



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Parcours de transition des personnes trans

Document de travail –
CONFIDENTIEL –
Ne pas diffuser

Document de travail - 28 novembre 2024

Suivi des modifications

Page à supprimer du document finalisé.

Identification du document

Intitulé : **Parcours de transition des personnes trans**
Date de dernier enregistrement : **29 novembre 2024**
Nombre de pages : **38 pages**
Statut :

Historique des versions

Version	Date	Auteur	Modifications

Styles à conserver pour la mise en page. À supprimer du document finalisé.

Texte à gauche | **gras** | **bleu** | *italique* | ^{Exposant} | _{Indice} | petit (pour les tableaux) | condensé | **Bleu + italique**

Surligné (document de travail uniquement) : **Lorem ipsum dolor sit amet,** consectetuer

Style endNote 1

Style endnote 3

▮ Marge trait bleu

Texte centré

Style endNote 2

Petit paragraphe

Table des figures > À mettre dans la table des annexes si utilisée

Aucune entrée de table d'illustration n'a été trouvée.

Table des tableaux > À mettre dans la table des annexes si utilisée

Aucune entrée de table d'illustration n'a été trouvée.

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	<p>Preuve scientifique établie</p> <p>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.</p>
B	<p>Présomption scientifique</p> <p>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.</p>
C	<p>Faible niveau de preuve</p> <p>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).</p>
AE	<p>Accord d'experts</p> <p>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.</p>

Descriptif de la publication

Titre	Parcours de transition des personnes trans Document de travail – CONFIDENTIEL – Ne pas diffuser
Méthode de travail	
Objectif(s)	
Cibles concernées	
Demandeur	
Promoteur(s)	
Pilotage du projet	
Recherche documentaire	
Auteurs	
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 les liants 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.
Validation	Version du 28 novembre 2024
Actualisation	
Autres formats	Argumentaire

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 – novembre 2024 – ISBN :

Sommaire

Introduction	8
1. Définition	9
2. Contexte	10
3. Conduite à tenir devant une demande de transition	11
3.1. Accueil de la demande	11
3.2. Évaluation initiale	11
3.2.1. Entretien	11
3.2.2. Examen clinique (anomalie organique, troubles cooccurrents)	11
3.3. Information de la personne sur la prise en charge (et son représentant légal si mineur)	11
3.4. Définition des objectifs de la prise en charge	12
3.5. Orientation de la personne	12
3.6. Concertation dans la prise en charge d'une personne mineure de plus de seize ans	12
3.7. Cadre relationnel (entourage ; recueil du consentement de l'adulte, ou du mineur et de son représentant légal)	12
3.7.1. Importance du travail avec l'entourage	12
3.7.2. Décision médicale partagée et consentement	13
4. Prescription d'hormones d'affirmation de genre	14
4.1. Effets sur l'état psychique et sur la qualité de vie	14
4.2. Prescription hors-AMM	14
4.3. Prise en charge d'une personne transféminine	14
4.3.1. Hormones	14
4.3.1.1. Estradiol	14
4.3.1.2. Bloquer la testostérone (hors orchidectomie)	15
4.3.1.3. Progestatifs	16
4.3.2. Bilan avant la prescription d'hormones	17
4.3.3. Surveillance d'une personne transféminine sous hormones	17
4.3.3.1. Risque cardio-vasculaire	18
4.3.3.2. Risque hépatique	18
4.3.3.3. Risque carcinologique	18
4.3.3.4. Risque endocrinologique	18
4.3.3.5. Autres effets	18
4.3.4. Dosages hormonaux chez les personnes transféminines	18
4.3.5. Durée de traitement hormonal	18
4.4. Prise en charge d'une personne transmasculine	19

