



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Transidentité : prise en charge de l'adulte

Document en attente d'endossement et non soumis à la relecture orthographique et typographique

Adoptée par le Collège le 17 juillet 2025

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés dans le descriptif de la publication et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

| | |
|-----------|---|
| A | Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées. |
| B | Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte. |
| C | Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4). |
| AE | Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires. |

Descriptif de la publication

| | |
|-------------------------------|---|
| Titre | Transidentité : prise en charge de l'adulte Document en attente d'endossement et non soumis à la relecture orthographique et typographique |
| Méthode de travail | Recommandations pour la pratique clinique |
| Objectif(s) | Élaborer des recommandations dans le but d'améliorer l'accompagnement et la prise en charge des personnes trans |
| Cibles concernées | Ces recommandations concernent les personnes de plus de 18 ans engagées dans un parcours de transition médical et chirurgical Elles sont destinées à tous les professionnels susceptibles de prendre en charge des personnes trans notamment : médecins généralistes, endocrinologues, psychiatres, psychologues, médecins de la fertilité et de la reproduction, gynécologues-obstétriciens, urologues, chirurgiens plasticiens, médecins du travail, travailleurs sociaux |
| Demandeur | Ministre de la santé |
| Pilotage du projet | Coordination : Muriel Dhénain, chef de projet, service des bonnes pratiques de la HAS (chef de service : Dr Morgane Le Bail) |
| Recherche documentaire | Réalisée par Mme Gaëlle Fanelli, documentaliste (chef du service documentation – veille : Mme Frédérique Pagès) |
| Conflits d'intérêts | Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Pour son analyse la HAS a également pris en compte la base « Transparence-Santé » qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages liés aux acteurs du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base « Transparence-Santé » ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail. |
| Adoption | Version du 17 juillet 2025 |
| Actualisation | |
| Autres formats | Argumentaire et fiches de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr |

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juillet 2025 – ISBN :

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Abréviations et acronymes | 7 |
| Introduction | 8 |
| 1. Définition | 13 |
| 2. Contexte | 14 |
| 3. Conduite à tenir devant une demande de transition | 15 |
| 3.1. Accueil de la demande | 15 |
| 3.2. Évaluation initiale | 15 |
| 3.2.1. Entretien | 15 |
| 3.2.2. Examen clinique (anomalie organique, troubles cooccurrents) | 15 |
| 3.3. Cadre relationnel | 16 |
| 3.3.1. Importance du travail avec l'entourage | 16 |
| 3.3.2. Décision médicale partagée et consentement | 16 |
| 3.4. Information de la personne sur la prise en charge | 16 |
| 3.5. Définition des objectifs de la prise en charge | 16 |
| 3.6. Orientation de la personne au regard de ses besoins | 16 |
| 4. Prescription d'hormones | 18 |
| 4.1. Effets sur l'état psychique et sur la qualité de vie | 18 |
| 4.2. Prescription d'hormones féminisantes | 18 |
| 4.2.1. Effets attendus des hormones | 18 |
| 4.2.2. Anamnèse et bilan | 19 |
| 4.2.3. Hormones | 19 |
| 4.2.3.1. Estradiol | 19 |
| 4.2.3.2. Bloquer la testostérone (hors orchidectomie) | 20 |
| 4.2.4. Suivi clinique et biologique des personnes trans sous hormones féminisantes | 22 |
| 4.2.5. Surveillance d'une personne trans sous hormones féminisantes | 23 |
| 4.2.5.1. Risque cardio-vasculaire | 23 |
| 4.2.5.2. Risque hépatique | 23 |
| 4.2.5.3. Risque carcinologique | 23 |
| 4.2.5.4. Risque endocrinologique | 23 |
| 4.2.5.5. Autres effets | 23 |
| 4.2.6. Durée de traitement hormonal | 23 |
| 4.3. Prescription d'hormones masculinisantes | 23 |
| 4.3.1. Effets attendus des hormones | 23 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.3.2. | Anamnèse et bilan avant la prescription d'hormones | 24 |
| 4.3.3. | Hormones | 24 |
| 4.3.3.1. | Androgènes | 24 |
| 4.3.3.2. | Inhibiteurs de la 5 alpha-réductase | 25 |
| 4.3.3.3. | Androstanolone en gel (Dihydrotestostérone ou DHT) | 25 |
| 4.3.4. | Suivi clinique et biologique d'une personne trans sous hormones masculinisantes | 25 |
| 4.3.5. | Surveillance d'une personne trans sous hormones masculinisantes | 26 |
| 4.3.5.1. | Surveillance cardio-vasculaire | 26 |
| 4.3.5.2. | Risque hépatique | 26 |
| 4.3.5.3. | Risque carcinologique | 26 |
| 4.3.5.4. | Fertilité | 26 |
| 4.3.5.5. | Autres effets | 26 |
| 4.3.6. | Durée du traitement hormonal | 26 |
| 5. | Prise en charge en chirurgie | 28 |
| 5.1. | Modalités de la prise en charge chirurgicale | 28 |
| 5.2. | Chirurgie de féminisation | 28 |
| 5.2.1. | Chirurgies de la face | 28 |
| 5.2.2. | Chirurgies thoraciques | 28 |
| 5.2.3. | Chirurgies génitales | 29 |
| 5.2.4. | Chirurgies de la voix | 29 |
| 5.3. | Chirurgie de masculinisation | 30 |
| 5.3.1. | Chirurgies thoraciques | 30 |
| 5.3.2. | Chirurgies des organes génitaux internes | 30 |
| 5.3.3. | Chirurgies des organes génitaux externes : la métaoïdioplastie | 31 |
| 5.3.4. | Chirurgies des organes génitaux externes : les phalloplasties | 31 |
| 6. | Accompagnement psychologique | 33 |
| 6.1. | Dépistage de troubles psychiatriques associés | 33 |
| 6.2. | Soutien tout au long du parcours | 33 |
| 7. | Autres soins | 34 |
| 7.1. | Modifications de la silhouette par le port de vêtements serrés | 34 |
| 7.2. | Soins dermatologiques | 34 |
| 7.3. | Modification de la voix par la rééducation orthophonique | 34 |
| 7.4. | Soins de kinésithérapie | 34 |
| 7.5. | Préservation des gamètes | 35 |
| 7.6. | Soins courants | 35 |
| 7.7. | Rôle des associations | 35 |
| 8. | Fluidité des parcours de transition (détransition, re-transition, etc.) | 36 |

| | |
|---|-----------|
| 8.1. Définitions, épidémiologie et exploration du concept | 36 |
| 8.2. Accompagnement | 36 |
| Participants | 39 |

Abréviations et acronymes

| | |
|---------------|--|
| Cegidd | Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic |
| CIM | Classification internationale des maladies |
| CMP | Centre médico-psychologique |
| CMPP | Centre médico-psycho-pédagogique |
| CSAPA | Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie |
| DSM | Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>) |
| GnRH | Hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires |
| HAS | Haute Autorité de santé |
| IST | Infections sexuellement transmissibles |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| RCP | Réunion de concertation pluridisciplinaire |
| SOC | <i>Standard of care</i> |
| TSA | Trouble du spectre de l'autisme |
| WPATH | <i>World Professional Association for Transgender Health</i> |

Introduction

Saisine

La recommandation de bonne pratique (RBP) sur le thème Transidentité : prise en charge de l'adulte répond à une saisine du ministre des Solidarités et de la Santé en 2021 (cf. Annexe 1) afin :

- 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 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.

Cette demande est justifiée par le besoin d'introduire la diversité des parcours et leur dépsychiatisation effective à la suite des évolutions internationales.

Enjeux et objectifs de la recommandation de bonne pratique

L'objectif de ce travail est d'élaborer des recommandations dans le but d'améliorer l'accompagnement et la prise en charge des personnes trans.

Les enjeux associés sont les suivants : une diminution de l'errance médicale des personnes, de la stigmatisation, de l'automédication, une préservation de la fertilité, et une meilleure santé globale.

Ces enjeux passent par une sensibilisation et une formation des professionnels, une homogénéisation des pratiques et une meilleure organisation des soins tout en permettant la diversité des parcours de transition.

Population concernée

La population cible est celle des personnes trans de plus de 18 ans qui sont engagées dans un parcours de transition médical et chirurgical.

La population des moins de 18 ans sera abordée dans une autre recommandation.

Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées à tous les professionnels susceptibles de prendre en charge ou d'accompagner des personnes trans notamment :

médecins généralistes, endocrinologues, psychiatres, psychologues, médecins de la fertilité et de la reproduction, gynécologues-obstétriciens, urologues, chirurgiens plasticiens, médecins du travail, travailleurs sociaux.

Préambule

Généralités - Définitions

Le terme de personnes trans (du latin « qui va au-delà » de son état initial) correspond aux personnes vivant ou s'identifiant dans un genre différent de celui associé au sexe constaté à leur naissance. En tant que terme parapluie qui s'est imposé historiquement en France et qui continue d'évoluer, le terme trans s'appuie sur l'autodétermination des personnes.

L'extension de la définition d'une personne trans à l'ensemble des variétés d'identité du genre (binaire, non-binaire, gender fluid, etc.) est utilisée de manière plus variable, le périmètre de ce terme étant plus ou moins restreint selon les sources.

La 11^e version de la classification internationale des maladies (CIM-11) adoptée en 2018 abandonne la notion de « transsexualisme » et dépsychiatrise « l'incongruence de genre ». Cette dernière est transférée du chapitre des affections psychiatriques, vers celui des affections liées à la santé sexuelle. La dernière version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM5) adopté en 2013 distingue par ailleurs la « dysphorie de genre qui s'accompagne d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social », de « l'incongruence de genre [qui] n'est pas en soi un trouble mental ». Les standards de soins de la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) situent la réalité « trans » comme un choix d'identité de genre en prenant acte de la « dépsychopathologisation » reconnue par la CIM-11, mettent l'accent sur la participation active des patients aux décisions qui concernent leur santé, et soulignent l'importance de la formation des professionnels de santé pour conduire les évaluations nécessaires et délivrer des soins adaptés.

