

Grossesses chez un homme trans : suivi et accompagnement

Autor(en): **Jacot-Guillarmod, Martine / Rey, Jeanne**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **117 (2019)**

Heft 10

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949011>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Grossesse chez un homme trans: suivi et accompagnement

La grossesse chez un homme transgenre est tout à fait possible à condition d'interrompre un éventuel traitement hormonal. Jefferson M. a ainsi accouché au CHUV il y a quelques mois, après une grossesse suivie par Martine Jacot-Guillarmod, gynécologue-obstétricienne. Dans cet entretien croisé, ils évoquent leur vécu respectif de ce suivi et le rôle des professionnel·le·s de santé dans l'accompagnement des patients trans.

PROPOS RECUEILLIS PAR
JEANNE REY

Obstetrica: Dre Jacot-Guillarmod, le suivi de la grossesse et de l'accouchement de Monsieur M. était une première au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). D'ordinaire, dans quel cadre êtes-vous amenée à suivre régulièrement des patient·e·s transgenres?

Martine Jacot-Guillarmod: Une de mes activités principales est la gynécologie des adolescentes, une tranche d'âge à laquelle émergent des questionnements vis-à-vis du genre, et je vois de plus en plus d'adolescent·e·s trans. Concrètement, pour les jeunes filles qui vivent mal leur corps de fille, souvent le moment des règles fait effet de bombe ou de révélateur, et c'est par ce symptôme qu'elles arrivent à ma consultation. A la division interdisciplinaire pour la santé des adolescent·e·s, nous constatons depuis récemment que les patient·e·s sont touché·e·s de plus en plus fréquemment par ces thématiques.

Quel accompagnement leur est-il proposé?

Martine Jacot-Guillarmod: L'accompagnement doit être multidisciplinaire pour explorer les différents enjeux liés à la question trans et les évaluer du point de vue somatique, endocrinologique, psychologique, voire chirurgical. Les besoins et attentes de chaque patient·e doivent être pris en compte de manière individualisée. La communication entre les différents spécialistes est un point essentiel pour la cohérence de la prise en charge.

Que recouvrent les vécus et questionnements des patient·e·s trans?

Martine Jacot-Guillarmod: La difficulté première pour tout le monde est de sortir d'une vision binaire du genre et de la sexualité, homme *versus* femme: il existe en fait toute une palette d'identités et de sexualités. En tant que soignant·e·s, et dans la société en général, notre regard est complètement formaté en noir/blanc, carré/rond. Le vrai exercice pour moi n'est pas tant médical, mais requiert plutôt de s'interroger sur les représentations, vécus, identités propres à chaque patient·e, tout en gardant à l'esprit qu'il n'y a pas que deux options. Et j'ai des patient·e·s adolescent·e·s qui l'expriment très forte-

ment, davantage qu'il y a quelques années. Pour eux·elles la question n'est plus obligatoirement «Je ne me sens pas fille et je veux être reconnu en tant que garçon» mais «Je n'ai pas envie qu'on me mette une étiquette de genre», et le reconnaître permet parfois d'apaiser une souffrance très forte, présente depuis longtemps.

Monsieur M., vous êtes né dans un corps de fille. Comment avez-vous su que vous étiez trans?

Jefferson M.: Je m'en suis rendu compte il y a six ans. À l'époque, j'avais dix-neuf ans. Un jour, j'ai vu sur internet une vidéo d'un homme trans qui montrait ses photos avant/après la prise de testostérone; cela m'a beaucoup touché. Jusqu'alors, je ne connaissais pas vraiment la transidentité. Pour moi, une personne trans était une femme avec un pénis. J'en avais une vision peu joyeuse. Et de ce fait, je ne me sentais pas concerné.

