

Chapitre 4

Abord de la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents LGBT

Nicolas Mendes, Fanny Poirier, Agnès Condat

Plan du chapitre

Introduction

Santé sexuelle à l'adolescence

Vulnérabilité des jeunes LGBT

Santé sexuelle des jeunes LGBT

Conclusion

Introduction

L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, les sciences et la culture (UNESCO) milite en faveur d'une éducation complète à la sexualité, prônant entre autres les relations interpersonnelles, les valeurs, les droits, l'égalité des genres comme participant à la prévention des violences. La santé sexuelle et reproductive, sans l'exclure, ne se résume pas à la simple transmission d'informations; elle concerne aussi la sensibilisation aux enjeux qui y sont liés, tels que la qualité des relations interpersonnelles et l'exploration des aspects émotionnels et affectifs.

De plus, depuis 2001, en supplément de l'éducation à la sexualité intégrée à un ensemble d'enseignements (notamment la biologie et la vie scolaire) [1], trois séances annuelles d'information d'éducation à la sexualité sont attendues dans les collèges et les lycées, comme cela est inscrit dans l'article L. 312-16 du Code de l'éducation; la mise en œuvre en est précisée dans la circulaire

n° 2018-111 du 12 septembre 2018, relative à l'éducation à la sexualité.

Dans les faits, les enjeux en termes de santé sexuelle et reproductive restent délicats en France auprès des enfants, mais également auprès des adolescents, et cette règle reste encore trop rarement appliquée. En ce sens, en 2016, dans le cadre d'un rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE), 25 % des écoles répondantes déclaraient ainsi n'avoir mis en place aucune action ou séance en matière d'éducation à la sexualité en dépit de leur obligation légale [2].

Au-delà du seul appui de l'Éducation nationale, la sensibilité en santé sexuelle ne concerne pas uniquement les professionnels de santé spécifiquement sexologues. En réalité, l'apport d'une information en santé sexuelle et reproductive est possible par tout professionnel qui, selon sa fonction et son cadre d'intervention, est en mesure de transmettre une information claire et compréhensible en sensibilisant aux risques et aux ressources accessibles afin de permettre un épanouissement individuel optimal, de réduire les comportements à risque et de limiter les violences qui peuvent être rencontrées, tout particulièrement par les mineurs minorisés sur le plan de l'identité de genre et/ou de l'orientation sexuelle.

Par cette brève introduction aux enjeux de santé sexuelle et reproductive chez les adolescents LGBT, on essaiera de rendre compte de l'importance

de repenser la diversité des thèmes abordés dans le cadre de campagnes d'éducation sexuelle et reproductive ainsi que dans le cadre de suivis individuels auprès de professionnels de santé, ainsi que leur inclusivité en regard de la pluralité des interlocuteurs.

Santé sexuelle à l'adolescence

D'après le baromètre santé de 2016 [3], l'âge médian du premier rapport sexuel (à savoir l'âge auquel la moitié de la population a déjà eu un premier rapport sexuel) n'a pas évolué depuis les années 1980. Il est de 17 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles [4]. Les années 1960-1970 ont permis une dissociation entre le début de la vie sexuelle et le début de la vie conjugale, grâce aux évolutions en termes de moyens contraceptifs, notamment par les avancées pharmacologiques (la pilule contraceptive). Progressivement, il est devenu plus acceptable socialement d'envisager une sexualité en dehors du cadre marital.

Concernant les enjeux épidémiologiques des risques d'infections sexuellement transmissibles (IST), le dossier du Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes (CRIPS) distingue les risques non spécifiques à une population jeune donnée (chlamydias ou *human papillomavirus* [HPV]) des populations qui présentent une prévalence plus forte (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes [HSH], situations de précarité, migrants, travailleurs du sexe, etc.). Il est à souligner que l'infection de la sphère anogénitale par le HPV est la plupart du temps contractée dans les 5 ans qui suivent le premier rapport sexuel, et dans 40 % des cas dans les 2 ans [4]. Depuis la mise sur le marché du vaccin contre le HPV, la couverture vaccinale n'a jamais dépassé les 30 %. Les recommandations pour cette vaccination se portent sur les jeunes filles et les jeunes garçons (cisgenres) de 11 à 14 ans (pouvant aller jusqu'à 19 ans). Les recommandations pour la population masculine concernent aussi les HSH jusqu'à 26 ans afin de réduire les risques de condylomes, de lésions