Les termes employés pour définir la population de personnes trans sont sujets à une importante évolutivité, suivant leur source et les évolutions sociétales. Ces recommandations prennent en compte cette évolutivité et tentent de s'inscrire dans l'utilisation et les définitions les plus pertinentes actuellement, tout en concédant que leur inscription est ancrée dans un contexte géographique et temporel.

Population estimée

Dans un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2022, les auteurs soulignent que les données ALD restent incomplètes pour cerner la demande et l'accès aux soins de transition et ne permettent pas de préciser le nombre de personnes trans dans la population. Le nombre de bénéficiaires de l'Affection longue durée (ALD) au titre d'un diagnostic de transidentité ou dysphorie de genre a fortement augmenté depuis 10 ans, tout en restant relativement modeste : 9 000 personnes sont concernées en 2020 dont 3 300 admises dans l'année (soit 10 fois plus d'admissions qu'en 2013 selon la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)). Soixante-dix pour cent des bénéficiaires ont entre 18 et 35 ans. En 2023, le nombre de bénéficiaires de l'ALD à ce titre a été de 22 550.

Les standards de soins de la WPATH 2022 (version 8), qui prennent en considération les études publiées après 2009 concluent à une estimation de 0,02 à 0,1 % de personnes trans pour les études sur bases de données de santé et une proportion de 0,3 à 0,5 % de personnes trans sur les enquêtes. En prenant en compte tout le « spectre de la transidentité » (c'est-à-dire les personnes présentant une incongruence de genre, une ambivalence de genre, etc., mais non auto-identifiées comme « personne trans ») les chiffres de 0,3 à 4,5 % sont évoqués}.

Il est difficile de réaliser une synthèse de ces différentes estimations tant les méthodologies utilisées diffèrent (définition de la transidentité utilisée, milieu culturel, manière de poser la question, etc.).

La prévalence est en forte augmentation depuis plusieurs années. Par exemple, la prévalence a augmenté de 4,3/100 000 en 2007 à 22,1/100 000 en 2015 dans une étude à Madrid ; elle a augmenté de 3,5/100 000 en 2006 à 33/100 000 en 2013 dans une étude sur la base de données des Vétérans aux USA. L'incidence quant à elle augmente de façon plus modérée et elle a été estimée à 2/100 000 sur une étude incluant des patients à Madrid, avec une stabilité de l'incidence entre 2008 et 2015. Les études sur les bases de données de santé des Vétérans américains font état d'une tendance à une augmentation de l'incidence de 3,5 à 6,7 / 100 000 entre 2006 et 2013.

Concernant le ratio personnes trans féminines / personnes trans masculines, s'il est variable en fonction des méthodes utilisées, il semble plutôt équilibré en population adulte. Les études les plus récentes tendent vers un ratio de 2 personnes trans féminines pour 1 personne trans masculine. Ce chiffre est plutôt stable sur les 10 dernières années. La littérature récente évoque une inversion du ratio, qui semble être plutôt retrouvée chez les adolescents et les jeunes adultes.

L'estimation de la transidentité par des mesures auto-déclarées est variable mais semble se situer autour de 0,5 % en population générale, dans les études les plus robustes sur le plan méthodologique. Les études plus récentes montrent des chiffres plus importants en accord avec l'évolution des possibilités de reconnaissance, légale, sociale et médicale des personnes trans.

Surexposition à des risques et troubles associés

La population trans connaît un sur-risque de violences et de précarisation mis en évidence dans de nombreuses études. Parmi les nombreuses difficultés rencontrées par les personnes trans, il est à noter les effets de la transphobie (réelle, anticipée ou supposée par les personnes concernées) : le rejet familial, les agressions dans l'espace public, les difficultés professionnelles, les difficultés d'accès à un logement, etc. La prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes trans est particulièrement élevée, avec un surrisque en comparaison à la population générale, notamment sur le plan de la dépression, de l'anxiété et des idées ou passages à l'acte suicidaire.

Des discriminations majeures dans l'accès aux soins (refus d'accès aux soins, délais d'accès aux soins très longs, prise en charge financière des traitements, etc.) sont également repérées dans des études. Dans sa dernière décision cadre de juin 2025, le Défenseur des droits souligne que les difficultés et obstacles rencontrés dans l'accès aux soins fragilisent la santé mentale et physique des personnes transgenres, conduisent à un éloignement des soins et peuvent mener à un accroissement du risque suicidaire¹.

La prise en charge médicale des personnes trans implique aussi d'autres pans importants. Notamment la prévention et la lutte contre divers troubles ou maladies auxquels les personnes trans sont plus exposées que la population générale : les maladies sexuellement transmissibles, notamment l'infection par le virus du sida ; les troubles de santé mentale, souvent liés à des discriminations (tentatives de suicide, troubles du comportement alimentaire : anorexie, boulimie...) ; et la consommation de substances psychoactives. Des troubles neurodéveloppementaux sont relevés dans plusieurs études et une prévalence de 11 % de trouble du spectre de l'autisme (TSA) était retrouvée dans une méta-analyse de 2022 regroupant 25 études (dont 12 études chez l'adulte, parmi lesquelles 8 enquêtes en population, de repérage des traits autistiques par autodéclarations).

Accès aux soins

Le rapport IGAS précédemment cité souligne que le parcours médico-chirurgical de transition, qui permet d'adapter l'apparence physique à l'identité de genre vécue, reste un enjeu majeur pour les personnes trans. Ces recommandations s'inscrivent dans un contexte français où l'accès à la chirurgie

¹ [Droits des personnes transgenres : la Défenseure des droits publie une nouvelle décision-cadre | Défenseur des Droits](#)

d'affirmation de genre se développe sur le territoire national, mais reste d'accès difficile du fait d'une offre de soins limitée et mal répartie géographiquement. Cette tension de l'offre de soins est un frein potentiel à la qualité de l'accompagnement chirurgical qui fait face à une demande plus importante que ses moyens.

L'accès aux soins de transition ne constitue pas un « confort » mais un enjeu vital en termes de bien être, d'image de soi, de vie personnelle, de santé globale et aussi de vie sociale. Devant l'existence de forts risques psychosociaux mis en avant dans les études, il semble essentiel dans les parcours de transition, de prendre en compte les déterminants sociaux et économiques en santé, et de dépister les situations de violence pour permettre des orientations médicales, psychologiques et sociales adaptées. Le précédent travail de la HAS sur ce thème, de la prise en charge médicale du transsexualisme chez l'adulte (2009) comportait, dans le cas habituel (à adapter en fonction des situations), un diagnostic et une évaluation du trouble de l'identité sexuelle, suivi d'une expérience en vie réelle, puis une hormonothérapie, puis une chirurgie.

Les pratiques actuelles sont en rupture par rapport à cette proposition en ce qui concerne l'initialisation de la démarche de transition (pour la validation psychiatrique de la transidentité et l'expérience en vie réelle) Cette nouvelle recommandation intègre ces évolutions et s'intéresse au parcours de la personne trans pour l'accompagner de manière adaptée. L'entretien initial doit permettre de comprendre où en est la personne dans son éventuelle transition, comment celle-ci s'est déroulée, quels ont été les impacts (positifs et/ou négatifs sur l'entourage, la santé physique et mentale, les ressources de la personne) ainsi que son niveau d'information. Il doit également permettre de recueillir les besoins ressentis par la personne, les projets éventuels de soins médicaux d'affirmation de genre, les besoins en matière de soutien, etc.

La personne trans bénéficie du droit fondamental à la non-discrimination en raison de son identité de genre (loi n° 2017-86 du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté). La non-discrimination s'applique en particulier à l'accès aux soins (décision cadre de la défenseure des droits 17/06/2025)².

Le cadre éthique préalable à une bonne posture professionnelle auprès des personnes trans est celui de la bientraitance³.

Le groupe de travail en charge de cette recommandation fait le constat qu'il n'existe pas de « parcours type » de transition : pour toute personne trans, ces parcours sont marqués par des priorités individuelles et s'inscrivent dans une temporalité propre à chaque individu. Les contraintes propres à chaque personne, liées à son contexte familial, social et professionnel, rythment souvent les moments de transition.

Dans ce cadre, la recommandation s'intéresse principalement à ces phases de « transition médicale » qui concernent l'ensemble des soins médicaux liés à la transition de genre : accès à un traitement hormonal féminisant ou masculinisant, accès à des chirurgies d'affirmation de genre (féminisation du visage, masculinisation du torse, chirurgies génitales, etc.) en prenant en compte que ce parcours de soins ne se superpose que partiellement avec le parcours de transition. Ce dernier est plus large que le premier en cela qu'il peut se limiter à la réalisation de démarches sociales, juridiques et administratives.

En complément des recommandations aux professionnels concernés, le groupe de travail en charge de cette recommandation a souhaité attirer l'attention des pouvoirs publics et de l'Assurance maladie

² [Droits des personnes transgenres : la Défenseure des droits publie une nouvelle décision-cadre | Défenseur des Droits](#)

³ [Haute Autorité de Santé - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre](#)

sur certains points qui lui semblent essentiels à l'effectivité, la qualité et la sécurité des soins des personnes trans :

- l'adaptation de la réglementation de la prescription, de la dispensation, et de la prise en charge des médicaments ;
- la structuration d'une offre de soins et d'une organisation territoriale spécifiques avec des professionnels formés sur ces sujets pour répondre aux besoins d'accompagnement et de prise en charge médicale et chirurgicale ;
- la prise en charge homogène des actes sur l'ensemble du territoire ;
- le renforcement de la formation initiale et continue des professionnels accompagnant des personnes trans en intégrant les personnes concernées dans l'élaboration des contenus de formation ;
- le développement de la recherche sur la prise en charge médicale des personnes trans, leur parcours de soins, l'accès au soin et à leur santé globale, en intégrant la participation des personnes concernées (recherche participative).