Je fais partie des personnes qui ont la chance de ne pas avoir une dysphorie de

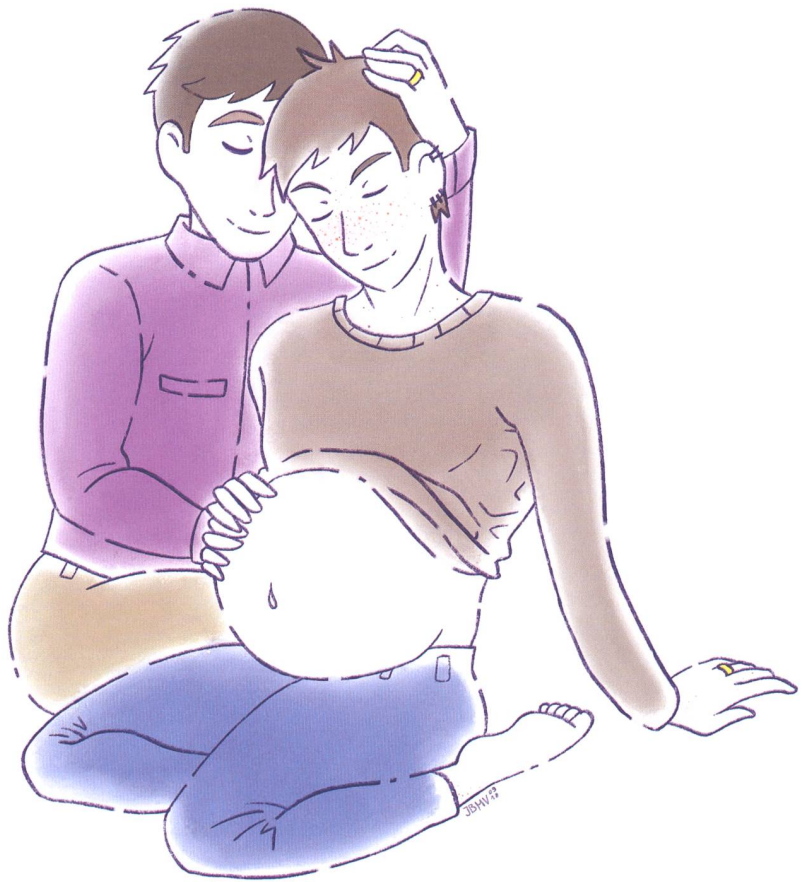
genre¹ trop importante. Je me considère comme un homme, mais je n'ai pas le besoin de faire toutes les opérations de transition. J'aime que la société me renvoie que je suis un homme; je veux être présenté et considéré comme tel, mais mon intimité me regarde.

Qu'est-ce qui vous a aidé dans votre transition?

Jefferson M.: Sans aucun doute le traitement hormonal. J'ai mué très vite, et dès le moment où les gens ont commencé à m'appeler «Monsieur» c'était très agréable. Cela peut être très difficile pour nous, lorsque nous sommes mégenré·e·s². La barbe, qui est venue plus tard, m'a également beaucoup aidé à me sentir mieux. Et pour finir, la mastectomie (ablation des seins) a été un

¹ La dysphorie de genre est le fait d'être en souffrance face à une inadéquation entre son sexe biologique et son identité de genre.

² Mégenrer signifie ne pas utiliser le genre correct (pronoms, accords d'adjectifs) pour parler d'une personne ou s'adresser à elle.



Jefferson M.

grand soulagement; jusqu'alors, le bandage de la poitrine était très désagréable.

Internet fut également d'une grande aide. Car cela permet d'obtenir des ressources que l'on ne trouve pas ailleurs. Par exemple, cela m'a permis de comprendre que l'attraction sexuelle et romantique n'est pas liée aux questions de genre, ce qui avait pu être un sujet de questionnement pour moi.

Quelle place avait votre désir d'enfant dans ce parcours?

Jefferson M.: J'ai toujours voulu avoir des enfants. De ce fait, je me suis demandé très rapidement dans ma transition s'il serait possible, pour moi, d'avoir les deux. À l'époque, il n'y avait presque pas de documentation sur ce sujet et il m'était impossible de trouver une réponse à cette interrogation. J'ai fait le choix de transitionner, quitte à ne plus pouvoir avoir d'enfant, car c'était plus important pour moi de vivre en étant bien dans ma peau plutôt que d'être papa. C'est par la suite que j'ai découvert que ce serait possible.

Comment avoir un enfant quand on est un homme trans est-il possible médicalement? Le traitement hormonal n'est-il pas un frein?

Martine Jacot-Guillarmod: Il y a une réversibilité du traitement de testostérone. On peut être très rassurant, par exemple auprès d'une jeune fille biologique qui commence un traitement hormonal de transition: tant que les organes génitaux sont maintenus, à l'arrêt du traitement hormonal on sait que la réversibilité est assez rapide et que le cycle reprend normalement.

La grossesse chez un homme transgenre pose-t-elle des questions particulières en matière de suivi médical?

Martine Jacot-Guillarmod: Du point de vue purement obstétrical, il n'y a aucune différence avec une grossesse classique: il n'y a pas de bilans hormonaux ou d'échographies supplémentaires à prévoir par crainte par exemple d'un effet tératogène de la testostérone-pour autant qu'il y ait eu quelques mois depuis l'arrêt de la testostérone, un effet virilisant sur le fœtus n'étant pas exclu.

Toutefois selon la littérature, le fait d'arrêter la testostérone risque de déclencher ou de raviver chez certains patients des dysphories de genre. Il y a des personnes trans qui ont des vécus douloureux, notamment des jeunes qui dès l'enfance vivaient dans une

souffrance psychique majeure en lien avec la question de genre, qui peut être ravivée en cours de grossesse. De même, la dépression du post-partum est un des seuls paramètres où les patients trans sont identifiés comme plus à risque. Cette complication est mise en lien assez directement avec le vécu et l'entourage que les patients ou les couples ont ou n'ont pas³.