précancéreuses et de cancers anaux. Cependant, l'information et la sensibilisation à l'ouverture de ce vaccin aux jeunes assignés garçons ne semblent pas aller de soi, et beaucoup se trouvent encore non informés de l'intérêt d'une vaccination non exclusive aux filles.

La Stratégie nationale de Santé sexuelle préconise, comme cela est opéré dans plusieurs autres pays européens voisins, d'ouvrir la campagne de sensibilisation à tous sans distinction de genre de 11 à 13 ans [5]. En ce sens, la question reste ouverte de l'intérêt d'une distinction fondée sur le genre (d'assignation à la naissance) dans les recommandations de prévention. Ces dernières semblent d'ailleurs faire l'impasse sur la réalité des minorités, parfois moins bien informées, et a fortiori des minorités mineures. Pourtant, comparativement aux mineurs cisgenres hétérosexuels, les mineurs minorisés vis-à-vis de leur identité de genre et/ou de leur orientation sexuelle seraient plus sujets à avoir des expériences sexuelles avant l'âge de 13 ans [6] et près d'un tiers aurait un historique d'IST [7]. Parmi eux, les adolescentes transféminines seraient particulièrement à risque de contracter le HPV ou une maladie sexuellement transmissible [6, 7], arguant de la nécessité de permettre une prévention le plus tôt possible en décrochant l'éducation sexuelle de la seule question de la biologie de la reproduction.

Concernant la contraception chez les 15-19 ans, le schéma contraceptif a peu évolué, avec cependant le début du recours à l'implant contraceptif. Il est aussi à relever une augmentation de l'emploi du préservatif [4]. Pour les jeunes mineurs, la nécessité de se tourner vers un détenteur de l'autorité parentale peut constituer une difficulté spécifique, voire une entrave à l'accès aux soins utiles selon la situation spécifique. En ce sens, pour un nombre limité d'actes médicaux, il n'est pas nécessaire pour un(e) adolescent(e) d'exiger le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale, le législateur ayant introduit un droit au secret ou à l'anonymat pour les personnes mineures. Les actes concernés sont l'accès à la contraception, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), à la prise en soin des usagers de substance psychoactives, ainsi que les dépistages (et les traitements) des IST.

Enfin, la question de l'adaptabilité des interventions (lorsqu'elles ont lieu) en milieu scolaire sur l'intégration de l'ensemble des orientations sexuelles et des identités de genre reste peu évidente. Ce point apparaît lui aussi comme nécessitant encore des améliorations. Lorsque l'on s'intéresse à la recherche de ressources – bien qu'il soit important de souligner une amélioration dans les productions –, on constate qu'il reste encore beaucoup de travail à réaliser pour parvenir à une intégration satisfaisante de l'ensemble des différences LGBT. Il en va de même concernant la question de la transmission d'un discours adapté à la situation interindividuelle du jeune, de ses dispositions cognitivo-affectives, de la variété des profils neuro-atypiques, des maladies chroniques, des handicaps, et d'autres besoins spécifiques.

Les approches en santé sexuelle peuvent se faire en intégrant trois domaines permettant l'intégration du message qui souhaite être transmis : cognitif (relevant du registre de l'information), affectif (incluant la dimension des sentiments, des valeurs et des attitudes) et comportemental (portant sur la communication, la prise de décision et autres compétences). L'ensemble de ces trois domaines sont à considérer dans le cadre de toute intervention, ou interaction, portant sur le domaine de la santé sexuelle auprès des jeunes [8]. Une étude auprès de 300 élèves âgés de 12 à 18 ans dans les écoles néerlandaises montre que les jeunes désirent une éducation en santé sexuelle plus approfondie durant leur scolarité. Il s'agit d'aller au-delà des fonctions biologiques, des maladies sexuellement transmissibles et de la reproduction afin d'appréhender les enjeux des rencontres, la réalité des échanges virtuels en ligne, le plaisir et les relations sexuelles [9].