1. Définition

R1. Il est recommandé d'utiliser sauf souhait contraire de la personne le terme de « personnes trans » pour désigner une personne vivant et / ou s'identifiant dans un genre différent de celui associé au sexe qui a été constaté à la naissance (AE). L'adjectif « trans » est utilisé comme un terme parapluie recouvrant l'ensemble des variances de genre. La caractérisation d'une personne en tant que personne trans s'appuie sur son autodétermination.

On utilisera ainsi les termes de :

- personne transféminine pour une personne trans s'engageant ou souhaitant s'engager dans un parcours de féminisation ;
- personne transmasculine pour une personne trans s'engageant ou souhaitant s'engager dans un parcours de masculinisation ;
- personne non-binaire pour une personne dont le genre peut être composé de plusieurs identités de genre simultanément ou à des temps différents, de genre neutre, ou de genre évolutif.

2. Contexte

R2. Étant donnés les forts risques psychosociaux touchant les personnes trans, il est essentiel dans les parcours de soins de prendre en compte les déterminants sociaux et économiques en santé, et de dépister les situations de violence pour permettre des orientations médicales, psychologiques et sociales adaptées. (AE)

R3. Il est recommandé que les messages et les actions de prévention en matière de santé sexuelle (information, dépistage, prise en compte du genre dans l'anamnèse, choix des outils de la prévention combinée, mode d'administration des traitements, posologie...) intègrent systématiquement les personnes trans. (AE)

3. Conduite à tenir devant une demande de transition

3.1. Accueil de la demande

R4. Il est recommandé d'individualiser l'accompagnement de la personne, en fonction de ses besoins tout au long de son parcours afin de créer un environnement favorable au bon déroulement de la consultation. (AE)

R5. Il est recommandé d'accueillir la personne sans jugement ou idée préconçue quant à son identité de genre et ses besoins en matière d'accompagnement. (AE)

R6. Il est recommandé de proposer un environnement d'accueil bienveillant et adapté aux personnes trans, notamment, l'utilisation du prénom et pronom demandés (dans toutes les communications) pour éviter toute stigmatisation. Cela passe par une formation de tous les professionnels aux bonnes pratiques d'accueil des personnes trans. (AE)

L'enjeu est de favoriser la capacité d'écoute et la compréhension de la personne trans et de ses proches avec son accord notamment grâce à l'aménagement d'un espace préservé pour la rencontre et l'adoption de modes et supports de communication adaptés.

3.2. Évaluation initiale

3.2.1. Entretien

R7. Comme dans toute prise en charge médicale, l'entretien initial d'une personne trans vise à proposer un accompagnement adapté aux besoins de la personne et sera individualisé en fonction des objectifs de sa transition. (AE)

R8. Il est recommandé que l'entretien initial décrive (AE) :

- l'histoire de la personne en lien avec l'incongruence de genre, sa persistance et les besoins de la personne en matière d'affirmation de genre (soins médicaux, accompagnements...) ;
- la recherche de risques spécifiques est effectuée selon les demandes (prescription d'hormones, chirurgies, etc.), et elle intègre une évaluation des facteurs de vulnérabilité en santé et des violences subies ;
- l'autonomie et la capacité de la personne à consentir de façon éclairée ;
- les ressources de l'individu (sociales, associatives, familiales) et la sécurité à la transition (maintien de ces ressources lors de la transition).

R9. La capacité de décision des personnes doit être évaluée au cas par cas. Il n'y a pas d'outil d'évaluation à utiliser de façon spécifique. (AE)

3.2.2. Examen clinique (anomalie organique, troubles cooccurrents)

R10. Lors de la demande initiale, l'examen clinique sera guidé par l'interrogatoire et le contexte clinique avec l'accord du patient. (AE)

R11. Cette évaluation peut être une opportunité de proposer un dépistage et délivrer des informations de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et des conduites addictives. (AE)

3.3. Cadre relationnel

3.3.1. Importance du travail avec l'entourage

R12. Il est recommandé d'évaluer le soutien social et familial de la personne, et d'entreprendre des actions pour promouvoir et renforcer ce soutien (grade C). Ces actions peuvent comprendre l'orientation vers des associations pour renforcer le soutien communautaire.

R13. Il est recommandé de proposer un espace spécifique pour les proches (parents, partenaire, enfants, etc.), afin de leur offrir des informations adaptées et un soutien émotionnel (grade C).

3.3.2. Décision médicale partagée et consentement

R14. Le consentement libre et éclairé doit être systématiquement recherché pour toute personne.

Pour rappel, l'avis 136 du Comité Consultatif National d'Ethique⁴ rapporte les évolutions des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin.

3.4. Information de la personne sur la prise en charge

R15. La personne doit être informée sur les différentes options en termes de soins d'affirmation de genre et d'accompagnement avant toute prise de décision. Cette information doit aborder les effets attendus et comprendre une revue des bénéfices et risques des différentes options ainsi qu'une précision sur le niveau de certitude scientifique des différentes informations (AE). Elle permettra à la personne ayant formulé la demande de donner son consentement aux soins proposés avec une prise de décision libre et éclairée après un délai de réflexion raisonnable et proportionné.

R16. Il est recommandé d'informer les personnes de l'absence de parcours type afin qu'elles soient encouragées à exprimer leurs besoins individuels afin de personnaliser les parcours. (Article L.1111-2 du CSP)

R17. Il est recommandé d'informer la personne sur les résultats potentiels et les limites des différents traitements, afin d'éviter toute attente irréaliste (AE).

R18. Il est recommandé que les informations soient adaptées aux capacités de compréhension de la personne et ses éventuels accompagnants (AE).

3.5. Définition des objectifs de la prise en charge

R19. Il est recommandé d'accompagner la personne (et son entourage, le cas échéant) dans l'élaboration de son parcours de transition personnalisé, prenant en compte les différents objectifs et les attentes de la personne, ainsi que les moyens envisagés et les différentes contraintes pour répondre aux objectifs. Ce parcours sera adapté en fonction des besoins et de leur évolution. (AE)

3.6. Orientation de la personne au regard de ses besoins

R20. Chaque personne doit pouvoir accéder aux professionnels de santé qui pourraient répondre à ses besoins. Chaque professionnel de santé doit pouvoir informer la personne trans sur les spécialistes et autres professionnels de santé adaptés aux différentes options de la prise en charge. (AE)

⁴ [Avis 136 L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin | Comité Consultatif National d'Ethique](#)

Par ailleurs, il est important d'informer la personne de l'existence des associations d'usagers afin de lui permettre de compléter son information, d'intégrer des réseaux d'auto-support et de soutien, ou de bénéficier d'une pair-aidance. Cette information est aussi pertinente pour les personnes accompagnantes (proches) avec l'accord de la personne prise en charge. (AE)

4. Prescription d’hormones

4.1. Effets sur l’état psychique et sur la qualité de vie

R21. La prescription d’hormones aux personnes trans qui la demandent par des médecins formés, après une information éclairée et une évaluation personnalisée des bénéfices et des risques est recommandée car elle peut contribuer dans ces conditions à améliorer leur état psychique et leur qualité de vie. (grade C)

Cette information permettra à la personne ayant formulé la demande de donner son consentement aux soins proposés avec une prise de décision libre et éclairée après un délai de réflexion raisonnable et proportionné (cf R28).

4.2. Prescription d’hormones féminisantes

4.2.1. Effets attendus des hormones

Les effets attendus des œstrogènes et des molécules limitant la production de testostérone sont présentés dans les tableaux 1 et 2.

Tableau 1. Effets physiques attendus des œstrogènes

| Temps moyen | Effet des œstrogènes |
|--|--|
| 1—3 mois après l’instauration | Changement des odeurs corporelles |
| | Diminution de la masse musculaire |
| | Augmentation de la masse grasse |
| | Redistribution des graisses (fesses et hanches) |
| | Peau plus douce |
| | Changement de la libido |
| | Diminution des érections nocturnes, matinales ou spontanées (parfois érections moins fermes ou absence d’érections provoquées) |
| | Diminution de la production de sperme |
| Changements progressifs (maximum à 1 à 2 ans après l’instauration) | Croissance des mamelons et des seins. |
| | Diminution de la pilosité |
| | Ralentissement ou arrêt de la progression d’une calvitie |
| | Diminution de la taille testiculaire |

Tableau 2. Effets physiques attendus des molécules limitant la production de testostérone

| Temps moyen | Effet des bloqueurs de testostérone |
|---------------------------------|--|
| 1 à 3 mois après l’instauration | Diminution de la libido. |
| | Diminution des érections nocturnes, matinales ou spontanées. Parfois la difficulté à avoir des érections même en étant stimulée. |
| | Diminution de la production de sperme |

| | |
|--|---|
| Changements progressifs (habituellement au moins 2 ans) | Diminution de la pilosité Diminution ou arrêt de la progression d'une calvitie. Croissance modérée des seins (réversible dans certains cas seulement) |
|--|---|

Remarque : les oestrogènes et les molécules limitant la production de testostérone ne provoquent pas de modification de la voix.

4.2.2. Anamnèse et bilan

Le travail du médecin reste identique à sa pratique habituelle. Il réalisera le recueil de l'anamnèse avec l'histoire de la personne, ses antécédents son traitement éventuel ; il s'appliquera à rechercher des facteurs de risques liés au traitement hormonal féminisant.

Il pratiquera aussi un examen clinique, en accord avec la personne et demandera un bilan biologique orienté par l'interrogatoire des personnes et la prescription envisagée.

