par les organismes de sécurité sociale est conditionnée au respect des étapes de ce parcours réalisé par une des équipes hospitalières officielles. Elles sont actuellement au nombre de huit et se sont fédérées au sein de la FPATH1 (anciennement « SoFECT2 »), association qui réunit des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des personnes transgenres, et fédère des réseaux régionaux en un seul réseau national.

Cette situation, qui conduit à un monopole de fait de la FPATH est critiquée par les associations de représentants des usagers qui dénoncent des délais trop importants causés selon eux, par l'expertise psychiatrique et réclament une liberté d'accès à la médecine de ville notamment dans le cadre de l'hormonothérapie.

Depuis ce rapport HAS, l'OMS a sorti en 2018 le sujet de la transidentité du champ de la psychiatrie en le déplaçant dans le domaine de la santé sexuelle. En effet, elle a dépsychiatrisé « l'incongruence de genre » (terme non validé en français) en sortant ce « diagnostic » du chapitre des troubles mentaux et du comportement de la classification internationale des maladies (CIM) et en l'intégrant dans la classification liée à la santé sexuelle (adoption de la CIM 11 en juin 2018).

Cette position est récente et les dispositifs existants de prise en charge du parcours de transition en France n'en n'ont pour l'instant pas tiré les conséquences.

La prise en charge de la transidentité a fait l'objet fin 2010 de travaux coordonnés par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) à la demande des usagers concernés et en s'appuyant sur les recommandations émises par la HAS en novembre 2009³. Ces travaux ont été suspendus début 2011 à la suite d'une absence d'adhésion des professionnels hospitaliers français, regroupés au sein de la FPATH. Les points de vue et les propositions des différentes parties prenantes ont alors fait l'objet, à la demande du Ministère en charge de la Santé, d'un rapport de l'IGAS⁴ qui a préconisé, outre une réflexion partagée sur les protocoles et les parcours de prise en charge, la labellisation de deux centres chirurgicaux adossés à un réseau national de professionnels de santé de ville pour les prises en charge en endocrinologie et psychologique notamment. Le rapport IGAS a par ailleurs pointé différentes difficultés et notamment la place décisive de l'évaluation psychiatrique.

Pr Dominique Le Guludec
Présidente de la Haute Autorité de Santé (HAS)
5, avenue du Stade de France
93210 SAINT-DENIS

¹ French Professional Association for Transgender Health

² Société française d'études et de prise en charge de la transidentité

³ Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France

⁴ Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes transgenres et du transsexualisme, décembre 2011

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07
Téléphone : 01 40 56 60 00

Faute de consensus, les travaux coordonnés par la DGOS n'ont pas repris.

Aussi, le besoin d'introduire la diversité des parcours et leur dépsychiatisation effective suite aux évolutions internationales me conduisent à vous demander d'actualiser ses recommandations de 2009, en vue :

- D'évaluer les conséquences en termes de parcours de soins de la décision de l'OMS en 2018.
- De revoir la place de l'évaluation psychiatrique dans le processus de la réassignation sexuelle hormono-chirurgicale.
- D'élaborer un nouveau protocole en lien avec les professionnels de santé et les associations communautaires dans le but d'améliorer l'organisation des soins afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge de ce public.
- De structurer la prise en charge médicale du parcours de transition, en promouvant une articulation entre médecine de premier recours et spécialités médicales (endocrinologie, chirurgie, psychiatrie).
- De statuer sur la place de la médecine de ville dans le parcours de soins et ses modalités (notamment place de l'hormonothérapie).
- De structurer la prise en charge de la Transidentité pour les mineurs (médecine de premier recours, pédopsychiatrie et accompagnement psychologique).
- De répondre aux attentes des usagers, dont la place doit être centrale dans la définition des parcours et de l'offre de soins.

Ces recommandations sont attendues pour le mois de décembre 2021.

Je vous remercie par avance de bien vouloir me faire connaître vos propositions concernant ces demandes et vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma sincère considération.