La santé sexuelle et reproductive va en effet bien au-delà de la simple éducation sur la physiologie ou l'anatomie des appareils génitaux externes et internes relatives à la biologie de la reproduction. Aussi, les interventions en santé sexuelle devraient intégrer : le bien-être du développement sexuel ; l'identité de genre, sexuée et sexuelle ; les relations interpersonnelles ; l'affection ; le développement de la sexualité ; l'intimité et l'image corporelle pour tous les adolescents [8]. De plus, si la plupart des jeunes en France présentent une vie sexuelle

satisfaisante, les interventions en santé sexuelle devraient davantage évoquer les difficultés qui peuvent être rencontrées en matière de sexualité (par exemple problèmes relatifs à l'orgasme, douleurs durant des rapports sexuels, manque ou absence de désir sexuel ou de plaisir sexuel) [10].

Vulnérabilité des jeunes LGBT

Mis à part l'âge des interlocuteurs, il peut s'avérer difficile d'apporter une information audible pour tous et qui satisfasse les besoins de chacun. En ce sens, une personne dont l'identité de genre et l'orientation sexuelle ne renvoient pas au modèle majoritaire – cisnormé et hétérosexuel – ne présente pas tout à fait les mêmes questions, les mêmes difficultés, ni les mêmes besoins qu'une personne dont l'identité de genre et/ou l'orientation sexuelle relève du modèle majoritaire.

Par exemple, une étude menée aux États-Unis auprès d'une population mineure entre 13 et 18 ans a montré que les adolescents LGBT seraient plus sujets à des situations de harcèlement sexuel, en face à face et en ligne. En effet, si 23 % des participants masculins cisgenres hétérosexuels rapportent une expérience de harcèlement sexuel ; les chiffres sont tout autres au sein de la population LGBT avec : 66 % des adolescentes cisgenres bisexuelles ; 66 % des adolescents cisgenres gays/*queer* ; 72 % des adolescentes cisgenres lesbiennes/*queer* ; et 81 % des adolescents transgenres [11]. Pour les chercheurs, il est clair que le soutien social et le degré d'estime de soi jouent un rôle central dans la confrontation à des expériences de ce type. Aussi, ils enjoignent à considérer, en complément de programmes de prévention en matière de harcèlement sexuel, des programmes de soutien psychoaffectif afin de limiter le risque de faire face à ce type de situations en soutenant l'estime de soi et l'équilibre émotionnel, et d'en limiter l'impact si cela se produisait, des réseaux de soins adaptés devant être proposés le cas échéant.

De plus, si la population LGBT comporte aussi bien des personnes minorisées sur le plan de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle, dans un certain nombre de cas, ces deux réalités s'articulent

chez une même personne et peuvent constituer un enjeu supplémentaire pour penser ses besoins spécifiques. Chez les personnes transmasculines qui ont des rapports sexuels avec des hommes cisgenres, des enjeux spécifiques sont retrouvés qui les distinguent des hommes cisgenres qui ont des rapports sexuels avec des hommes cisgenres. Au-delà des seules «non-affirmations de genre» que les premières rencontrent fréquemment avec leurs partenaires masculins cisgenres (concernant 78 % des participants transgenres au cours des six derniers mois précédant l'enquête) [12], elles tendent moins que les personnes cismasculines à avoir des rapports sexuels sans préservatif et à se faire dépister en regard des IST. Elles font aussi davantage face à des discriminations dans le milieu médical, ce qui peut affecter leur motivation à consulter un professionnel de santé dans le cas où elles en auraient besoin [13]. Il est donc nécessaire de prendre en compte leur vécu spécifique dans le cadre de la formation des professionnels de santé, tout particulièrement en matière de dépistage des IST. Le retour sur expérience d'un programme expérimental de prévention des IST auprès des personnes transmasculines qui ont des rapports sexuels avec des hommes cisgenres a notamment montré des améliorations notables sur le plan de la santé mentale, de la «stigmatisation internalisée» et de l'adoption de comportements à risque [14].