R22. En l'absence d'études scientifique spécifique, le bilan clinique avant la prescription d'hormones féminisantes chez une personne trans consistera en un recueil des antécédents (personnels et familiaux) et un examen clinique orienté par l'entretien après accord de la personne. Il inclura plus particulièrement la recherche des facteurs de risques vasculaires (artériels et veineux) et oncologiques, un terrain métabolique, une mesure de la pression artérielle, ainsi qu'un recueil de la taille et du poids. (AE)

Les examens biologiques seront centrés sur les effets des éventuelles thérapeutiques (AE) :

- en cas d'utilisation de la spironolactone : une créatininémie et un ionogramme sanguin ;
- en cas d'utilisation de médicaments hépatotoxique éventuelles comme l'acétate de cyprotérone, le bicalutamide : un dosage des transaminases.
- la recherche d'une anomalie lipidique, d'un diabète ou le dépistage des IST se feront conformément aux recommandations de la population générale

L'information concernant la fertilité spontanée ou la préservation de fertilité lors d'un traitement hormonal féminisant devra être donnée plusieurs fois si nécessaire. Il faudra ainsi s'assurer de la parfaite compréhension de l'information délivrée et de l'évolution des attentes des personnes au cours du temps. Une information sur les possibilités et les modalités de contraception sera délivrée aux personnes trans si elle est nécessaire ou si les personnes la demandent.

Le bilan initial est l'occasion de faire un bilan sur la situation globale de la personne (cf. 2.2.7) et une information sera donnée sur la fertilité spontanée lors d'un traitement hormonal féminisant et sur la possibilité de préservation de fertilité (possibilité de consultation et d'informations spécialisées). (AE)

R23. En dehors d'anomalie évocatrice, il n'est pas recommandé de réaliser de caryotype avant la prescription hormones féminisantes chez une personne trans (grade C).

4.2.3. Hormones

4.2.3.1. Estradiol

R24. Du fait de la grande variabilité interindividuelle, il est recommandé que la dose de 17-bêta-estradiol soit adaptée aux bilans sanguins et aux symptômes cliniques de la personne trans (AE).

R25. Il est recommandé de prendre en compte les souhaits et le mode de vie de la personne trans concernée ainsi que le rapport bénéfice-risque de chacune des voies d'administration du 17-bêta-estradiol (cf. Tableau 3) (AE) En l'absence de préférence de la personne ou en cas de facteurs de risque, la voie percutanée sera privilégiée par rapport à la voie orale (AE) (voir R61).

R26. Il n'est pas recommandé de mélanger plusieurs voies d'administration du 17-bêta-estradiol (AE)

R27. Il est recommandé d'informer les personnes trans sur les effets des hormones féminisantes. (AE)

Tableau 3. Utilisation du 17-bêta-estradiol pour une transition hormonale féminisante

| 17-bêta estradiol | Dose initiale | Dose maximale pouvant être utilisée | Remarque |
|---|----------------|-------------------------------------|--|
| Transdermique « Gel » | 1,5-3 mg/j | 6 mg/j | Très grande variabilité en fonction du site d'application ou de la surface d'étalement |
| Transermique « Patchs » hebdo ou bihebdo | 100 µg/j | 400 µg/j | Dosage le plus fort 100 µg donc parfois plusieurs patchs en même temps |
| Oral | 2-4 mg/j | 8 mg/j | Si > 2 mg 2 prises par jour |
| Injection intramusculaire | 4 mg/sem | - | Non disponible en France pour le moment |
| Injection sous-cutané | 3,5 – 4 mg/sem | - | Non disponible en France pour le moment |

4.2.3.2. Bloquer la testostérone (hors orchidectomie)

R28. La prise de 17 bêta-estradiol seule peut être suffisante pour freiner la testostérone, mais seulement dans certains cas et à des dosages élevés dont les risques doivent être discutés avec la personne trans. (AE) Dans le cas contraire, l'association à une spécialité visant à diminuer la production de la testostérone ou son action est à discuter au cas par cas et ne doit pas être systématique. (AE)

R29. L'utilisation isolée de bloqueurs de la testostérone sans 17-bêta-estradiol associé n'est pas indiquée pour une transition hormonale féminisante chez une personne trans. En cas de demande de la personne, cette utilisation peut être discutée, et doit être réévaluée régulièrement compte tenu des risques potentiels à long terme (notamment osseux et psychologiques). (AE)

R30. En cas de traitement en bithérapie (utilisation concomitante de 17 bêta -estradiol et d'un bloqueur de testostérone) pour une transition hormonale féminisante chez une personne trans, la diminution progressive du bloqueur pourra s'envisager avec la personne dès que les effets cliniques recherchés seront stabilisés. (AE)

R31. Le blocage de testostérone n'est pas indiqué après orchidectomie chez une personne trans. (AE)

Spironolactone

R32. L'utilisation de spironolactone en complément des œstrogènes, peut s'envisager en cas de prescription d'hormones féminisantes chez une personne trans (AE) sous réserve d'une surveillance de la pression artérielle, ionogramme sanguin et de la créatininémie en respectant les conditions habituelles de prescription. Elle peut se faire après discussion du rapport bénéfice-risque soit lors de l'instauration soit à distance en fonction des effets cliniques des hormones féminisantes prescrites.

Inhibiteurs de la 5-alpha réductase

R33. L'utilisation d'inhibiteur de la 5 alpha-réductase pour une transition hormonale féminisante chez une personne trans n'a pas montré d'avantage particulier par rapport aux autres traitements. Son utilisation n'est pas recommandée comme anti-androgène en première intention du fait d'un impact potentiellement négatif sur la santé mentale (dépression, idées suicidaires) (AE)

Antagonistes des récepteurs aux androgènes

R34. L'utilisation du bicalutamide dans la transition hormonale féminisante n'est pas suffisamment évaluée et présente un risque de toxicité hépatique. Il n'est pas recommandé d'utiliser le bicalutamide en première intention lors de l'instauration des hormones féminisantes (AE)

Agonistes de la GnRH

R35. L'utilisation d'agonistes de l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (GnRH) en complément des œstrogènes peut s'envisager en cas de prescription d'hormones féminisantes chez une personne trans (AE). Elle peut se faire après discussion du rapport bénéfice-risque soit lors de l'instauration ou à distance en fonction des effets cliniques des hormones féminisantes prescrites. L'utilisation d'un autre anti-androgène peut se discuter lors des premières semaines pour éviter l'effet flare-up et l'augmentation de la testostérone en rapport (AE).

R36. Les antagonistes de la GnRH sont prometteurs mais n'ont pas été évalués chez les personnes trans et ne peuvent pas être recommandés en dehors de protocoles d'étude (AE).

Progestatifs

R37. L'utilisation d'acétate de cyprotérone pour une transition hormonale féminisante chez une personne trans n'est pas recommandée en première intention à des doses de 50 à 100 mg par jour du fait du surrisque de méningiome et de la disponibilité de spécialités alternatives. (AE).

R38. En dernière intention, il est possible de proposer l'utilisation de l'acétate de cyprotérone sur une période courte à des dosages de 25 mg/j ou 25 mg tous les deux jours pour une transition hormonale féminisante chez une personne trans en suivant les règles de prescription pour cette molécule. (AE)

R39. Il n'y a pas de preuve de l'effet de la progestérone sur le développement de la glande mammaire. La progestérone micronisée pourrait augmenter le volume de la glande mammaire et améliorer le bien-être des personnes mais il existe des incertitudes sur les risques cardiovasculaires, de cancer du sein, de méningiome et sur l'humeur. Son utilisation chez des personnes trans sera discutée au cas par cas particulièrement après 45 ans (cf. Tableau 4) (AE).

Tableau 4. Récapitulatif des anti-androgènes utilisables pour une transition hormonale féminisante lors de l'utilisation concomitante d'oestrogènes)

| Molécule | Dosage initial | Dosage maximal | Surveillance spécifique | Remarque |
|------------------------------|--------------------------------------|----------------|----------------------------|---|
| Spironolactone | 100 mg/j | 200 mg/j | Fonction rénale, potassium | Effet diurétique |
| Triptoréline Leuproréline | / 3,75 mg/mois ou 11,25 mg/3 mois | - | Pas de surveillance | Effet <i>flare-up</i> les premiers jours. Utilisation possible d'un autre anti-androgène pour contrer l'effet (par exemple spironolactone). |

| | | | | |
|--------------------------------|-----------|----------|--|------------------------------------|
| Acétate de cyprotérone | 12,5 mg/j | 25 mg/j | Prolactinémie, IRM cérébrale avant l'initiation et à 5 ans puis tous les 2 ans | En 2e intention |
| Bicalutamide | 50 mg/j | - | Fonction hépatique (transaminases) | En 2e intention. Peu évaluée. |
| Progestérone micronisée | 100 mg/j | 200 mg/j | Pas de surveillance | Peu évaluée. Bénéfices incertains. |

4.2.4. Suivi clinique et biologique des personnes trans sous hormones féminisantes

La surveillance du traitement hormonal féminisant comprendra un suivi clinique avec le recueil du ressenti de la personne, des effets attendus et indésirables éventuels. Une nouvelle fois, les facteurs de risque seront recherchés car ils peuvent évoluer avec l'âge et la durée du traitement hormonal.

R40. En l'absence d'étude clinique spécifique, le bilan clinique de surveillance d'une personne trans sous hormones féminisantes sera fait à 3 mois puis à une fréquence adaptée au cas par cas jusqu'à ce que le dosage soit dans les valeurs de référence puis une fois par an. Il consistera en un entretien clinique pour vérifier la tolérance (signes de sur- et sous-dosages hormonaux, effets indésirables), l'efficacité du traitement, les facteurs de risque et la satisfaction de la personne (AE).