Olivier VÉRAN

Annexe 2. Glossaire

Détransition	Arrêt, changement ou inversion d'une transition de genre
FtM	Female to Male (synonyme : homme transgenre)
Genre	Le genre se réfère à la représentation sociale du sexe : – tantôt l'expérience du genre, soit le genre avec lequel la personne est perçue en société – tantôt l'identité de genre, soit le genre avec lequel la personne se perçoit
MtF	Male to Female (synonyme : femme transgenre)
Personne intersexe	Personne dont les caractéristiques sexuelles à la naissance ne correspondent pas aux normes binaires qui définissent les catégories mâles et femelles (personne concernée par une variation du développement sexuel)
Personne trans ou transgenre	Personnes dont le sexe biologique n'est pas aligné avec l'identité de genre
Sexe	Terme utilisé pour désigner le sexe biologique d'une personne ou d'un groupe. Utilisé seul il recouvre le sexe chromosomique, le sexe gonadique, le sexe anatomique, et le sexe physiologique
Transidentité	Fait de ne pas s'identifier à son sexe de naissance
Transphobie	Désigne le rejet, le mépris ou la haine des personnes ou comportements associés aux transidentités, c'est-à-dire associés à un genre perçu comme non conforme (Plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023)

Annexe 3. Collège National des pédiatres universitaires – Classification de Tanner

Stade de Tanner	Signes
Développement mammaire chez la fille	
S1	Absence de développement mammaire
S2	Petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole
S3	Glande mammaire dépassant la surface de l'aréole
S4	Saillie de l'aréole et du mamelon sur la glande, sillon sous-mammaire
S5	Aspect adulte
Développement des organes génitaux externes chez le garçon (G)	
G1	Testicules et verge de taille infantile : volume testiculaire < 4 ml (longueur testiculaire < 2,5 cm)
G2	Volume testiculaire : 4 à 6 ml (longueur testiculaire : 2,5 à 3,0 cm)
G3	Volume testiculaire : 8 à 10 ml (longueur testiculaire : 3,1 à 4,0 cm)
G4	Volume testiculaire : 12 à 15 ml (longueur testiculaire : 4,1 à 4,5 cm)
G5	Aspect adulte, volume testiculaire : 20 à 25 ml (longueur testiculaire > 4,5 cm)
Pilosité pubienne (P)	
P1	Absence de pilosité
P2	Quelques poils sur le pubis
P3	Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse
P4	Pilosité pubienne triangulaire n'atteignant pas la racine des cuisses
P5	Aspect adulte (triangulaire chez la femme, losangique chez l'homme s'étendant à la racine des cuisses)

Annexe 4. Données épidémiologiques

ALD F.64 – 2013-2020 – Tugaye A. et al., extrait de l'article de la revue Santé Publique, vol n°34 hors-série n°2 de 2022 (11)

Tableau I : Prévalence des personnes en affection de longue durée « Troubles de l'identité sexuelle » (ALD F64)

Année	Nombre de personnes en ALD F64 par année					Prévalence pour 100 000 personnes par classe d'âge				
	0-17 ans	18-35 ans	36-50 ans	> 50 ans	Total général	0-17 ans	18-35 ans	36-50 ans	> 50 ans	Total général
2013	8	459	292	140	899	0,06	3,32	2,36	0,68	1,50
2014	12	586	363	199	1160	0,09	4,23	2,93	0,95	1,92
2015	9	795	449	240	1493	0,07	5,71	3,63	1,12	2,45
2016	31	1111	560	338	2040	0,23	7,85	4,52	1,58	3,33
2017	75	1960	814	491	3340	0,56	13,81	6,52	2,24	5,39
2018	133	2954	1022	648	4757	1,00	20,93	8,15	2,90	7,63
2019	224	4438	1258	785	6705	1,69	31,85	10,10	3,46	10,75
2020	294	6148	1519	991	8952	2,20	42,11	12,11	4,30	14,09
Ratio 2020 vs 2013	36,75	13,39	5,20	7,08	9,96	36,13	12,69	5,13	6,32	9,39

Sources : bases administratives DCIR (datamart de consommation inter-régimes) et médicales PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) de remboursement de l'assurance maladie.