Au travers de ces points spécifiques concrets relatifs à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes adultes minorisés, on voit bien comme il est important de prendre en compte les enjeux sociaux et culturels qui se posent pour une personne dont l'identité de genre et/ou l'orientation sexuelle ne relève pas du modèle majoritaire. Il ne fait en effet pas bon vivre en étant différent, mais ce n'est pas tant un caractère constitutif de la personne minoritaire qui est en jeu que le regard social porté sur sa différence, et c'est précisément ce dernier qui peut le plus impacter la santé mentale d'une personne minoritaire [15].

En ce sens, une méta-analyse de 2011 a montré que la population LGBT présente nettement plus de symptômes suicidaires et de dépression que les jeunes hétérosexuels et cisgenres [16]. Plus précisément, selon le Panorama de la société 2019, les indicateurs sociaux de l'OCDE montrent qu'il y a

deux fois plus d'épisodes dépressifs caractérisés et trois fois plus de tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois chez les personnes lesbiennes, gays et bisexuelles que chez les personnes cisgenres hétérosexuelles. Plus de la moitié (56 %) des personnes transgenres interrogées via les réseaux sociaux en 2014 déclarent avoir fait une dépression suite à des actes transphobes, et 18 % une tentative de suicide. Si la santé globale des jeunes adolescents (entre 14 et 17 ans) trans ou de genre non conforme apparaît de moins bonne qualité que celle des adolescents cisgenres, même lorsqu'ils bénéficient d'un suivi médical, une étude a mis en lumière la disparité des suivis médicaux des personnes LGBT selon le climat social et politique [17]. Ainsi, la santé mentale des adolescents et jeunes adultes minoritaires sur le plan de l'identité de genre et/ou de l'orientation sexuelle apparaît mieux vécue dans le contexte médico-psychologique d'Amsterdam que dans d'autres contextes médico-psychologiques européens ou américains [7, 17, 18]. L'enjeu est de taille dans la mesure où on a pu retrouver un mieux-être notable chez les personnes qui souhaitent effectuer des démarches de transition médico-psychologiques suite à une consultation où elles se sentent accueillies et entendues, et au fil du suivi, avec une baisse de 81 % à 39 % des idées suicidaires, une baisse de 16 % à 4 % des tentatives de suicide et une baisse de 52 % à 18 % des gestes auto-agressifs [18].

La LGBT-phobie présente dans l'environnement, ordinaire ou patente, mais aussi et surtout la LGBT-phobie internalisée constituent un enjeu majeur pour penser une information en santé sexuelle de qualité, loin des présupposés cisnormés et hétéronormés qui ne bénéficient ni aux adolescents ordinaires, ni aux adolescents LGBT. La non-acceptation par la sphère familiale de l'identité de genre et/ou de l'orientation sexuelle alternative contribue aussi à altérer l'état de santé mentale des minorités de genre et/ou d'orientation sexuelle mineures [19]. Cela peut pousser à adopter des manières d'être stratégiques en fonction de l'interlocuteur, de son degré de connaissance d'intimité avec la personne et de l'enjeu d'un *coming-out* dans ce contexte relationnel [20]. L'importance d'un soutien qui

permette d'explorer ses questionnements dans un espace sécurisé peut pousser à se tourner vers des pairs [21, 22] ou des interlocuteurs plus neutres. L'infirmière scolaire, comme d'autres professionnels de santé, peut constituer une ressource privilégiée en termes d'information et de prévention des risques en santé globale [23], et ce d'autant que, chez certains jeunes LGBT qui présentent des co-occurrences, les programmes de prévention en santé sexuelle et reproductive peuvent s'avérer limitants ou absents. Une étude relève par exemple que, chez les jeunes qui sont sur le spectre de l'autisme, 40 % ne recevraient pas d'éducation sexuelle à l'école ou dans la communauté [24]. Pour autant, deux tiers des personnes adultes autistes auraient une vie sexuelle active [25], d'où la nécessité de mieux comprendre les enjeux qui se posent pour cette population spécifique afin d'apporter une information adaptée.