R41. Les examens biologiques de surveillance d'une personne trans sous hormones féminisantes seront centrés sur les effets des éventuelles thérapeutiques et se feront à 3 mois puis à une fréquence adaptée à l'âge et au cas par cas jusqu'à ce que le dosage soit dans les valeurs de référence puis si besoin. Ils comprendront (AE) :

- un dosage de l'estradiol, de la testostérone. En première intention, les dosages de l'estradiol et de testostéronémie totale sont suffisants chez les personnes trans ayant toujours leurs gonades ;
- en cas d'utilisation de la spironolactone : dosage de créatininémie et ionogramme sanguin ;
- en cas d'utilisation de thérapeutiques hépatotoxiques éventuelles comme le bicalutamide : dosage des transaminases.

R42. La recherche d'une anomalie lipidique, d'un diabète ou le dépistage des IST chez une personne trans sous hormones féminisantes se feront conformément aux recommandations de la population générale. (AE)

R43. Chez les personnes trans à risque d'ostéoporose, un taux sérique d'estradiol plus élevé pourrait diminuer le risque fracturaire ultérieur et la bonne observance du traitement devra être vérifiée (AE).

R44. Le dosage d'estrone n'est pas recommandé en pratique courante dans le suivi des personnes trans sous hormones féminisantes (Grade C).

R45. L'évaluation de la tolérance clinique est à considérer au même titre que les dosages sanguins. La prescription est à adapter à chaque personne trans sous hormones féminisantes, au cas par cas. En cas de taux inexpliqués par le dosage prescrit, un dialogue doit être engagé avec la personne afin d'adopter une approche réductrice de risque vis-à-vis d'une potentielle automédication (AE).

4.2.5. Surveillance d'une personne trans sous hormones féminisantes

4.2.5.1. Risque cardio-vasculaire

R46. Chez les personnes trans de plus de 37 ans, ou lorsqu'il existe des facteurs de risque thromboembolique (indice de masse corporelle (IMC), tabac, facteurs familiaux), l'utilisation de 17 bêta-estradiol par voie transcutanée en première intention est recommandée du fait d'une potentielle diminution du surrisque thromboembolique. (grade C)

4.2.5.2. Risque hépatique

R47. En dehors de l'utilisation d'un traitement hépatotoxique potentiel comme le bicalutamide, ou d'antécédent hépatique, il n'est pas recommandé de surveiller le bilan hépatique des personnes trans asymptomatiques sous oestrogènes par voie orale ou transdermique. (AE)

4.2.5.3. Risque carcinologique

R48. Il n'est pas recommandé de réaliser de surveillance spécifique carcinologique chez les personnes trans. (AE) Les personnes trans devront avoir un dépistage concernant les cancers de leurs organes (sein, prostate et testicule).

4.2.5.4. Risque endocrinologique

R49. Un dosage de prolactine est recommandé chez les personnes trans sous hormones féminisantes en cas d'apparition de céphalées, de galactorrhée, ou de troubles visuels (AE).

4.2.5.5. Autres effets

R50. La surveillance de la fonction rénale se fera au cas par cas en respectant les recommandations de bonne pratique des traitements éventuellement prescrits. (AE)

R51. L'usage de 17 bêta-estradiol à dose efficace ayant un effet neutre sur l'ostéodensitométrie, il n'est pas recommandé de réaliser de surveillance osseuse spécifique chez les personnes trans. (AE) Une attention particulière doit être portée aux personnes en sous dosage en estradiol.

4.2.6. Durée de traitement hormonal

R52. La durée maximale du traitement hormonal féminisant chez les personnes trans n'est pas connue à ce jour. L'introduction, le maintien ou la diminution du traitement hormonal féminisant se discutera au cas par cas en tenant compte des besoins de la personne, du rapport bénéfice risque et en particulier des enjeux liés à l'âge (AE).

4.3. Prescription d'hormones masculinisantes

4.3.1. Effets attendus des hormones

Les effets attendus de la testostérone sont présentés dans le tableau 5.

Tableau 5. Changements typiques sous traitement par testostérone (varient d'une personne à l'autre)

| Temps moyen | Effets de la testostérone |
|---------------------------------|--|
| 1 à 3 mois après l'instauration | Augmentation de la libido |
| | Sècheresse et diminution de l'élasticité vaginale |
| | Augmentation de la taille du dicklit (hypertrophie du clitoris 1 à 3 cm) |

| | |
|--|---|
| | <p>Augmentation de la croissance, épaisseur, longueur des poils sur les jambes, bras, thorax, dos, abdomen.</p> <p>Odeurs corporelles</p> <p>Peau plus grasse et acné</p> <p>Augmentation de la masse musculaire et de la force</p> <p>Redistribution des graisses avec augmentation sur l'abdomen et moindre sur les hanches</p> |
| 1—6 mois après l'instauration | Arrêt des menstruations |
| 3—6 mois après l'instauration | Début de la mue de la voix (peut prendre jusqu'à un an) |
| 1 an ou plus après l'instauration | <p>Pousse graduelle de la barbe (habituellement 1 à 4 ans)</p> <p>Possible calvitie de type masculine</p> |

4.3.2. Anamnèse et bilan avant la prescription d'hormones

R53. En l'absence d'étude clinique spécifique, le bilan clinique avant la prescription d'hormones masculinisantes chez une personne trans consistera en un recueil des antécédents (personnels et familiaux) et un examen clinique orienté par l'entretien après accord de la personne. Il inclura plus particulièrement la recherche des facteurs de risques vasculaires et oncologiques, un terrain métabolique, une mesure de la pression artérielle, ainsi qu'un recueil de la taille et du poids.

R54. Les examens biologiques avant la prescription d'hormones masculinisantes chez les personnes trans seront centrés sur les éventuelles thérapeutiques et les données de l'entretien clinique initial (AE) :

- la numération globulaire pour l'évaluation initiale de l'hémoglobine et de l'hématocrite (cf.R88) ;
- la recherche d'une cytolysé hépatique et d'une cholestase ;
- la recherche d'une anomalie lipidique, d'un diabète ou le dépistage des IST se feront conformément aux recommandations de la population générale

R55. En dehors d'anomalie évocatrice, il n'est pas recommandé de réaliser de caryotype avant la prescription d'hormones masculinisantes chez les personnes trans. (AE)

R56. Le bilan initial est l'occasion de faire un point sur la situation globale de la personne trans (cf. 2.2.7) et une information sera donnée sur la possibilité de préservation de fertilité (possibilité de consultation et d'informations spécialisées). (AE)

R57. Il n'est pas nécessaire de subordonner le début du traitement par testostérone des personnes trans à un prélèvement de gamètes. (AE)

R58. La testostérone ne doit pas être considérée comme une contraception. (AE) Une contraception non hormonale ou progestative peut être proposée conformément aux règles de prescription habituelle. (AE)

4.3.3. Hormones

4.3.3.1. Androgènes

R59. Du fait de la grande variabilité interindividuelle, il est recommandé d'adapter la dose de testostérone chez les personnes trans aux bilans sanguins et aux symptômes cliniques. (AE).

R60. La voie d'administration (percutanée ou injectable) de la testostérone doit être personnalisée et adaptée à la personne trans. (AE)

R51. Il est conseillé de prendre en compte les souhaits et le mode de vie de la personne trans concernée ainsi que le rapport bénéfice risque de chacune des voies d'administration de la testostérone (cf. Tableau 6). (AE)

R52. Il est recommandé d'informer les personnes trans des bénéfices et des risques du traitement par testostérone (antécédents vasculaires personnels et familiaux, conseiller l'arrêt du tabac). (AE)

R63. Il est nécessaire de prendre en compte l'automédication éventuelle des personnes trans. (AE)

Tableau 6. Utilisation de la testostérone pour une transition hormonale masculinisante

| Testostérone | Dose minimale | Dose initiale | Dose maximale | Remarque |
|--|------------------|--|---------------|---|
| Enanthate par voie sous-cutanée ou intramusculaire | 20 mg/sem | 50 mg/sem | 100 mg/sem | Doubler les doses si toutes les 2 semaines |
| Undecanoate par voie sous-cutanée ou intramusculaire | | 750 mg répétée à 4 sem puis toutes les 10 semaines | | - |
| Gel de testostérone | 12,5-25 mg/matin | 50 mg/matin | 100 mg/matin | Variabilité en fonction du site d'application |

4.3.3.2. Inhibiteurs de la 5 alpha-réductase

R54. L'utilisation d'inhibiteur de la 5 alpha-réductase chez les personnes trans n'est pas recommandée systématiquement en cas d'alopecie androgénique. La diminution de la dose de la testostérone pour lutter contre l'alopecie pourra se discuter au cas par cas en prenant en compte l'impact potentiel négatif sur la virilisation et l'état psychique. (AE)

4.3.3.3. Androstanolone en gel (Dihydrotestostérone ou DHT)

R65. L'utilisation de gel à l'androstanolone chez les personnes trans n'est pas recommandée. (AE)

4.3.4. Suivi clinique et biologique d'une personne trans sous hormones masculinisantes

R66. En l'absence d'étude clinique spécifique, le bilan clinique de surveillance d'une personne trans sous hormones masculinisantes sera fait à 3 mois puis à une fréquence adaptée au cas par cas jusqu'à ce que le dosage soit dans les valeurs de référence puis une fois par an. Il consistera en un entretien clinique pour vérifier la tolérance (signes de sur et sous dosages hormonaux, effets indésirables), l'efficacité du traitement, les facteurs de risque et la satisfaction de la personne (AE).

R67. Les examens biologiques de surveillance d'une personne trans sous hormones masculinisantes seront centrés sur les thérapeutiques utilisées et se feront à 3 mois la première année jusqu'à ce que le dosage soit dans les valeurs de référence puis une fois par an après chaque changement de dosage puis si besoin. Ils comprendront (AE) :

- un dosage de la testostérone. Les dosages de testostéronémie totale sont suffisants chez les personnes ayant toujours leurs gonades ;
- en cas de gonadectomie, un dosage de l'hormone lutéinisante (LH) ;

- la numération globulaire pour l'évaluation de l'hémoglobine et de l'hématocrite.