Comment avez-vous été enceint et comment avez-vous vécu votre grossesse?

Jefferson M.: Lorsque mon mari et moi avons décidé d'avoir un enfant, j'ai arrêté mon traitement hormonal. Mon cycle est revenu et je suis tombé rapidement enceint. Ma grossesse s'est très bien passée, tant sur le plan psychologique que médical. De mon point de vue, c'était très clair que vivre une grossesse ne faisait pas de moi une femme. Je l'ai vécue entièrement en tant qu'homme.

J'ai vécu quelques moments peu agréables, lorsqu'on m'a appelé «Madame» par exemple. Et j'ai vécu une agression dans la rue, à cause de mon ventre. Cette personne n'arrivait pas à savoir si j'étais un homme ou une femme, et cela a été pour moi une expérience traumatisante.

Je savais que mon parcours était atypique, et je m'attendais à ce que les gens ne le prennent pas forcément bien. Mais hormis cette agression, j'ai été positivement surpris. Certes, il y a eu des regards, mais c'était rare. Toutes les personnes que j'ai pu rencontrer en dehors du cadre amical, que ce soit à la pharmacie ou dans divers magasins, ont toujours été très professionnelles.

La grossesse porte de nombreuses représentations principalement féminines: comment avez-vous vécu ces transformations de votre corps?

Jefferson M.: Avant l'agression, très bien. Je me sentais masculin et même beau avec ce gros ventre; j'aimais beaucoup cette vision

«Cette grossesse nous a fait sortir de notre zone de confort, mais l'important était de garder un positionnement professionnel.»

MARTINE JACOT-GUILLARMOD

de moi. Après l'agression, qui a eu lieu vers 5-6 mois, j'ai caché mon ventre. Mais j'ai aimé vivre cette grossesse, hormis les vergetures! Le fait d'avoir déjà fait la mastectomie était peut-être une chance: si j'avais eu des seins, je pense que je l'aurais moins bien vécue. Ce n'était pas une partie de mon corps que j'appréciais.

L'allaitement était dans votre situation impossible, est-ce que cela était conforme à vos aspirations?

Jefferson M.: Dans un monde idéal où avoir une poitrine n'aurait pas eu d'importance, j'aurais aimé vivre l'allaitement. Mais d'un autre côté, mon mari et moi voulions faire un travail égal. Ce qui a été rendu possible grâce à l'allaitement au biberon.

Dre Jacot-Guillarmod, comment vit-on ce genre de suivi en tant que professionnel-le?

Martine Jacot-Guillarmod: Il faut dire d'emblée que Monsieur M. et son mari sont tellement à l'aise dans leur situation de couple, d'homme trans, que cela fait tomber de multiples barrières. Dès le premier contact, comme c'était un suivi inédit pour moi, j'ai posé sur la table mes questionnements, et tout au long du suivi il y a eu de part et d'autre un discours très transparent, agréable et constructif (en tout cas de mon point de vue). Par exemple, en tant que gynécologue qui ne suit habituellement que des patientes, j'avais peur de dire «Madame», ce que j'ai expliqué tout de suite. Et pour Monsieur M. c'était clair, il m'a dit «je suis enceint», les mots étaient importants pour lui. C'était la première fois que j'allais avoir à décliner cet adjectif au masculin! Oui, cela demande un effort, mais qui a été moins im-

³ Light *et al.* (2014). Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstetrics and gynecology*.

portant que ce que j'avais imaginé justement parce que les choses étaient toujours très claires et fluides.

Monsieur M. m'avait dit qu'il s'attendait à ce que ce soit difficile au sein de l'hôpital. Ici à ma consultation, c'est un espace protégé, il n'y a d'abord que ma secrétaire et moi, parfois une sage-femme, puis en cours de grossesse, au gré des examens, il faut bien se représenter que le patient va devoir se présenter ailleurs dans la maternité. Par exemple certaines prises de sang se font en policlinique, ou bien l'échographie se fait dans une unité dédiée. Cela signifie s'annoncer à un autre secrétariat, se rendre dans une autre salle d'attente, etc. Plus la grossesse avance, plus le patient va sortir de cet espace «protégé».

Avez-vous échangé avec les équipes de la maternité pour préparer l'accueil de cette grossesse et cet accouchement?