Santé sexuelle des jeunes LGBT

Il est important d'ouvrir et d'adapter autant que possible les différents types d'intervention, dans le cadre de groupes, mais également dans le cadre d'entretiens individuels, et de ne pas présupposer de l'identité de genre ou de l'orientation sexuelle des personnes. En ce sens, partir du principe d'une hétéro-cis normativité présente le risque de passer à côté des personnes pouvant être concernées par les interventions autour des préventions LGBT.

La question de l'orientation sexuelle est en effet peu abordée en consultation de médecine générale : 49 % des lesbiennes et 40 % des homosexuels masculins n'ont jamais parlé de leur orientation sexuelle à leur médecin. De même, une personne sur quatre déclarerait avoir renoncé à voir un médecin au cours des 12 derniers mois de crainte d'être discriminée du fait de sa « transsexualité » [19]. Et parmi les personnes transgenres qui sont suivies par un(e) professionnel(le) de santé, près d'une sur deux ne mentionnerait pas ce sujet pour la même raison, affectant grandement l'intérêt de la prise en charge, dans la mesure où seulement 25 % de ces personnes déclarent se sentir satisfaites

de l'aide médico-psychologique apportée sur le plan de leur santé sexuelle [26]. Cette difficulté dans la communication ne permet pas de prendre en compte les besoins spécifiques des personnes LGBT, par exemple en termes de dépistage ou de vaccination. La nécessité semble donc être de permettre aux personnes minorisées un accès en santé sexuelle et reproductive qui ne soit pas empêché par les difficultés des personnes (professionnelles, de l'entourage amical et familial) à savoir comment aborder ces questions. Outre la LGBT-phobie présente dans l'environnement et la LGBT-phobie intériorisée, il peut en effet y avoir des difficultés pour l'environnement à savoir comment aborder ces questions.

Aux États-Unis, des organisations d'élèves d'auto-support (collège et lycée) semblent permettre des espaces sécurisés pour les minorités sexuelles et de genre. Ces initiatives offrent un espace aux jeunes LGBT et aux alliés (hétérosexuels cisgenres) pour accéder à un soutien et à des opportunités pour lutter contre les discriminations. Lorsque ces initiatives sont proposées, il a été retrouvé des niveaux plus faibles de symptômes dépressifs, un risque plus faible de tentatives de suicide et un risque plus faible de consommation de substances que chez les jeunes des écoles sans ce type d'organisation [27].

L'amélioration de l'éducation en santé sexuelle et reproductive en milieu scolaire apparaît comme un enjeu majeur, de surcroît au regard de la place importante que tient le temps scolaire pour les jeunes [28]. Le ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports propose des ressources numériques importantes via le site eduscol qui constituent des points d'appui pour construire différents types d'interventions auprès des jeunes, quel que soit leur âge.

Outre la sphère scolaire, il est nécessaire d'accompagner la jeune personne trans et son environnement sur « comment » aborder les questions de sexualité et de reproduction, en considérant d'autant plus l'évolution des mentalités et les possibilités d'aide médico-psychologique dans ce domaine [29]. Les parents constituent des acteurs privilégiés dans la prévention en santé sexuelle, mais ces derniers peuvent aussi se trouver en difficulté au regard de la situation spécifique de leur

enfant LGBT. Les difficultés peuvent se situer du côté de la prévention, avec des parents qui s'interrogent sur la façon de parler à leur enfant en termes de prévention des IST, notamment s'ils possèdent peu d'informations de ce registre et s'ils ont construit leur système de prévention uniquement sur le modèle hétéro-cis. À cela s'ajoute la dimension de la prévention des violences sexuelles et sexistes. Cela peut apparaître autour de questionnements élémentaires, mais face auxquels le parent peut se retrouver seul, sans réponse, que l'enfant ait une orientation non hétérosexuelle ou une identité de genre non-cis. Le parent peut donc se retrouver dans la nécessité de construire de nouveaux repères. Voici l'exemple du questionnement d'une mère : « *Comment aborder avec mon fils trans de 10 ans qu'il y a des choses à prendre en compte quand il va à une pyjama-party avec six autres copains qui sont des garçons cisgenre ?* ». Les familles ont besoin de pouvoir trouver des ressources et/ou d'un accompagnement adapté afin de se sentir en capacité d'instaurer des échanges et des conversations simples et saines sur la sexualité avec leurs enfants [30].