4.4.1. Hormones	19
4.4.1.1. Androgènes	19
4.4.1.2. Inhibiteurs de la 5 alpha-réductase	19
4.4.1.3. Androstanolone en gel (Dihydrotestostérone ou DHT)	20
4.4.2. Bilan avant la prescription d'hormones	20
4.4.3. Surveillance d'une personne transmasculine sous hormones	20
4.4.3.1. Surveillance hormonale	20
4.4.3.2. Surveillance cardio-vasculaire	20
4.4.3.3. Risque hépatique	21
4.4.3.4. Risque carcinologique	21
4.4.3.5. Troubles de la fertilité	21
4.4.3.6. Autres effets	21
4.4.4. Durée du traitement hormonal	21
4.5. Prise en charge d'une personne mineure de 16 à 18 ans	21
5. Chirurgie d'affirmation de genre	22
5.1. Chirurgie de féminisation	22
5.1.1. Chirurgies de la face	22
5.1.2. Chirurgies thoraciques	22
5.1.3. Chirurgies génitales	23
5.1.4. Chirurgies de la voix	23
5.2. Chirurgie de masculinisation	23
5.2.1. Chirurgies thoraciques	23
5.2.2. Chirurgies des organes génitaux internes	24
5.2.3. Chirurgies des organes génitaux externes : la métaoïdioplastie	24
5.2.4. Chirurgies des organes génitaux externes : les phalloplasties	25
5.3. Chirurgies chez la personne mineure de 16 à 18 ans	25
6. Accompagnement psychologique	26
6.1. Dépistage de troubles psychiatriques associés	26
6.2. Soutien tout au long du parcours	26
7. Autres soins	28
7.1. Port de vêtements serrés, soins dermatologiques, orthophonie, kinésithérapie	28
7.1.1. Modifications de la silhouette par le port de vêtements serrés	28
7.1.2. Soins dermatologiques	28
7.1.3. Modification de la voix par la rééducation orthophonique	28
7.1.4. Soins de kinésithérapie	28
7.2. Accompagnement du désir d'enfant	28
7.3. Soins courants	29
7.4. Rôle des associations	29

8. Arrêt de transition, détransition, ou re-transition : fluidité du genre	30
9. Les parcours de soins	31
Table des annexes	34
Participants	36
Abréviations et acronymes	37

Introduction

Saisine

Le ministre des Solidarités et de la Santé a saisi la HAS en vue de l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique sur le thème : « Parcours de transition des personnes trans » 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

Concernant les personnes en questionnement sur leur identité de genre ou trans, l'enjeu d'un accompagnement et d'une prise en charge sont une diminution de l'errance des personnes, de la stigmatisation, de l'automédication, une préservation de la fertilité, 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.

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.

Population concernée

La population cible est celle des personnes de plus de 16 ans en questionnement sur leur identité de genre ou trans.

La population des moins de 16 ans sera abordée dans un deuxième temps.

Professionnels concernés

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

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

1. Définition

R. Il est recommandé d'utiliser le terme de « personnes trans » pour définir une personne vivant et /ou s'identifiant dans un genre différent de celui associé au sexe qui lui a été assigné initialement. (AE) L'adjectif « trans » est utilisé comme un terme parapluie recouvrant l'ensemble des variances de genre, et qui continue d'évoluer. La caractérisation d'une personne en tant que personne trans s'appuie sur son autodétermination.

On utilisera ainsi les termes de :

- personne transféminine pour parler d'une personne trans s'engageant ou souhaitant s'engager dans un parcours de féminisation ;
- personne transmasculine pour parler d'une personne trans s'engageant ou souhaitant s'engager dans un parcours de masculinisation ;
- personne non-binaire pour parler des personnes 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

R. Étant donné 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)

R. Il est recommandé que 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

R. Il est recommandé d'individualiser l'accompagnement de la personne, en fonction de ses besoins tout au long de son parcours. (AE)

R. 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)

R. 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) sans pour autant aboutir à une différence de traitement entre personnes cis et trans et donc une forme de stigmatisation. Cela passe par une formation de tout le personnel aux bonnes pratiques d'accueil des personnes trans. (AE)

3.2. Évaluation initiale

3.2.1. Entretien

R. 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)

Comme dans toute prise en charge, l'entretien initial porte sur l'histoire de sa demande, les antécédents et l'histoire de vie, l'autonomie et les ressources, la sécurité de la prise en charge.