Tableau III : Incidence des personnes en affection de longue durée « Troubles de l'identité sexuelle » (ALD F64) par type de transition et par âge

Année	0-17 ans		18-35 ans		36-50 ans		> 50 ans		Total	
	MtF	FtM	MtF	FtM	MtF	FtM	MtF	FtM	MtF	FtM
2014	0,07	0,02	1,68	1,47	1,25	0,42	0,45	0,12	0,82	0,46
2015	0,03	0,03	2,87	1,82	1,62	0,57	0,36	0,14	1,13	0,58
2016	0,18	0,22	3,96	3,00	1,87	0,85	0,69	0,25	1,59	0,98
2017	0,25	0,87	8,06	7,30	3,36	1,53	1,08	0,37	2,99	2,25
2018	0,45	1,00	9,59	9,81	3,00	1,85	0,98	0,61	3,27	2,96
2019	0,87	1,79	14,35	15,21	3,91	1,97	0,99	0,63	4,63	4,29
2020	0,79	2,04	17,38	16,59	4,24	2,10	1,56	0,70	5,67	4,79

Sources : bases administratives DCIR (datamart de consommation inter-régimes) et médicales PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) de remboursement de l'assurance maladie.

MtF : male-to-female ; FtM : female-to-male.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Transidentité : prise en charge de l'adulte. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3636735/fr/transidentite-prise-en-charge-de-l-adulte
2. Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme l'antisémitisme et la haine anti-LGBT. Fiche pratique sur le respect des droits des personnes trans. Paris: DILCRAH; 2019.
https://www.info.gouv.fr/upload/media/organization/0001/01/sites/default/files/contenu_piecedjointe_2019_11_fiche_respect_des_droits_trans_dilcrah.pdf
3. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. CIM-10 FR à usage PMSI 10e révision, France. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. : ATIH; 2021.
<https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3963/cim-10fr-2021.pdf>
4. Organisation mondiale de la santé. CIM-11 Classification Internationale des Maladies. Onzième Révision. La norme internationale pour l'évaluation de l'état de santé [En ligne] 2018.
<https://icd.who.int/fr>
5. American Psychiatric Association. DSM-5-TR™ Update supplement to diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision. Washington: APA; 2022.
<https://www.psychiatry.org/getmedia/304e9a98-ca5c-4e04-97d7-30b4756705eb/APA-DSM5TR-Update-September-2022.pdf>
6. American Psychiatric Association, Crocq MA, Gueli JD. DSM-5® Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
7. Jesuran-Perelroizen M, Puel O, Cammas B. La puberté. Définition. Pédiatre Cah FMC 2019;(295):1-16.
8. Picard H, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Remis à monsieur Olivier Véran, ministre des Affaires sociales et de la Santé. Paris: Ministère des solidarités et de la santé ; 2022.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_personnes_trans_2022.pdf
9. Irwig MS. Detransition among transgender and gender-diverse people-an increasing and increasingly complex phenomenon. J Clin Endocrinol Metab 2022;107(10):e4261-e2.
<https://dx.doi.org/10.1210/clinem/dgac356>
10. Ross MacKinnon K, Exposito-Campos P, Lam JSH, Anderson V, Khatchadourian K. Understanding and caring for adolescents and young adults who are considering or pursuing a detransition process. . Pediatr Ann 2025;54(10):e361-e6.
<https://dx.doi.org/10.3928/19382359-20250828-06>
11. Tugaye A, Ernoult E, Vitu V, Schramm S. Évolution de la prévalence et de l'incidence de la dysphorie de genre en France depuis 2013 à partir des bases médico-administratives. Sante Publique 2022;34:145-50.
<https://dx.doi.org/10.3917/spub.hs2.0007>
12. Thompson L, Sarovic D, Wilson P, Samfjord A, Gillberg C. A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 1) Epidemiology. PLOS Glob Public Health 2022;2(3):e0000245.
<https://dx.doi.org/10.1371/journal.pgph.0000245>
13. Ndeikoundam N, Mercier A. Dépistage, prévention et traitement du VIH et des infections sexuellement transmissibles : enjeux et déterminants. BEH 2025;(19-20):351-403.
14. ONUSIDA. Le VIH et les personnes transgenres et de diverses identités de genre. La série de fiches d'information sur les droits humains. Genève: UNAIDS; 2021.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/04-hiv-human-rights-factsheet-transgender-gender-diverse_fr.pdf
15. Centers for Disease Control and Prevention. Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2019. HIV surveillance report Vol 32. Atlanta: CDC; 2021.
<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/149036>
16. Strang JF, Meagher H, Kenworthy L, de Vries ALC, Menvielle E, Leibowitz S, *et al.* Initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol 2018;47(1):105-15.
<https://dx.doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462>
17. Mendes N, Lagrange C, Condat A. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2016;64(4):240-54.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.04.003>
18. Cass H. Independent review of gender identity services for children and young people: Final report. London: NHS; 2024.
https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20250310144409mp_/https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2024/04/CassReview_Final.pdf
19. Brezin F, Busiah K, Leroy C, Fiot E, Bensignor C, Amouroux C, *et al.* Endocrine management of transgender adolescents: Expert consensus of the french society of pediatric endocrinology and diabetology working group. Arch Pediatr 2024.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2024.08.003>
20. Kerr JA, Paine J, Thrower E, Hoq M, Mollica C, Sawyer SM, *et al.* Prevalence of eating disorder symptoms in transgender and gender diverse adolescents presenting for gender-affirming care. J Adolesc Health 2024;74(4):850-3.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.11.396>