Les questions en termes de santé reproductive viennent souvent s'ajouter dans cette période de vie, notamment pour les jeunes trans qui s'engagent dans un parcours de transition médicale de genre. Comment aborder les questions de préservation de la fertilité sans paraître intrusif, ou sans venir anticiper des questions non encore présentes à l'esprit du jeune ? Pour les adolescents, lorsque la question préservation de la fertilité se pose, la rencontre avec un professionnel de santé peut constituer le déclencheur pour que le jeune et ses parents échangent à ce sujet [31]. Toutefois, il peut être difficile pour un jeune de parvenir à être en confiance pour parler de son intimité. En ce sens, il est important de montrer un respect et une autorisation à la pudeur autour des questions de sexualité vis-à-vis des jeunes trans qui peuvent être exposés ailleurs à des questions et remarques intrusives.

Sur les aspects de contraception, il est important de considérer une information adaptée à chaque situation interindividuelle, dans la mesure où il est fréquent de penser que la mise sous hormone induit *de facto* une certaine infertilité. Le traite-

ment par agonistes de la gonadolibérine (GnRHa, suspendant la puberté afin de permettre à un jeune de poursuivre l'exploration de son genre) ne peut pas être considéré comme un contraceptif valable ni pour les filles trans (des études mettant en avant que la suppression de la spermatogenèse n'est pas complète), ni pour les garçons trans (des fluctuations des taux d'oestrogènes et une ovulation discontinue ont pu être signalées) [32]. Par ailleurs, bien que le risque d'impact pour la fertilité par les hormones sexuelles soit répertorié [33, 34], cela n'est pas le cas avec les bloqueurs de puberté (GnRHa). Les GnRHa n'ont pas d'effet stérilisant suite à leur arrêt. Cependant, s'ils sont suivis d'une transition hormonale, les gamètes du sexe biologique ne seront pas arrivés à maturité avant le traitement médical, ce qui change les possibilités en termes de techniques de préservation de fertilité dans le cas où la personne souhaiterait ne jamais devenir pubère dans son genre d'assignation à la naissance, ce qui peut donc représenter une perte de chance. Concernant la testostérone, elle ne peut pas à elle seule garantir une contraception complète. Les études sont trop peu nombreuses sur les modalités contraceptives des œstrogènes [32, 35].

Peu de données nous sont rapportées sur la vie sexuelle des jeunes personnes transgenres. Des données d'une étude néerlandaise auprès de jeunes (âge moyen de 14 ans) avant l'engagement dans un parcours de transition médicale de genre rapportent la présence de relations sexuelles à hauteur de 5 %, et parmi la tranche d'âge 15-17 ans, les adolescents transgenres présentent moins d'expérience sexuelle (avec ou sans coït) que les jeunes de la population générale néerlandaise [36]. Parmi celles et ceux sexuellement actifs, 50 % ont précisé éviter l'implication des organes génitaux dans les rapports [36].

Extrêmement peu d'études portent sur les violences sexuelles et sexistes envers les personnes trans. Certaines recherches démontrent que les jeunes transgenres et non conformes au genre peuvent être victimes de violences à des niveaux similaires à ceux des femmes hétérosexuelles cisgenres ; cependant, l'impasse est faite sur les spécificités de cette population. Les participants trans d'une étude effectuée dans 14 villes différentes aux États-Unis rapportent à hauteur de 45 % des

antécédents de violence avec un partenaire; de plus, la présence de symptomatologie dépressive est liée à presque 8 fois plus de risque de déclarer ce type de violences [37].