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

- l'histoire de 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 (mise sous hormones, opérations...), 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).

R. Il n'y a pas d'outil d'évaluation de la capacité de décision à utiliser de façon spécifique. (AE)

3.2.2. Examen clinique (anomalie organique, troubles cooccurrents)

R. Aucun examen clinique systématique n'est recommandé lors de l'évaluation initiale d'une demande de transition. (AE)

R. Cette évaluation peut être une opportunité de proposer un dépistage des IST. (AE)

3.3. Information de la personne sur la prise en charge (et son représentant légal si mineur)

R. Il est recommandé d'informer la personne sur les différentes options en termes de soins transaffirmatifs 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).

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

R. Il est recommandé que les informations soient adaptées à l'âge et aux capacités de compréhension de la personne et ses éventuels accompagnants (AE).

3.4. Définition des objectifs de la prise en charge

R. 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)

3.5. Orientation de la personne

R. Il n'existe pas de parcours type. Chaque personne doit pouvoir en toute autonomie s'adresser aux professionnels de santé qui pourraient répondre à ses besoins. Chaque professionnel de santé doit pouvoir informer sur les spécialistes et autres professionnels de santé adaptés aux différentes options de parcours et construire des réseaux de soins et d'orientation. (AE)

Par ailleurs, il est important d'orienter vers des associations afin de compléter l'information, d'intégrer des réseaux d'auto-support et de soutien, ou de bénéficier d'une pair-aidance. Cette orientation est aussi pertinente pour les personnes accompagnantes (proches). (AE)

3.6. Concertation dans la prise en charge d'une personne mineure de plus de seize ans

R. La prise en charge d'une transition médicale chez une personne mineure de plus de 16 ans est réalisée par un ou des professionnels compétents et travaillant au sein d'un réseau pluriprofessionnel en respectant le cadre légal de l'autorité parentale. (AE)

3.7. Cadre relationnel (entourage ; recueil du consentement de l'adulte, ou du mineur et de son représentant légal)

3.7.1. Importance du travail avec l'entourage

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

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

R. L'absence de soutien parental peut dégrader la santé mentale et peut mettre en danger la personne concernée. Il s'agit de la protéger. Dans le cas d'une personne mineure, en cas d'échec de la médiation il doit pouvoir être envisagé un signalement pouvant aller jusqu'à une délégation partielle d'autorité parentale voire dans une situation extrême une déchéance de l'autorité parentale ou une émancipation en cas de mise en danger par non respect de son identité de genre. (AE)

3.7.2. Décision médicale partagée et consentement

R. Le consentement libre et éclairé doit être systématiquement recherché pour toute personne. (AE)
Seule la personne concernée peut consentir ou non à une transition.

Le cadre législatif et réglementaire en vigueur pour toute demande de traitement s'applique de la même façon pour les demandes de transition.

R. Il est recommandé de prendre connaissance et d'appliquer l'avis 136 du Comité Consultatif National d'Éthique au sujet de l'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin. (AE)

4. Prescription d'hormones d'affirmation de genre

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

R. La mise sous hormones des personnes trans qui la demandent après une information éclairée est recommandée car elle contribuerait à améliorer leur état psychique et leur qualité de vie. (grade C)

4.2. Prescription hors-AMM

R. Il est recommandé de sécuriser l'accès aux hormones d'affirmation de genre pour les personnes trans y compris pour la primoprescription de testostérone. (AE)

R. Il est recommandé d'avoir un remboursement de ces prescriptions hormonales afin de ne pas engendrer de discrimination de l'accès aux soins pour les personnes. (AE)

R. Le principe de réduction des risques justifie que l'automédication soit recherchée et accompagnée en vue de sécuriser cette pratique par un professionnel de santé. (AE)

R. Il est recommandé d'élargir la primoprescription de la testostérone au-delà des médecins endocrinologues, urologues, gynécologues, aux médecins (notamment généralistes, etc.) informés et qui suivent les recommandations ou qui travaillent dans un réseau de soins. (AE)

4.3. Prise en charge d'une personne transféminine

4.3.1. Hormones

4.3.1.1. Estradiol

R. Du fait de la grande variabilité interindividuelle, il est recommandé que la dose d'estradiol soit adaptée aux bilans sanguins et aux symptômes cliniques de la personne transféminine (AE).