R58. La recherche d'une anomalie lipidique, d'un diabète ou le dépistage des IST se fera conformément aux recommandations de la population générale (AE)

R69. Il n'y a pas de valeur seuil ayant démontré de rapport bénéfice-risque préférable concernant la masculinisation (AE).

R70. Dans ce contexte, la tolérance clinique prime sur les dosages sanguins. Si la testostérone est dosée, les concentrations de testostérone doivent correspondre à celles des hommes en fonction de l'âge. (AE)

4.3.5. Surveillance d'une personne trans sous hormones masculinisantes

4.3.5.1. Surveillance cardio-vasculaire

R71. La surveillance cardiologique des personnes trans sous testostérone est la même que celle des hommes. (AE)

R72. La surveillance de l'hématocrite des personnes trans sous testostérone devrait être réalisée à 3 mois de tout changement de dose. Si la valeur est inférieure à 54 %, et en l'absence de changement de dose ou de facteur de risque, il est recommandé de le surveiller annuellement par la suite (AE).

4.3.5.2. Risque hépatique

R73. Chez les personnes trans sous testostérone et asymptomatiques, il n'est pas recommandé de réaliser une surveillance des enzymes hépatiques du seul fait du traitement hormonal. (AE)

4.3.5.3. Risque carcinologique

R74. La surveillance du cancer du sein des personnes trans avec ou sans mastectomie respectera les recommandations (HAS 2014) concernant les femmes. (AE)

R75. La surveillance des cancers pelviens des personnes trans respectera les recommandations concernant les femmes. (AE).

4.3.5.4. Fertilité

R76. La testostérone ne doit pas être considérée comme une contraception. (AE) Une contraception non hormonale ou progestative peut être proposée conformément aux règles de prescription habituelle. (AE)

R77. Dans les premières années de traitement par la testostérone, un prélèvement de gamètes peut être proposé. (AE)

4.3.5.5. Autres effets

R78. Il est recommandé de surveiller la fonction rénale des personnes trans comme en population générale. (AE)

R79. En dehors de microdosage ou d'arrêt du traitement hormonal masculinisant après gonadectomie, il n'est pas recommandé de réaliser de surveillance osseuse spécifique chez les personnes trans. (AE)

4.3.6. Durée du traitement hormonal

R80. La durée maximale de prescription des hormones masculinisantes chez une personne trans n'est pas connue à ce jour. Le maintien ou la diminution des hormones masculinisantes se discutera au cas

par cas en tenant compte des besoins de la personne, du rapport bénéfice risque et en particulier des enjeux liés à l'âge. (AE)

5. Prise en charge en chirurgie

5.1. Modalités de la prise en charge chirurgicale

R81. Lors d'une transition, il est recommandé de répondre aux demandes de chirurgie des personnes trans, selon les mêmes modalités et dans les mêmes délais que pour les autres demandeurs. (AE)
Cette chirurgie sera réalisée par des médecins disposant des compétences nécessaires.

R82. Un avis psychiatrique systématique n'est pas recommandé. (AE)

R83. Il est recommandé de délivrer une information pré-opératoire claire, loyale et adaptée afin de permettre à la personne trans de donner son consentement éclairé. Cette information doit porter sur l'ensemble des modalités chirurgicales et de ses risques à court et long terme et de son caractère irréversible pour certains actes. (AE)

R54. La mise en place d'un suivi et de soins post-opératoires appropriés au type de chirurgie doit être systématique au cours de la prise en charge chirurgicale. (AE)

R85. Dans la mesure de ses compétences et de ses disponibilités, un chirurgien accepte de réintervenir chez une personne qu'il n'a pas opérée. (AE)

5.2. Chirurgie de féminisation

5.2.1. Chirurgies de la face

Type de chirurgie

R86. Il est recommandé de répondre aux demandes de chirurgie de féminisation faciale des personnes trans, ceci y compris en l'absence de traitement hormonal. (grade C)

Modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R87. L'ensemble des techniques de féminisation du visage (rhinoplastie, contouring du visage (menton, mâchoire, cartilage thyroïdien, front et implantation de cheveux, remodelage des parties molles, greffe de cheveux) ainsi que les alternatives à la chirurgie (par exemple, prothèse capillaire, effet attendu du traitement hormonal sur le visage) doivent pouvoir être discutées afin de correspondre autant que possible à la demande de la personne trans concernée en précisant les modalités de prise en charge ou non par l'Assurance Maladie. (AE)

5.2.2. Chirurgies thoraciques

Type de chirurgie

R88. Il est recommandé de répondre aux demandes de chirurgie de féminisation thoracique des personnes trans. (grade C)

Modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R89. L'ensemble des techniques de féminisation du torse (prothèse mammaire, renouvellement de prothèse, (grade C) transfert de graisse, lambeau (AE)) ainsi que les alternatives à la chirurgie (par exemple, effet attendu du traitement hormonal, prothèses externes) doivent pouvoir être discutées afin de correspondre autant que possible à la demande de la personne trans concernée. La prise d'un traitement hormonal ne doit pas conditionner l'accès à ces chirurgies.

Spécificité de l'information préopératoire

R90. Il est recommandé d'informer spécifiquement la personne trans concernée des risques de révision chirurgicale et de l'ensemble des risques liés à l'utilisation d'implant mammaire, en particulier celui de lymphome à grandes cellules lié aux implants texturés. (grade C)

Suivi

R91. Le suivi médical habituel à ces interventions en fonction du type d'implant mammaire est recommandé. (AE)

5.2.3. Chirurgies génitales

Type de chirurgie

R92. Il est recommandé de répondre aux demandes de chirurgie de féminisation génitale des personnes trans. (AE)

R93. Pour les personnes qui ne sont pas encore sous traitement hormonal, il est souhaitable de conseiller l'essai d'un traitement hormonal féminisant avant la chirurgie (AE).

Modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R94. Il n'est pas nécessaire d'arrêter le traitement hormonal féminisant avant la chirurgie.

R95. Les différentes options (orchidectomie, vulvoplastie, vaginoplastie) et l'ensemble des différentes techniques (par exemple, utilisation de peau pénienne, péritoine, colon, etc.) doivent pouvoir être discutées afin de correspondre autant que possible à la demande de la personne trans. (AE)

Spécificité de l'information préopératoire

R96. Il est indispensable d'informer spécifiquement la personne trans concernée sur (AE) :

- l'irréversibilité de l'orchidectomie et de la vulvoplastie et leur impact sur la fertilité ;
- l'arrêt de production endogène d'hormones et ses retentissements sur la santé physique et mentale ;
- la nécessité des soins post-opératoires à long terme en cas de vaginoplastie (dilatations vaginales).

Cette information permettra à la personne ayant formulé la demande de donner son consentement aux soins proposés avec une prise de décision libre et éclairée après un délai de réflexion raisonnable et proportionné (cf R28).

Suivi

R97. Aucun suivi à long terme urologique et/ou gynécologique spécifique n'est recommandé sauf en cas de symptômes. (AE)

R98. Un accompagnement en santé sexuelle doit être proposé. (AE)

R99. Un suivi hormonal doit être encouragé après une opération génitale. (AE)

5.2.4. Chirurgies de la voix

Type de chirurgie et modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R100. La prise en charge recommandée pour une féminisation de la voix est l'orthophonie. (AE)

R101. En cas de résultat insatisfaisant de l'orthophonie, d'autres techniques sont disponibles (travail sur le souffle, chant), voire les chirurgies de féminisation de la voix en prenant en compte les risques de ces techniques (dysphonies, etc.). (AE)

R102. L'ensemble des différentes techniques disponibles (resserrement crico-thyroïdien, glottoplastie endoscopique) doivent pouvoir être discutées afin de correspondre autant que possible à la demande de la personne trans concernée. (AE)

R103. Un suivi orthophonique est recommandé après une intervention chirurgicale. (AE)

5.3. Chirurgie de masculinisation

5.3.1. Chirurgies thoraciques

Type de chirurgie

R104. Il est recommandé de répondre aux demandes de chirurgie de masculinisation du thorax adaptée à leur anatomie des personnes trans. (grade C)

Modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R105. Une obésité ou un surpoids ne sont pas des contre-indications à une chirurgie de masculinisation du thorax pour les personnes trans.

R106. L'ensemble des différentes options (par exemple, double incision, incision péri-aréolaire) et les techniques alternatives (binding) doivent pouvoir être discutées afin de correspondre autant que possible à la demande de la personne trans concernée. (AE) La prise d'un traitement hormonal ne doit pas conditionner l'accès à ces chirurgies.

R107. Un dépistage du cancer du sein peut être réalisé en pré-opératoire selon les recommandations en vigueur. (AE)

Spécificité de l'information préopératoire

R108. Il est recommandé d'informer spécifiquement la personne trans concernée sur (AE) :

- l'impact des variations de poids ;
- les troubles de la sensibilité du mamelon ;
- la survenue fréquente de révision chirurgicale ;
- la persistance de tissu mammaire résiduel (risque théorique de cancer du sein).

5.3.2. Chirurgies des organes génitaux internes

Type de chirurgie

R109. Il est recommandé de répondre aux demandes de chirurgie d'ablation des organes génitaux internes féminins des personnes trans. (grade C)

Modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R110. L'ensemble des différentes techniques disponibles (ovariectomie, hystérectomie totale [hystéro-salpingo-colpectomie], vaginectomie) doit pouvoir être discuté afin de correspondre autant que possible à la demande de la personne trans concernée. (grade C)

Spécificité de l'information préopératoire

R111. Il est recommandé d'informer spécifiquement la personne transmasculine concernée, , sur (AE) :

- l'irréversibilité de l'ovariectomie et de l'hystérectomie et des conséquences sur la fertilité ;
- la possibilité de préservation ovarienne uni ou bilatérale, et le manque de connaissance sur ses conséquences à long terme ;

- l'arrêt de production endogène d'hormones en cas d'ovariectomie et ses retentissements sur la santé physique et mentale.