Des supports d'informations simples à diffuser à la fois aux professionnels et aux personnes trans (adaptés à l'âge) seraient d'une grande aide. Des initiatives existent de la part de plusieurs associations LGBT. Il serait intéressant de décliner d'autres supports davantage adaptés à l'âge et pouvant être utilisés par les personnes concernées, mais aussi par l'entourage, comme les parents, afin de les aider à fluidifier les échanges avec leurs enfants. Des supports seraient aussi très utiles en santé reproductive. Des livrets existent pour les personnes cis, mais il n'y a aucun support pour les personnes trans. Un *flyer* a été réalisé, mais pour une information globale et généraliste sur les techniques de préservation de fertilité (disponible via le site de la fédération des CECOS ou Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains).

Conclusion

La population LGBT mineure a des questions, traverse des difficultés et présente des besoins spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive qui nécessitent de repenser l'information apportée dans le cadre de la scolarité ou d'accompagnements médico-psychologiques, en révisant son exhaustivité en termes de sujets abordés ainsi que son inclusivité en termes de publics.

Références

1. Stratégie nationale de santé sexuelle: agenda 2017-2030. Réseau régional d'appui à la prévention et à la promotion de la santé. <https://www.rapps-bfc.org/publications/strategie-nationale-de-sante-sexuelle-agenda-2017-2030>.
2. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité: répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes - Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hce/article/rapport-relatif-a-l-education-a-la>.
3. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de->

[sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-genre-et-sexualite](https://www.santepubliquefrance.fr/sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-genre-et-sexualite).

4. Les publications du CRIPS Sud. La santé sexuelle des jeunes: état des lieux.
5. Haute Autorité de Santé. La HAS recommande de vacciner aussi les garçons contre les papillomavirus. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3135747/fr/la-has-recommande-de-vacciner-aussi-les-garcons-contre-les-papillomavirus.
6. Agwu A. Sexuality, sexual health, and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *Top Antivir Med* 2020;28(2):459.
7. Reisner SL, Jadwin-Cakmak L, Sava L, et al. Situated vulnerabilities, sexual risk, and sexually transmitted infections' diagnoses in a sample of transgender youth in the United States. *AIDS Patient Care STDS* 2019;33(3):120-30.
8. Breuner CC, Mattson G. Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics* 2016;138(2).
9. Cense M, de Grauw S, Vermeulen M. "Sex Is Not Just about Ovaries". Youth participatory research on sexuality education in The Netherlands. *Int J Environ. Public Health* 2020;17(22):1-15.
10. Moreau C, Kågesten AE, Blum RW. Sexual dysfunction among youth : an overlooked sexual health concern. *BMC Public Health* 2016;16(1):1-10.
11. Mitchell KJ, Ybarra ML, Korchmaros JD. Sexual harassment among adolescents of different sexual orientations and gender identities. *Child Abuse Neglect* 2014;38(2):280-95.
12. Reisner SL, Moore CS, Asquith A, et al. Gender non-affirmation from cisgender male partners : development and validation of a brief stigma scale for HIV research with transgender men who have sex with men (trans MSM). *AIDS Behav* 2019;24(1):331-43.
13. Ferlatte O, Panwala V, Rich AJ, et al. Identifying health differences between transgender and cisgender gay, bisexual and other men who have sex with men using a community-based approach. *J Sex Res* 2020;57(8):1005-13.
14. Reisner SL, Hughto JMW, Pardee DJ, et al. LifeSkills for Men (LS4M) : pilot evaluation of a gender-affirmative HIV and STI prevention intervention for young adult transgender men who have sex with men. *J Urban Health* 2016;93(1):189.
15. Poirier F, Rosenblum O. Transidentité et adolescence, double violence? *Adolescence* 2019;2(2):371-83.
16. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth : a meta-analytic review. *J Adolesc Health* 2011;49(2):115-23.
17. de Graaf NM, Cohen-Kettenis PT, Carmichael P, et al. Psychological functioning in adolescents referred to specialist gender identity clinics across Europe : a clinical comparison study between four clinics. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27(7):909-19.