R. À l'instar de ce qui est proposé pour la population cis, les jeunes n'ayant pas terminé leur puberté et sous bloqueurs de puberté auront souvent démarré un traitement hormonal par œstrogènes avant l'âge de 16 ans. Si ce n'est pas le cas, celui-ci devra être très progressif pour optimiser la croissance staturale restante. (AE)

R. En dehors de facteurs de risque, il n'est pas possible de privilégier une voie d'administration de l'estradiol. (AE)

R. Il est recommandé de prendre en compte les souhaits et le mode de vie de la personne transféminine concernée ainsi que le rapport bénéfice risque de chacune de ces voies d'administration de l'estradiol (cf. Tableau 1) (AE)

R. Il n'est pas recommandé de mélanger plusieurs voies d'administration d'estradiol (AE)

R. Il est recommandé d'Informer les personnes transféminines sur les effets des hormones. (AE)

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

R. Chez la personne transféminine, l'utilisation d'estradiol par voie injectable permet d'obtenir des résultats comparables aux autres voies et sa mise sur le marché pourrait être encouragée du fait des avantages pharmacocinétiques que cette voie apporte. (AE)

Tableau 1. Utilisation de l'estradiol pour une transition hormonale féminisante

Estradiol	Dose minimale	Dose initiale	Dose maximale	Remarque
Oral	1 mg	2-4 mg/j	8 mg/j	En deux fois par jour si > 2 mg. Dosage médian recommandé de 4 à 5 mg après adaptation
Transdermique (« Patches »)	50 µg	100 µg/j	400 µg/j	Variabilité en fonction du site d'application
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
Transdermique (« Gel »)	0,75 mg/j	1,5-3 mg/j	6 mg/j	Très grande variabilité en fonction du site d'application ou de la surface d'étalement

4.3.1.2. Bloquer la testostérone (hors orchidectomie)

R. La prise d'estradiol peut être suffisante pour bloquer la testostérone. En cas de prise d'estradiol à dose efficace pour une transition hormonale féminisante, chez une personne transféminine, l'association à une spécialité visant à diminuer la production de la testostérone ou son action est à discuter au cas par cas et seulement si nécessaire et souhaité (AE)

R. L'utilisation isolée de bloqueurs de la testostérone sans estradiol associé n'est pas recommandée en première intention pour une transition hormonale féminisante chez une personne transféminine, car elle peut entraîner un risque fracturaire (cf reco HAS prise en charge ostéoporose) et une souffrance psychique. Mais elle peut être discutée à la demande de la personne après explication de ces risques. (AE)

R. En cas de traitement en bithérapie (utilisation concomitante d'estradiol et d'un bloqueur de testostérone) pour une transition hormonale féminisante chez une personne transféminine, l'arrêt du bloqueur pourra s'envisager avec la personne dès que le dosage en estradiol se situe dans les objectifs. Si l'arrêt entraîne une montée inadaptée de la testostérone ou de symptômes gênants, la reprise d'un bloqueur pourra se discuter au cas par cas (AE).

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

Spironolactone

R. L'utilisation de spironolactone en complément des œstrogènes, peut s'envisager en cas de prescription d'hormones féminisantes chez une personne transféminine (AE) sous réserve d'une surveillance de la pression artérielle chez les sujets jeunes, ionique sanguine et de la fonction rénale.

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 d'affirmation prescrites.

Inhibiteurs de la 5-alpha réductase

R. L'utilisation d'inhibiteur de la 5 alpha-réductase pour une transition hormonale féminisante chez une personne transféminine 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

R. 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 d'affirmation transféminine (AE)

Agonistes et antagonistes de la GnRH

R. L'utilisation d'agonistes de la GnRH en complément des œstrogènes peut s'envisager en cas de prescription d'hormones féminisantes chez une personne transféminine (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 d'affirmation 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. Les antagonistes de la GnRH sont prometteurs mais n'ont pas été évalués chez les personnes transféminines et ne peuvent pas être recommandés en dehors de protocoles d'étude.