Martine Jacot-Guillarmod: Je savais que c'était le premier patient trans suivi au CHUV pour toute la grossesse, et je craignais probablement certaines réactions, ou en tout cas j'avais à cœur que cela se passe le mieux possible. Au début, j'ai parlé uniquement aux personnes dont je savais qu'elles allaient rencontrer Monsieur M. Par exemple, avant la première échographie, j'ai informé ma collègue. Et au fur et à mesure de la grossesse, je suis allée rencontrer plus de personnes et leur parler du dossier, pour diminuer l'effet de surprise et favoriser l'accueil du patient le moment venu. Je suis par exemple allée au colloque des infirmières-cheffes car plusieurs équipes pourraient être impliquées au moment de l'accouchement, en salle de naissance ou au bloc opératoire, et je trouvais que c'était important d'annoncer et de rassurer.

Quelles ont été les réactions des équipes?

Martine Jacot-Guillarmod: Je crois que les gens ont été effectivement rassurés d'être informés, j'insistais sur le fait que la prise en charge obstétricale était la même que pour toute autre grossesse, que celle-ci était ultra-physiologique, que tout allait bien.

Forcément il y a eu des questions ou des interrogations, des personnes qui se sentaient heurtées et qui disaient: «Mais comment c'est possible? Et puis l'enfant qui va naître?». Là, je répondais: «L'enfant à naître va très bien actuellement, et on s'occupe de cette grossesse en tant que professionnel-le-s». Je me serais tout de même attendue à devoir combattre davantage certaines

résistances, et finalement ce qui a été crucial c'est l'information, et rester objectif, sur les éléments tangibles. On remplit chacun notre rôle de professionnel-le, le reste ne nous regarde pas. Voilà, cette grossesse nous a fait sortir de notre zone de confort, mais l'important était de garder un positionnement professionnel. Et le retour en général, même de personnes qui avaient pu exprimer des appréhensions, a été «En fait, j'ai oublié!» Et je pense qu'effectivement ils ou elles ont oublié la condition trans du patient dans leur prise en charge et cela n'était plus un frein.

Jefferson M.: J'accepte les gens qui ne comprennent pas, ou qui sont dépassés. Je ne demande pas à tout le monde d'accepter et de comprendre. Ce qui compte pour moi, c'est de respecter autrui. Et le personnel a été respectueux; peut-être bien que certain-e-s ne comprenaient pas, mais ils-elles ont été professionnel-le-s du début à la fin.

Comment vous êtes-vous préparés à l'accouchement, avec votre mari?

Jefferson M.: Avec une sage-femme à domicile; nous avons choisi cette option pour être plus à l'aise et pour ne pas nous imposer à des personnes qui ne connaissent pas forcément la thématique trans. Pour l'accouchement, nous avions un plan de naissance, mais nous savions que souvent, les accouchements ne se passent pas comme prévu. Nous étions prêts à faire différemment de nos souhaits et tout s'est très bien passé.

Et lors de votre séjour au post-partum?

Jefferson M.: Le séjour s'est très bien passé. À part le corps médical, nous n'avons croisé que très peu de personne et uniquement lors du départ pour notre maison. Nous étions dans une chambre seule et nous sommes peu sorti durant les trois jours sur place.

Pour conclure, qu'aimeriez-vous transmettre aux professionnel-le-s de santé après cette expérience?

Jefferson M.: Tout le monde n'est pas forcément ouvert à parler de sa transidentité. Il est possible que vous vous retrouviez face à des personnes qui n'oseront pas le dire, ou qui ne seront pas forcément avancés dans leur transition. Si vous êtes face à une personne trans, essayez d'utiliser au maximum le bon genre: «il», «Monsieur» et ce, même si la personne n'est pas avancée dans sa transition. Par ailleurs, certaines personnes qui

souffriraient de dysphorie pourraient vouloir le moins d'examen intimes possibles. S'ils ne sont pas absolument nécessaires, on peut éviter ces examens complémentaires; ce n'est pas parce qu'un homme trans est enceint qu'il est à l'aise avec ses parties génitales. Il faut discuter avec le patient pour comprendre ce qui est important pour lui.

Il est important de poser des questions, plutôt que de faire des suppositions. Les patients ne seront pas forcément disposés à répondre, mais au moins vous aurez essayé. N'oubliez pas que des personnes peuvent venir sans être sous traitement, et ne diront pas qu'elles sont trans. Si c'est le cas, il y a plusieurs détails que vous pourriez remarquer. Par exemple, si la personne s'habille de manière très masculine, si elle se bande la poitrine, si elle est mal à l'aise quand on l'appelle «Madame». Si c'est le cas, n'hésitez pas à poser la question: «Je remarque que vous vous bandez la poitrine, est-ce que par hasard vous seriez trans?» Si ce n'est pas le cas, ce n'est pas bien grave; par contre si elle se sent concernée elle sera probablement beaucoup plus à l'aise, ce qui permettra un meilleur suivi médical.