21. Velter A, Dumond D. Encore trop peu d'études françaises rendent compte de la transphobie et de ses conséquences en santé publique. BEH 2021;(6-7):128-9.
22. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, *et al.* Global health burden and needs of transgender populations: a review. Lancet 2016;388(10042):412-36.
[https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
23. Surace T, Fusar-Poli L, Vozza L, Cavone V, Arcidiacono C, Mammano R, *et al.* Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry 2021;30(8):1147-61.
<https://dx.doi.org/10.1007/s00787-020-01508-5>
24. National Board of Health and Welfare. The evolution of the diagnosis of gender dysphoria. Prevalence, co-occurring psychiatric diagnoses and mortality from suicide. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
<https://www.transgendertrend.com/wp-content/uploads/2020/11/English-NBHW-report-002.pdf>
25. Haute Autorité de Santé. DECAPEPTYL LP 3 mg (triptoréline), analogue de la GnRH. Commission de la transparence, avis du 19 septembre 2018. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2872668/fr/decapeptyl-lp-3-mg-triptoreline-analogue-de-la-gnrh
26. Royal College of Psychiatrists. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria. College Report CR181 October 2013. London: RCP; 2023.
<https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/cr181-good-practice-guidelines-for-the-assessment-and-treatment-of-adults-with-gender-dysphoria.pdf>
27. American Society of Plastic Surgeons. Position statement on gender surgery for children and adolescents. Arlington Heights: ASPS; 2026.
<https://www.plasticsurgery.org/documents/health-policy/positions/2026-gender-surgery-children-adolescents.pdf>
28. Dolotina B, Daniolos PT. Dynamic gender identities and expressions: detransition and affirming non-linear gender pathways among transgender and gender diverse youth. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2023;32(4):803-13.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2023.05.002>
29. Feigerlova E. Prevalence of detransition in persons seeking gender-affirming hormonal treatments: a systematic review. J Sex Med 2025;22(2):356-68.
<https://dx.doi.org/10.1093/jsxmed/qdae186>
30. Haute Autorité de Santé. Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode "Recommandations par consensus formalisé (RCF)". Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_272505/fr/recommandations-par-consensus-formalise-rcf