4.3.1.3. Progestatifs

R. L'utilisation d'acétate de cyprotérone pour une transition hormonale féminisante chez une personne transféminine 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).

R. En seconde intention, il est possible de proposer l'utilisation de l'acétate de cyprotérone à des dosages de 12,5 à 25 mg/j pour une transition hormonale féminisante chez une personne transféminine en suivant les règles de prescription pour cette molécule. (AE)

R. 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 et sur l'humeur. Son utilisation chez des personnes transféminines sera discutée au cas par cas particulièrement après 50 ans. (AE) (cf. Tableau 2)

Tableau 2. 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 flare-up 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.

4.3.2. Bilan avant la prescription d'hormones

R. En l'absence d'étude clinique spécifique, le bilan clinique avant la mise sous hormones féminisantes chez une personne transféminine consistera en un entretien clinique, une mesure de la pression artérielle, du 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 fonction rénale avec 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

Le bilan initial est l'occasion de faire un bilan sur la situation globale de la personne (cf. 2.) et une information sera donnée sur la possibilité de préservation de fertilité (possibilité de consultation et d'informations spécialisées). (AE)

R. Il n'est pas recommandé de réaliser de caryotype avant la prescription hormones féminisantes chez une personne transféminine. (grade C)

4.3.3. Surveillance d'une personne transféminine sous hormones

R. En l'absence d'étude clinique spécifique, le bilan clinique de surveillance d'une personne transféminine sous hormones féminisantes sera fait tous les 3 mois la première année puis tous les ans. Il consistera en un entretien clinique pour vérifier la tolérance (signes de sur- et sous-dosages hormonaux) et l'efficacité du traitement et la satisfaction de la personne (AE).

R. Les examens biologiques de surveillance d'une personne transféminine sous hormones féminisantes seront centrés sur les effets des éventuelles thérapeutiques et se feront 1 à 3 mois après chaque changement de dosage puis si besoin. Ils comprendront (AE) :

- un dosage de l'estradiol, de la testostérone ;
- en cas de gonadectomie, un dosage de la FSH ;
- 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.

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

4.3.3.1. Risque cardio-vasculaire

R. Chez les personnes transféminines de plus de 37,5 ans, ou lorsqu'il existe des facteurs de risque thromboembolique (IMC, tabac, facteurs familiaux), l'utilisation d'estradiol par voie transcutanée en première intention est recommandée car cela pourrait diminuer le surrisque thromboembolique. (grade C)

4.3.3.2. Risque hépatique

R. En dehors de l'utilisation d'un traitement hépatotoxique potentiel comme le bicalutamide, il n'est pas recommandé de surveiller les personnes transféminines asymptomatiques sous oestrogènes par voie orale ou transdermique. (AE)

4.3.3.3. Risque carcinologique

R. Il n'est pas recommandé de réaliser de surveillance spécifique carcinologique chez les personnes trans. (AE) Les personnes transféminines devront avoir un dépistage des cancers respectant les recommandations en vigueur concernant les cancers de leurs organes.

4.3.3.4. Risque endocrinologique

R. Il n'est pas recommandé de réaliser de surveillance spécifique carcinologique chez les personnes trans. (AE) Les personnes transféminines devront avoir un dépistage des cancers respectant les recommandations en vigueur concernant les cancers de leurs organes.

4.3.3.5. Autres effets

R. La surveillance de la fonction rénale se fera au cas par cas par rapport aux valeurs du genre d'affirmation en respectant les recommandations de bonne pratique des traitements éventuellement prescrits. (AE)

R. L'usage d'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 transféminines. (AE) Une attention particulière doit être portée aux personnes en sous dosage en estradiol.

4.3.4. Dosages hormonaux chez les personnes transféminines

R. En première intention, les dosages de testostéronémie totale et de l'estradiol sont suffisants chez les personnes transféminines ayant toujours leurs gonades.