Martine Jacot-Guillarmod: J'ajouterais, n'ayez pas peur de la différence. Ces peurs reflètent aussi une crainte de ne pas bien faire, mais elles sont très inhibitrices. Et en effet, ne pas hésiter à poser les questions. Dire: «Je n'ai jamais suivi de grossesse chez un patient trans», tout en gardant en tête qu'on est là pour sa fonction de sage-femme ou de gynécologue, garder ce cap indépendamment d'autres éléments. ☺

ENTRETIEN AVEC



Martine Jacot-Guillarmod,
Dre, médecin associée au DFME CHUV,
responsable de la consultation gynécologique
et de santé sexuelle auprès des adolescentes.

Jefferson M.,
étudiant en médecine,
père d'une petite fille de 9 mois.

Identités de genre: définitions et concepts

Les termes transgenre et intersexuation concernent des réalités différentes abordées dans ce numéro. Il convient en outre de différencier les concepts décrivant l'orientation sexuelle et ceux faisant référence à l'identité de genre. Lexique sélectif.

Bisexuel·le

Le terme qualifie une personne qui est attirée par des hommes et des femmes et qui peut établir des relations émotionnelles, affectives ou sexuelles avec les uns comme avec les autres, quoique pas forcément dans la même mesure ni en parallèle¹.

Cisgenre

Personne dont l'identité de genre correspond au genre et au sexe attribués à la naissance. Terme inverse de transgenre.

Gai ou gay

Identité que peut adopter un homme à partir de la prise de conscience d'attirances physiques, romantiques et émotives pour d'autres hommes. Lorsqu'on parle d'une «personne gaie», on réfère généralement à l'identité qu'un homme construit à partir de son désir pour d'autres hommes. Certaines femmes s'identifient comme femmes gaies¹.

Identité de genre

L'identité de genre fait référence à la perception qu'une personne a d'elle-même en tant que genre. Certaines personnes peuvent sentir qu'elles sont nées avec les mauvaises parties du corps ou dans le mauvais corps, car leur ressenti par rapport à leur genre ne correspond pas à celui qui leur a été attribué à la naissance².

Intersexuation (plus rarement, intersexualité)

Les personnes «intersexuées» désignent celles qui affichent des caractéristiques sexuelles différentes à la naissance qui ne permettent pas de déterminer hors de tout doute s'il s'agit d'un homme ou d'une

femme. Les caractéristiques sexuelles variables comprennent les chromosomes, les hormones, les organes reproducteurs et les parties génitales. Une personne intersexuée adoptera l'identité de genre qui reflète le mieux son sentiment, tout comme une personne non intersexuée le fera².

Lesbienne

Identité que peut adopter une femme à partir de la prise de conscience d'attirances physiques, romantiques et affectives pour d'autres femmes¹.

LGBT

Acronyme pour personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres¹.

Non-binaire

Personne qui ne se reconnaît ni homme ni femme, ou bien les deux à la fois.

Orientation sexuelle

Réfère de manière générale à l'attirance physique, sexuelle, romantique ou affective pour un type de personnes et de corps donnés. Elle réfère aussi au sentiment d'identité personnelle et sociale basé sur ces attirances, les comportements pour les exprimer, et possiblement l'appartenance à une communauté de personnes qui les partagent¹.

Pansexuel·le

Les personnes pansexuelles sont attirées physiquement, sexuellement, affectivement ou romantiquement vers des personnes sans regard ou préférence au niveau du genre et du sexe de la personne, qu'elle s'identifie comme femme, homme, trans, sans genre ou autre. La définition semble donc s'inscrire dans une théorie qui reconnaît plus clairement, sur le plan étymologique, une pluralité de genres et d'identités³.

Trans, trans* ou transgenre

Une personne trans* est une personne qui ne se reconnaît pas dans le sexe qui lui a été assigné à la naissance. Beaucoup d'entre

elles, mais pas toutes, modifient leur corps avec des hormones et/ou avec des opérations. On peut utiliser d'autres termes comme transgenre, transidentitaire ou transsexuel·le.

Femme trans*: personne née de sexe masculin mais qui s'identifie comme femme.

Homme trans*: personne née de sexe féminin mais qui s'identifie comme homme⁴.

Transition

Processus complexe à plusieurs phases qui peut s'étirer sur des années, le temps nécessaire pour harmoniser l'anatomie ou l'expression de genre de la personne transgenre à son identité de genre. La transition peut se faire sur le plan social (se présenter avec l'apparence, le prénom, les vêtements, etc., selon son identité), légal (changement du nom ou de mention de sexe dans les documents officiels) ou physique (hormonothérapie et traitements chirurgicaux de réassignation). Ces différents volets de la transition sont indépendants les uns des autres. Par exemple, une personne peut faire une transition sociale sans aucune intervention médicale¹.