18. Kuper LE, Stewart S, Preston S, et al. Body dissatisfaction and mental health outcomes of youth on gender-affirming hormone therapy. *Pediatrics* 2020;145(4).
19. Panorama de la société 2019. Les indicateurs sociaux de l'OCDE. 29 juillet 2019. <https://www.oecd.org/fr/social/panorama-de-la-societe-19991304.htm>.
20. Brumbaugh-Johnson SM, Hull KE. Coming-out as transgender : navigating the social implications of a transgender identity. *J Homosex* 2019;66(8):1148-77.
21. Budge SL, Rossman HK, Howard KAS. Coping and psychological distress among genderqueer individuals : the moderating effect of social support. *J LGTB Couns* 2014;8(1):95-117.
22. Barr SM, Budge SL, Adelson JL. Transgender community belongingness as a mediator between strength of transgender identity and well-being. *J Couns Psychol* 2016;63(1):87-97.
23. Rider GN, McMorris BJ, Gower AL, et al. Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth : a population-based study. *Pediatrics* 2018;141(3).
24. Graham Holmes L, Shattuck PT, Nilssen AR, et al. Sexual and reproductive health service utilization and sexuality for teens on the autism spectrum. *J Dev Behav Pediatr* 2020;41(9):667-79.
25. Fernandes LC, Gillberg CI, Cederlund M, et al. Aspects of sexuality in adolescents and adults diagnosed with autism spectrum disorders in childhood. *J Autism Dev Disord* 2016;46(9):3155-65.
26. Fisher CB, Fried AL, Desmond M, et al. Perceived barriers to HIV prevention services for transgender youth. *LGBT Health* 2018;5(6):350.
27. Poteat VP, O'Brien MD, Rosenbach SB, et al. Depression, anxiety, and interest in mental health resources in school-based gender-sexuality alliances : implications for sexual and gender minority youth health promotion. *Prev Sci* 2021;22(2):237-46.
28. Johns MM, Poteat VP, Horn SS, Kosciw J. Strengthening our schools to promote resilience and health among LGBTQ youth : emerging evidence and research priorities from the state of LGBTQ youth health and Wellbeing symposium. *LGBT Health* 2019;6(4):146-55.
29. Condat A, Mendes N, Drouineaud V, et al. Biotechnologies that empower transgender persons to self-actualize as individuals, partners, spouses, and parents are defining new ways to conceive a child : psychological considerations and ethical issues. *Philos Ethics Humanit Med* 2018;13(1).
30. Zaleski N, Martin P, Messinger J. Given and chosen : youth-led research on family-supported conversations about sexuality. *Fam Community Health* 2015;38(1):131-40.
31. Mendes N, Chamouard L, Bennani Smires B, et al. Transidentité et préservation de gamètes : apports à la réflexion des parcours médicaux d'affirmation de genre chez les adolescents et jeunes adultes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* Published online January 6, 2022.
32. Mancini I, Alvisi S, Gava G, et al. Contraception across transgender. *Int J Impotenc Res* 2021;33(7):710-9.
33. Sermondade N, Benaloun E, Berthaut I, et al. Reproductive functions and fertility preservation in transgender women : a French case series. *Reprod Biomed Online* 2021;43(2):339-45.
34. Eustache F, Drouineaud V, Mendes N, et al. Fertility preservation and sperm donation in transgender individuals : The current situation within the French CECOS network. *Andrology* 2021;9(6):1790-8.
35. Krempasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F. Contraception across the transmasculine spectrum. *Am J Obstetr Gynecol* 2020; 222(2) : 134-43.
36. Bungener SL, Steensma TD, Cohen-Kettenis PT, de Vries ALC. Sexual and romantic experiences of transgender youth before gender-affirmative treatment. *Pediatrics* 2017;139(3):20162283.
37. Goldenberg T, Jadwin-Cakmak L, Harper GW. Intimate partner violence among transgender youth : associations with intrapersonal and structural factors. *Violence Gend* 2018;5(1):19-25.