R. Il n'y a pas de valeur seuil d'estradiol ayant démontré un rapport bénéfice-risque préférable concernant la féminisation (grade C). Chez les personnes transféminines à risque d'ostéoporose, un taux sérique d'estradiol plus élevé pourrait diminuer le risque fracturaire ultérieur (AE).

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

R. La surveillance hormonale chez les personnes transféminines pourra se faire tous les 3 mois la première année jusqu'à ce que le dosage soit dans les valeurs de référence puis une fois par an. (AE)

Dans ce contexte, la tolérance clinique prime sur les dosages sanguins. Les taux doivent correspondre aux taux physiologiques du genre d'affirmation.

4.3.5. Durée de traitement hormonal

R. La durée maximale des hormones d'affirmation chez les personnes transféminines n'est pas connue à ce jour. L'introduction, le maintien ou la diminution des hormones d'affirmation 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).

4.4. Prise en charge d'une personne transmasculine

4.4.1. Hormones

4.4.1.1. Androgènes

R. Du fait de la grande variabilité interindividuelle, la dose de testostérone chez les personnes transmasculines doit être adaptée aux bilans sanguins et aux symptômes cliniques en particulier chez les plus jeunes (AE).

R. À l'instar de ce qui est proposé pour la population cis, les jeunes de 16 à 18 ans n'ayant pas terminé leur puberté et sous bloqueurs de puberté auront souvent démarré un traitement hormonal par testostérone avant l'âge de 16 ans. Si ce n'est pas le cas, celui-ci devra être très progressif pour optimiser la croissance staturale restante, (AE)

R. En dehors de facteurs de risque, il n'est pas possible de privilégier une voie d'administration de la testostérone chez les personnes transmasculines. (AE) L'utilisation de gel de testostérone par voie percutanée permet d'obtenir des résultats comparables aux injections et constitue une alternative intéressante du fait de son confort d'utilisation.

R. Il est conseillé de prendre en compte les souhaits et le mode de vie de la personne concernée ainsi que le rapport bénéfice risque de chacune de ces voies (cf. Tableau 3) (AE)

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

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

Tableau 3. 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

4.4.1.2. Inhibiteurs de la 5 alpha-réductase

R. L'utilisation d'inhibiteur de la 5 alpha-réductase chez les personnes transmasculines n'est pas recommandée systématiquement en cas d'alopecie. Une alternative est la diminution de la dose de la testostérone pour lutter contre l'alopecie si l'effet est satisfaisant pour la personne. Elle pourra se discuter au cas par cas devant l'apparition d'une alopecie androgénétique en prenant en compte l'impact potentiel négatif sur la virilisation et l'état psychique (AE)

4.4.1.3. Androstanolone en gel (Dihydrotestostérone ou DHT)

R. L'utilisation de gel à l'androstanolone chez les personnes transmasculines n'est pas recommandée en l'absence d'insensibilité partielle aux androgènes (AE)

4.4.2. Bilan avant la prescription d'hormones

R. En l'absence d'étude clinique spécifique, le bilan clinique avant la prescription d'hormones masculinisantes chez les personnes transmasculines consistera en un entretien clinique, une mesure de la pression artérielle, du recueil de la taille et du poids. (AE)

R. Les examens biologiques avant la prescription d'hormones masculinisantes chez les personnes transmasculines 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 ;
- la recherche d'une anomalie lipidique, d'un diabète ou le dépistage des IST se feront conformément aux recommandations de la population générale

R. En dehors d'anomalie évocatrice, il n'est pas recommandé de réaliser de caryotype chez les personnes transmasculines en demande de prescription d'hormones. (AE)

R. Le bilan initial est l'occasion de faire un bilan sur la situation globale de la personne (cf. 2) et une information sera donnée sur la possibilité de préservation de fertilité (possibilité de consultation et d'informations spécialisées). (AE)

4.4.3. Surveillance d'une personne transmasculine sous hormones

4.4.3.1. Surveillance hormonale

R. En l'absence d'étude clinique spécifique, le bilan clinique de surveillance d'une personne transmasculine sous hormones masculinisantes se fera idéalement tous les 3 mois la première année puis tous les ans. Il consistera en un entretien clinique pour vérifier la tolérance (signes de sur et sous dosages hormonaux) et l'efficacité du traitement et la satisfaction de la personne (AE).