¹ Coalition des familles LGBT, Université du Québec à Montréal, chaire de recherche sur l'homophobie et Gai écoute, aujourd'hui Interligne (s. d.). Définitions sur la diversité sexuelle et de genre. <https://interligne.co>

² Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (s. d.). LGBTQ+, Identité de genre. www.sexandu.ca

³ Interligne (s. d.). Quelle est la différence entre la bisexualité et la pansexualité? <https://interligne.co>

⁴ Transgender Network Switzerland (s. d.). Qu'est-ce qu'une personne trans*? www.tgns.ch

Herausgeberin | Editeur Schweizerischer Hebammenverband (SHV). Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des SHV wieder. Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion | Fédération suisse des sages-femmes (FSSF). Les articles signés ne reflètent pas forcément l'opinion de la FSSF. Toute reproduction est soumise à autorisation de la rédaction **Redaktion | Rédaction** Redaktorin Deutschschweiz: Miryam Azer, m.azer@hebamme.ch | Rédactrice romande: Jeanne Rey, j.rey@sage-femme.ch

Geschäftsstelle SHV | Secrétariat de la FSSF Rosenweg 25 C, 3007 Bern, T +41 (0)31 332 63 40 **Adressänderungen | Changements d'adresse** address@hebamme.ch

Redaktioneller Beirat | Conseil rédactionnel Aurélie Delouane-Abinal, Christina Diebold, Regula Hauser, Patricia Hildebrandt-Bydzovsky, Maja Hiltbrunner, Maria-Pia Politis Mercier **Konzept | Concept** www.la-kritzer.ch **Jahresabonnement | Abonnement annuel** Nichtmitglieder CHF 109.–, inkl. 2,5% MWST, Ausland CHF 140.–, Einzelnummer CHF 13.20, inkl. 2,5% MWST + Porto. Das Abonnement verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn es nicht bis zum 31. Oktober des laufenden Jahres schriftlich beim SHV gekündigt wird | Non-membres CHF 109.–, 2,5% TVA incluse, étranger CHF 140.–, prix du numéro CHF 13.20, 2,5% TVA incluse + porto. L'abonnement est automatiquement renouvelé pour un an s'il n'est pas résilié par écrit auprès de la FSSF au 31 octobre de l'année en cours.

Inseratemarketing | Régie d'annonces rubmedia AG, Simona Manoelli, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern, T +41 (0)31 380 13 26, simona.manoelli@rubmedia.ch, www.rubmedia.ch **Layout, Druck | Mise en page, impression** rubmedia AG, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern, www.rubmedia.ch **Papier** PlanoArt 100 gm², holzfrei, hochweiss matt, säurefrei, FSC-zertifiziert | PlanoArt 100 gm², sans bois, extra-blanc mat, sans acide, certifié FSC **Auflage | Tirage** Druckauflage 3450 Exemplare, erhöhte Auflage 4250 Exemplare, verbreitete Auflage (WEMF-beglaubigt 2018/2019) 3176 Exemplare | Tirage total 3450 exemplaires, distribution supplémentaire 4250 exemplaires, tirage diffusé (certifié REMP 2018/2019) 3176 exemplaires | ISSN 2624-7747

116. Jahrgang | 116^e année
 Offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes | Revue officielle de la Fédération suisse des sages femmes | Giornale ufficiale della Federazione svizzera delle levatrici | Revista uffiziala da la Federaziun svizra da las spendreras

Erscheinungsweise | Parution
 10 Mal im Jahr, Doppelausgaben im Januar/Februar und Juli/August | Publié 10 fois par an, numéro double en janvier/février et juillet/août



TULIPS – Brusthütchen in 3 Grössen

Die Tulips Brusthütchen erleichtern termin- und frühgeborenen Babys mit Saugproblemen die Brust zu fassen. Zudem unterstützen sie Mütter mit Flach- oder Hohlwarzen beim Anlegen ihres Babys und können wunde Brustwarzen während des Stillens schützen.



Drei verschiedene Grössen

Ein wesentlicher Punkt bei der Anwendung von Brusthütchen ist die richtige Grösse zu wählen. Diese sollte sowohl zur Brustwarze der Mutter als auch zum Mund des Kindes passen. So brauchen beispielsweise Babys mit einem kleinen Mund, wie Frühgeborene oder «Small for Date» Babys, ein Brusthütchen der Grösse S. Ardo bietet ihre hauchdünnen Brusthütchen aus Silikon in den Grössen S (16 mm), M (20 mm) und L (24 mm) an.