Cette information permettra à la personne ayant formulé la demande de donner son consentement aux soins proposés avec une prise de décision libre et éclairée après un délai de réflexion raisonnable et proportionné (cf R28).

Suivi

R112. En l'absence de colpo-hystérectomie, un suivi dans le cadre du dépistage du cancer du col doit être réalisé selon les modalités de dépistage en vigueur. (AE)

5.3.3. Chirurgies des organes génitaux externes : la métaoïdioplastie

Type de chirurgie

R113. Il est recommandé de répondre aux demandes de chirurgie de métaoïdioplastie des personnes trans. (grade C)

Modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R114. L'ensemble des différentes techniques disponibles (allongement urétral, scrotoplastie, vaginectomie) doit pouvoir être discuté afin de correspondre autant que possible à la demande de la personne trans concernée. (grade C)

Spécificité de l'information préopératoire

R115. Il est recommandé d'informer spécifiquement la personne trans concernée sur (grade C) :

- la taille du phallus reconstruit variant le plus souvent entre 4 et 10 cm ;
- les complications fréquentes notamment en cas d'allongement urétral.

Suivi

R116. Un suivi urologique à long terme est recommandé en cas d'allongement urétral. (AE)

R117. Un accompagnement en santé sexuelle doit être proposé. (AE)

5.3.4. Chirurgies des organes génitaux externes : les phalloplasties

Type de chirurgie

R118. Il est recommandé de répondre aux demandes de chirurgie de phalloplastie des personnes trans. (grade C)

Modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R119. L'ensemble des différentes techniques disponibles (phalloplastie, glanuloplastie, allongement urétral, scrotoplastie, vaginectomie) doit pouvoir être discuté afin de correspondre autant que possible à la demande de la personne trans concernée. (grade C)

Spécificité de l'information préopératoire

La survenue de complication à court et moyen terme nécessite une information complète et une compréhension du projet.

R120. Il est recommandé d'informer spécifiquement la personne trans concernée sur (grade C) :

- l'ensemble des techniques disponibles pour la construction du phallus ;
- le risque de perte totale de lambeau en cas de phalloplastie ;
- les complications fréquemment associées en cas d'allongement urétral et de pose de prothèse érectile ;

- la durée de vie limitée des prothèses érectiles ;
- la morbidité du site donneur (stigmate cicatriciel) ;
- les troubles possibles de la sensibilité génitale ;
- la durée des soins chirurgicaux.

Suivi

R121. Un suivi urologique à long terme est recommandé en cas d'allongement urétral et de pose de prothèse érectile. (AE)

R122. Un accompagnement en santé sexuelle doit être proposé. (AE)

6. Accompagnement psychologique

6.1. Dépistage de troubles psychiatriques associés

Il n'existe à ce jour aucune étude empirique évaluant l'intérêt d'un dépistage systématique ou standardisé des troubles psychiatriques chez les personnes trans.

R123. Le repérage d'éventuels troubles psychiatriques, de santé mentale, neurodéveloppemental ou d'autres problèmes psychosociaux chez l'adulte trans peut être réalisé en amont d'un traitement hormonal, par un professionnel de premier recours, et intégré dans l'évaluation globale. Il permettra d'orienter les personnes trans vers des services de santé adaptés à leurs besoins dans le cadre d'une décision partagée.

R124. Dans tous les cas, l'identité de genre ne doit pas faire l'objet d'une évaluation psychiatrique spécifique. (AE)

R125. En cas de besoin, le recours à un professionnel de santé mentale ne doit pas entraîner un délai de prise en charge supplémentaire et doit s'organiser en parallèle du processus global de prise en charge.

R126. Il est recommandé que les professionnels de santé qui évaluent les adultes trans en vue de leurs traitements physiques soient capables d'identifier des problèmes de santé mentale, neurodéveloppemental ou des problèmes psychosociaux coexistant.

6.2. Soutien tout au long du parcours

R127. La reconnaissance pleine et entière du genre de la personne tel qu'elle l'exprime est une condition majeure pour assurer la qualité de l'accompagnement. (AE)

R128. Pour les personnes trans :

- aucune psychothérapie n'est obligatoire de façon systématique dans le cadre d'un parcours de transition (AE) ;
- les parcours de transition pouvant être évolutifs, la capacité de prendre une décision peut être réévaluée tout au long du parcours (AE) ;
- les thérapies de conversion ont montré leur effet délétère et sont interdites par la loi⁵ ;
- un soutien par un professionnel de santé mentale peut être nécessaire, il pourra comporter l'utilisation d'outils d'affirmation de soi, des techniques d'apprentissage de gestion du stress, une psychoéducation centrée sur la lutte contre les stéréotypes (grade B).

⁵ Loi du 31 janvier 2022 interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre d'une personne

7. Autres soins

7.1. Modifications de la silhouette par le port de vêtements serrés

R129. Les pratiques de modification de la silhouette par des vêtements compressifs sont des aides importantes dans des phases de transition, et il est recommandé d'utiliser une approche de réduction des risques autour de ces pratiques. Les effets indésirables possibles doivent être ainsi recherchés et pris en charge. (AE)

7.2. Soins dermatologiques

R130. Il est recommandé de répondre à la demande de dépilation faciale et/ou corporelle des personnes trans. (AE)

R131. Une dépilation préopératoire peut améliorer les résultats chirurgicaux de certaines chirurgies d'affirmation de genre (principe clinique). (AE)

R132. L'acné est un effet indésirable très fréquent notamment chez les hommes trans dont l'impact psychologique et social est très important, elle devra donc être recherchée et traitée. (AE)

R133. Les traitements de l'acné par tétracyclines et isotrétinoïne peuvent être proposés mais nécessitent un contrôle du bilan hépatique devant les risques d'hépatotoxicité augmentée lors de l'association avec la testostérone. Une contraception doit être proposée (obligatoire). En cas de prescription d'isotrétinoïne, un test de grossesse mensuel et une surveillance des potentiels effets psychologiques (dépression, anxiété) doivent être réalisés selon les principes réglementaires décrits dans les Résumés des caractéristiques des produits. (AE)

R134. Il est recommandé de répondre à la demande de prothèse capillaire et d'implants capillaires des personnes trans. (AE)

R135. Il est recommandé de dépister les pratiques non professionnelles ou d'automédication de modelage du corps par injections et d'informer la personne trans de leurs effets secondaires et de leurs dangers. (AE)

R136. Il est recommandé de prendre en charge les personnes ayant eu des injections de silicone et autres produits non autorisés pour surveillance, accompagnement et intervention chirurgicale en cas de complications. (AE)

7.3. Modification de la voix par la rééducation orthophonique

R137. Il est recommandé de répondre aux demandes d'orthophonie pour les personnes transféminines et transmasculines. (AE)

7.4. Soins de kinésithérapie

R138. Il est recommandé de mettre en place des soins de kinésithérapie avant et après chirurgie de vulvo-vaginoplasties pour diminuer le taux de dysfonction pelvienne (incontinence urinaire, troubles défécatoires, incontinence anale, rétrécissement vaginal, etc.). (grade C)

R139. Il est recommandé de proposer des soins de kinésithérapie spécifiques tout au long de l'accompagnement d'une démarche médicale de transition. (AE)

7.5. Préservation des gamètes

R140. Il est recommandé de proposer systématiquement une consultation d'information sur la préservation des gamètes aux personnes trans avant de débuter un traitement hormonal (taux de succès, effets secondaires). (AE)

R141. Il est recommandé d'informer la personne trans de l'impact des différents traitements sur la fertilité, des différentes options disponibles en matière de préservation des gamètes et sur les possibilités alternatives de parentalité (AE). En complément, l'informer sur les dispositions légales en vigueur concernant le prélèvement, la conservation et l'utilisation des gamètes. (AE)

R142. Il est recommandé de proposer systématiquement une cryopréservation aux personnes trans avant gonadectomie (grade C) et autres chirurgies génitales. (AE) L'impact des parcours de transition sur la fertilité future et la place de la cryopréservation ne sont encore que partiellement connus.

7.6. Soins courants

R143. Pour les personnes trans, il est recommandé un suivi et une prise en charge comparables à ceux de la population générale pour les soins courants. (AE)

R144. Les personnes trans ont les mêmes besoins en soins de santé globale que la population générale, en prenant en compte les facteurs de vulnérabilité en santé (cf § 2), les obstacles à l'accès aux soins et la physiologie de la personne. (AE)

R145. Le dépistage des cancers sera adapté au profil de la personne trans en fonction de ses organes, de ses antécédents personnels (médicaux et chirurgicaux) et familiaux. (AE)

R146. Il est recommandé aux professionnels de santé d'adapter l'application des recommandations, protocoles et documentations en matière de santé afin de les rendre inclusifs de la diversité des personnes. (AE)

7.7. Rôle des associations

Les associations de personnes trans jouent un rôle important dans l'accès à la santé et l'amélioration du système de soins pour les personnes trans. Elles assurent un lien utile entre les personnes trans et des professionnels compétents, tout en favorisant la pair-aidance, la diffusion d'informations fiables et l'accompagnement global en santé mentale, sexuelle et sociale. Leur participation au sein des instances de santé permet de faire évoluer qualitativement les pratiques et de mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes trans, contribuant ainsi à une meilleure inclusion.

R147. Il est recommandé aux professionnels de santé d'orienter les personnes trans et leurs proches vers les associations locales et utiliser les ressources communautaires (documentation, affiches, agendas...) pour fournir des informations adaptées et un accompagnement complémentaire. (AE)

R148. Il est recommandé que les associations soient intégrées dans les organisations territoriales de santé pour améliorer la qualité, la continuité et l'accessibilité des soins pour les personnes trans. (AE)

8. Fluidité des parcours de transition (détransition, re-transition, etc.)

8.1. Définitions, épidémiologie et exploration du concept

L'absence de consensus sur la définition de la détransition et l'absence d'études robustes dans ce domaine rend difficile un consensus clair parmi les chercheurs et les cliniciens sur cette notion.