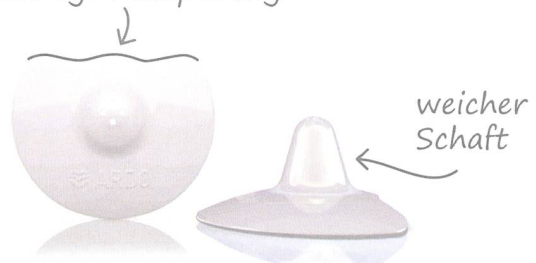
Tulips S mit besonders weichem Schaft

Beim Stillen mit dem Brusthütchen berührt der Schaft den Gaumen des Babys und hilft mit, den Saugreflex auszulösen. Die Mundhöhle eines kleinen Babys ist sehr sensibel und deshalb besteht der Schaft der Tulips aus besonders weichem Material. Dieses ist sanft zum Gaumen, was auch von Fachpersonen sehr geschätzt wird.

Dank Tulpenform Mamis Haut fühlen und riechen

Die tulpenförmige Aussparung für die Nase ermöglicht einen intensiven Hautkontakt zwischen Mutter und Kind. So kann das Baby den charakteristischen Geruch der Brust resp. die Pheromone, welche zum Saugen anregen, besser wahrnehmen.

tulpenförmige Aussparung



Alle drei Grössen der Brusthütchen gibt es als Paar mit einer praktischen Aufbewahrungsbox sowie als sterile Version einzeln verpackt.



Mehr Infos unter:
www.ardo.ch

Recommandations de littérature



Unger, C. A. (2015)

Care of the transgender patient: A survey of gynecologists' current knowledge and practice

Journal of Women's Health; 24, 114-118.
doi:10.1089/jwh.2014.4918

Le but de l'étude relatée dans cet article est de rendre compte des préférences et des connaissances des gynécologues dans la prise en soin des personnes transgenres. Parmi les personnes ayant répondu au sondage, 61,7 % étaient des généralistes et 86 % pratiquaient dans une institution. 80 % ont rapporté n'avoir reçu aucun entraînement dans la prise en charge des personnes transgenres. 35,3 % d'entre elles étaient à l'aise dans la prise en soin des hommes transformés en femmes et 29 % dans la prise en soin des femmes transformées en hommes. Cet article conclut qu'il est important de mettre en place une éducation spécifique adéquate pour la prise en charge des personnes transgenres et de proposer des guidelines compréhensibles pour le personnel soignant.



Adams, E. D. (2010)

If transmen can have babies, how will perinatal nursing adapt?

*The American Journal of Maternal Child
Nursing*; 35, 26-32. doi:10.1097/01.
NMC.0000366807.67455.de

Cet article explore la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement des hommes transgenres, nés femmes et transformés partiellement en hommes. Les concepts généraux en lien avec la transsexualité sont définis et le cas clinique d'un homme enceint est

décrit. Les besoins émotionnels et physiques de cette population sont ensuite présentés et les implications cliniques pour le personnel soignant durant la période périnatale sont discutées. Ainsi, prodiguer des soins de manière non jugeante, avec une sensibilité adéquate, en veillant à ce que le patient soit protégé d'une intrusion des médias, en demandant au patient quel pronom utiliser, en évaluant les risques émotionnels liés à la transsexualité (anxiété, dépression, effets de la discrimination), en évaluant les risques physiques associés à la transsexualité (troubles cardiovasculaires, syndrome des ovaires polykystiques), en amenant un soutien émotionnel pour diminuer l'anxiété et en considérant la possibilité de développer de nouveaux matériaux pour répondre aux besoins des patients sont les principaux points à travailler avec les familles transgenres relevés dans cet article.



Stewart, K. & O'Reilly, P. (2017) Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBT population: An integrative review

Nurse Education Today; 53, 67-77.
doi:10.1016/j.nedt.2017.04.008

Cet article présente une revue systématique de la littérature portant sur les connaissances, les croyances et les attitudes des infirmiers·ères et des sages-femmes et hommes sages-femmes dans le cadre de la prise en soin des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et queers (LGBTQ). Des 24 articles inclus dans cette revue, il ressort que le personnel de soin possède un large éventail d'attitudes, de connaissances et de croyances qui ont un impact considérable sur la prise en

soin des patients LGBTQ. Les prises en charge inadéquates ne seraient pas dues à des intentions malveillantes ou des préjugés, mais plus à une culture de l'hétéro-normativité et à un manque d'éducation des soins spécifiques à prodiguer aux patients LGBTQ.