R149. La détransition est un terme qui recouvre plusieurs réalités (arrêt de transition, discontinuation d'une transition, réorientation) qui s'accompagnent ou non de regrets.

Il est recommandé d'explorer les ressorts d'une détransition et de dépister d'éventuelles violences puisque les raisons de détransition peuvent impliquer des situations de vulnérabilité ou d'exclusion sociale, des pressions de l'entourage ou un manque d'information médicale. (AE)

8.2. Accompagnement

R150. Il est recommandé d'accompagner les personnes qui souhaitent détransitionner selon les mêmes modalités que les demandes de transition, de leur offrir un espace de soutien psychologique spécifique et de les orienter vers des groupes de pairs. (AE)

R151. Il est recommandé d'explorer les attentes d'une détransition (fonctionnalité des organes, fertilité) et d'informer sur les options possibles (cf. 5.2.3 et 5.3.2). (AE)

R152. Les détransitions chirurgicales génitales nécessitent un accompagnement par une équipe spécialisée. (AE)

Il n'a pas été identifié de données sur l'évaluation des modèles de soins pour des personnes souhaitant entamer une détransition médicalisée.

Annexe 1. Saisine



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 Goudec
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

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'utilisateurs suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

| | |
|--|--|
| Association ACCEPTESS-T | Conseil National Professionnel de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique |
| Association "C'est pas mon genre" | Conseil National Professionnel de Dermatologie et Vénérologie |
| Association Chrysalide | Conseil National Professionnel de Gynécologie et Obstétrique et Gynécologie Médicale (CNPGO et GM) |
| Association CLAR-T | Conseil National Professionnel de Maladies Infectieuses et Tropicales (CNP MIT) |
| Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API) | Conseil National Professionnel de Pédiatrie |
| Association Espace Santé Trans | Conseil National Professionnel de psychiatrie |
| Association française d'urologie | Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNPP-CNQSP) |
| Association française de pédiatrie ambulatoire | Fédération française de psychiatrie |
| Association française de promotion de la santé dans l'environnement Scolaire et Universitaire (AFPSSU) | Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP) |
| Association Grandirtrans | Société française d'endocrinologie |
| Association Juristes pour l'Enfance | Société française de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique (SOFCPRE)" |
| Association OUTRANS | Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport (SFMES) |
| Association Réseau Santé Trans | Société française de Pédiatrie |
| Association RITA | Société française de pharmacologie et de thérapeutique (SFPT) |
| Association Trans Inter Action | Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées (SFPEADA) |
| Association TRANSAT | Société française de santé au travail (SFST) |
| Association Transparents | |
| Collectif Ypomoni | |
| Collège de Médecine Générale (CMG) | |
| Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) | |
| Conseil National Professionnel d'Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition | |
| Conseil National Professionnel d'ORL et chirurgie cervico-faciale | |

Groupe de travail

M. Clément Moreau, usager du système de santé - Co-président du groupe de travail
Dr Nicolas Morel Journal, chirurgien urologue, Lyon – Co-président du groupe de travail
Dr Lucie Jurek, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Bron - Chargée de projet
Dr Thelma Linet, gynécologue obstétricienne, Paris - Chargée de projet jusqu'au 30/05/2024
Dr Paul Neuville, chirurgien urologue, Pierre Bénite - Chargé de projet
Muriel Dhénain, chef de projet HAS, Saint-Denis

Pr Nathalie Chabbert-Buffet, endocrinologue, Paris
 Dr Christine Chabrolle, endocrinologue, Chambray-les-Tours
 Dr Jean Chambry, pédopsychiatre, Paris
 Dr Agnès Condat, psychiatre, Paris
 Dr Laura De Salas Prado, médecin généraliste, Saint-Etienne
 Mme Béatrice Denaes, usager du système de santé
 Dr Jean-Dominique Dewitte, pneumologue, santé au travail, Brest
 Pr Martine Duclos, endocrinologue, physiologie, Clermont-Ferrand
 Dr Anne Enot Froger, psychiatre, Tullins
 Dr Marc Fillâtre, psychiatre, Tours
 Dr Julie Gille de le Londe, médecin généraliste, Aubervilliers

M. Thierry Goguel d'Allondans, anthropologue, Strasbourg
 Mme Claire-Emmanuelle Guinoiseau, infirmière, Châlons-en-Champagne
 Mme Laurence Kouznetsov, usager du système de santé
 Dr Christine Louis-Vahdat, CNOM, gynécologue obstétricienne, Paris
 Dr François-Xavier Madec, chirurgien urologue, Suresnes
 Pr Laetitia Martinerie, pédiatre, Paris
 M. Joël Dicial Nziengui-Mabila, psychologue clinicien, Pau
 Mme Anaïs Perrin-Prevelle, usager du système de santé
 Dr Olivier Pirrello, gynécologue obstétricien, Strasbourg
 Mme Marie Terrouche, usager du système de santé
 Mme Claire Vandendriessche, usager du système de santé
 Mme Louve Zimmerman usager du système de santé

Personnes auditionnées

Mme Julie Mattiussi, Maîtresse de conférences en droit privé, Strasbourg
 Mme Emma Leterme, masseur-kinésithérapeute, Paris

Groupe de lecture

Dr Mikaël Agopiantz, gynécologue médical, Nancy
 Dr Aubert Agostini, gynécologue obstétricien, Marseille
 Dr Frédérique Albarel, endocrinologue, Marseille
 Dr Emmanuel Allory, médecin généraliste, Rennes
 Dr Sylvain Berdah, pédopsychiatre, Paris
 Mme Mireille Biol, usager du système de santé
 Dr François Brezin, pédiatre, Strasbourg
 Dr Sophie Cabal, pédopsychiatre, Toulouse
 Dr Maïté Camo, gynécologue médicale, Tourcoing
 Dr Rémi Cappanera, médecin généraliste, Brétigny-sur-Orge
 Pr Charles Cazanave, infectiologue, Bordeaux
 Dr Sidonie Chhor, médecin généraliste, Rennes
 Pr Bénédicte Clin-Godard, santé au travail et pathologie professionnelle, Caen
 Dr Clara Compan, gynécologue obstétricienne, Montpellier
 Mme Marion Coville, Sciences de l'Information et de la Communication, Poitiers
 M. Max Cressent, usager du système de santé
 Dr Stéphanie Cussot-Charpentier, pédopsychiatre, Toulouse
 Mme Marie de le Chenelière, usager du système de santé

Dr Victoire Delporte, gynécologue obstétricienne, Lille
 Mme Mathilde Deuscher, usager du système de santé
 Pr Bruno Deval, gynécologue obstétricien, Paris
 Pr Olivier Epaulard, infectiologue, Grenoble
 Pr Sophie Fantoni-Quinton, médecin du travail, Lille
 Dr Sandrine Favre, endocrinologue, Annecy
 M. Lee Ferrero, usager du système de santé
 Dr Christian Flavigny, pédopsychiatre, psychanalyste, Paris
 M. Fabien Forchino, usager du système de santé
 Dr Lucas Freton, urologue, Rennes
 Dr Claire Gayet, pédiatre endocrinologue, Rouen
 Dr Géraldine Giraudet, gynécologue obstétricien, Lille
 Dr Armelle Grange-Cabanne, médecin généraliste, Paris
 Dr Corinne Hamel, médecin généraliste, Angoulins-sur-mer
 Dr Sophie Harter, chirurgienne gynécologue, Nancy
 Mme Myriam Jacquier Morel-Chevillet, usager du système de santé
 M. Jocelyn Lachance, sociologue, Pau
 Dr Catherine Lacour-Gonay, psychiatre, Jossigny
 Dr Anne-Sophie Lambert, pédiatre, Paris

Dr Claudia Landi, médecin généraliste, Toulouse

Dr Marion Lapoirie, endocrinologue, Lyon

Dr Sophie Le Goff, médecin généraliste, Malakoff

Dr Sandra Ly, dermatologue, Bordeaux

Dr François Marcelli, urologue, Lille

M. Theodor Mayer, usager du système de santé

Dr François Medjkane, psychiatre, Lille

M. Nicolas Mendes, psychologue, Paris

Mme Laure Menou, infirmière, Lyon

Mme Aude Mirkovic, maître de conférences, Evry

Dr Jonathan Nicolas, enseignant chercheur en psychologie, Strasbourg

Dr Isabelle Ollivier, dermatologue, Rennes

Dr Séverine Oriol, médecin généraliste, Brest

Dr Sana Ouedraogo, médecin du travail, Brest

Dr Aymeric Pansu, médecin généraliste, Lyon

Mme Anh Podevigne, usager du système de santé

Dr Jérôme Pradère, pédopsychiatre, Argenteuil

Mme Noémie Ranisavljevic, gynécologue-obstétricienne, Montpellier

Dr Yves Reznik, endocrinologue, Caen

Mme Céline Rogez, assistante de service social, Paris

Mme Céline Rojas, usager du système de santé

M. Frédéric Royet, usager du système de santé

Dr Julie Sarfati, endocrinologue, Paris

Mme Olivia Sarton, directrice juridique, Lyon

Pr Chantal Stheneur, pédiatre, Paris

Dr Françoise Susset, psychologue et thérapeute conjugale et familiale, Montréal

Dr Isabelle Suzanne, psychiatre Tours

Mme Anne Vachez-Gatecel, psychomotricienne et psychologue clinicienne, Paris

Dr Isabelle Wagner, spécialiste en ORL et chirurgie cervico-faciale, Paris

Dr Vanessa Yelnik, médecin généraliste, Marseille

Dr Catherine Zittoun, pédopsychiatre, Paris

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