Fisher, A. D., Ristori, J., Fanni, E., Castellini, G., Forti, G., & Maggi, M. (2016) Gender identity, gender assignment and reassignment in individuals with disorders of sex development: A major of dilemma

Journal of Endocrinological Investigation;
39, 1207-1224

Cette revue de la littérature relève que les personnes qui ont un trouble du développement sexuel et leur famille ont besoin d'être soutenues par une équipe multidisciplinaire spécialisée. Pour de nombreux·ses auteur·e·s, l'objectif premier dans le cas d'un trouble du développement sexuel est d'assurer la correspondance entre l'identité de genre et le sexe assigné et d'éviter une assignation de genre qui augmenterait le risque de dysphorie de genre. Cette revue relève que la stratégie suggérée pour l'assignation de genre d'un nouveau-né avec ambiguïté génitale ne devrait pas être basée uniquement sur l'apparition des organes génitaux à la naissance. L'équipe multidisciplinaire doit soigneusement prendre en compte l'apparence génitale, les options cliniques (également en termes de fécondité), les pressions culturelles ainsi que le point de vue et le soutien des parents. De plus, un soutien psychologique régulier doit être apporté à l'enfant et à sa famille de la part de l'équipe dans le but d'assurer un bien-être psychologique et social. Une évaluation psychologique doit également être effec-

tuée en cas de détresse perçue. Cette revue de littérature conclut qu'il doit toujours être pris en compte que chaque personne ayant un trouble du développement sexuel est unique et doit recevoir un traitement individualisé.



McCann, E. & Brown, M. (2018)

Vulnerability and psychosocial risk factors regarding people who identify as transgender. A systematic review of the research evidence

Issues in Mental Health Nursing; 39, 3-15.

doi:10.1080/01612840.2017.1382623

Cette revue systématique de la littérature vise à identifier les issues relatives à la vulnérabilité et aux facteurs de risque psychosociaux des personnes identifiées comme transgenres. Des 21 articles pris en compte dans cette revue, cinq thèmes clés ont été identifiés. Concernant le premier thème, les risques sexuels et les comportements à risque, les études ont montré que les maladies sexuellement transmissibles étaient plus élevées chez les femmes transgenres que dans la population générale. Au niveau du deuxième thème, il a été montré qu'en comparaison à la population générale, une augmentation de la prévalence des abus de substance était identifiée chez les personnes transgenres. En ce qui concerne les facteurs de risques de vulnérabilité psychologique, il est rapporté que le taux de tentatives de suicides monte à 32% et le taux de dépression se situe entre 21 et 60%. En outre, il est noté que les attitudes discriminatoires envers les personnes transgenres peuvent mener à une isolation sociale, une dépression ou de l'anxiété. Le quatrième thème clé rapporté par les études sont les facteurs de risque de vulnérabilité sociale. Il est rapporté que les personnes transgenres ont souvent des difficul-

tés dans leur environnement professionnel, faisant face à des expériences discriminatoires et pouvant mener au chômage et à des difficultés financières. Concernant le dernier thème, les facteurs et comportements protecteurs, il est relaté que les interventions psychosociales qui visent à promouvoir la résilience, à développer le soutien par les pairs et améliorer les capacités d'adaptation se sont révélées prometteuses pour réduire le risque d'infection au VIH. Un autre facteur de protection et de soutien est l'éducation et la formation du personnel soignant sur les besoins des personnes transgenres. Enfin, d'autres études ont montré l'importance du réseau social, qui peut apporter du soutien aux personnes transgenres et à leur famille.



Reisman T. & Goldstein, Z. (2018)

Case report: Induced lactation in a transgender woman

Transgender Health; 3, 24-26,

doi:10.1089/trgh.2017.0044

Cet article met en évidence le cas d'une patiente transgenre âgée de 30 ans, ayant allaité son enfant. Alors qu'elle recevait un traitement hormonal féminisant depuis 6 ans, elle s'est présentée à la clinique dans le but de pouvoir allaiter son enfant adopté. Un traitement comprenant une augmentation d'œstradiol, de la progestérone et de la dompéridone lui a alors été prescrit. Elle a aussi utilisé un tire-lait trois fois par jour, à raison de 5 minutes sur chaque sein. Le bébé est né trois mois et demi après le début de ce traitement. La patiente a alors allaité exclusivement son enfant durant 6 semaines. Puis, en raison d'un volume de lait insuffisant, elle a complété les tétées avec un supplément de préparation pour nourrisson. Quand l'enfant avait 6 mois à la soumission de l'article, la patiente poursuivait toujours un allaitement mixte.

REVUE DE LITTÉRATURE

Jessica Franzen,

adjointe scientifique à la Haute école de santé de Genève, titulaire d'un master et d'un doctorat en psychologie.

Terre des hommes
Aide à l'enfance.

Chaque enfant dans le monde a le droit de manger à sa faim.

Tout simplement, avec votre don.

tdh.ch/toutssimplement