R. Les examens biologiques de surveillance d'une personne transmasculine sous hormones masculinisantes seront centrés sur les éventuelles thérapeutiques 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 la LH.

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

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

R. Dans ce contexte, la tolérance clinique prime sur les dosages sanguins. Si la testostérone est dosée, les taux doivent correspondre aux taux physiologiques du genre d'affirmation. (AE)

4.4.3.2. Surveillance cardio-vasculaire

R. La surveillance cardiologique des personnes transmasculines sous testostérone est la même que celle des hommes cis. (AE)

R. La surveillance de l'hématocrite des personnes transmasculines sous testostérone devrait être réalisée tous les 3 mois la première année. Si la valeur est inférieure à 55 %, et en l'absence de changement de dose ou de facteur de risque, il n'est pas recommandé de le surveiller par la suite (AE).

4.4.3.3. Risque hépatique

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

4.4.3.4. Risque carcinologique

R. La surveillance du cancer du sein des personnes transmasculines respectera les recommandations (HAS 2014) concernant les femmes cis. (AE)

R. La surveillance des cancers pelviens des personnes transmasculines respectera les recommandations concernant les femmes cis. Une exploration de l'endomètre sera à envisager en cas de saignements utérins anormaux comme dans la population générale (AE).

4.4.3.5. Troubles de la fertilité

R. La testostérone ne doit pas être considérée comme une contraception efficace. (AE)

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

4.4.3.6. Autres effets

R. En dehors de traitement particulier, il n'est pas recommandé de réaliser une surveillance spécifique de la fonction rénale chez les personnes transmasculines. (AE)

R. Les hormones d'affirmation ayant un effet neutre sur l'ostéodensitométrie, il n'est pas recommandé de réaliser de surveillance osseuse spécifique chez les personnes transmasculines. (AE)

4.4.4. Durée du traitement hormonal

R. La durée maximale des hormones d'affirmation chez une personne transmasculine n'est pas connue à ce jour. L'introduction, le maintien ou la diminution des hormones d'affirmation se discutera au cas par cas en tenant compte des besoins de la personne transmasculine, du rapport bénéfice risque et en particulier des enjeux liés à l'âge (AE).

4.5. Prise en charge d'une personne mineure de 16 à 18 ans

R. Le traitement hormonal et sa surveillance, chez des personnes trans mineures de 16 à 18 ans ayant achevé leur puberté, suit les recommandations de l'adulte.

5. Chirurgie d’affirmation de genre

5.1. Chirurgie de féminisation

R. Il est recommandé que les personnes trans qui le demandent puissent accéder aux chirurgies d’affirmation de genre selon les modalités de droit commun, sans délai supplémentaire. Il est recommandé de soutenir de la formation chirurgicale initiale et continue sur ces chirurgies afin de proposer une offre de soin suffisante. (AE)

R. Il est recommandé de donner une information pré-opératoire claire, loyale et adaptée afin de permettre l’appréhension par la personne trans de l’ensemble des modalités chirurgicales et de ses risques à court et long terme dans le cadre de son consentement libre et éclairé. (AE)

R. 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)

R. 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)

5.1.1. Chirurgies de la face

Type de chirurgie

R. Les chirurgies de féminisation faciale doivent être accessibles aux personnes trans qui en font la demande. (grade C)

Modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R. L’ensemble des différentes techniques disponibles (rhinoplastie, différents types de contouring du visage (menton, mâchoire, cartilage thyroïdien, front et implantation de cheveux, remodelage des parties molles), greffe de cheveux) doit pouvoir être discuté afin de correspondre autant que possible à la demande de la personne concernée. (grade C)

5.1.2. Chirurgies thoraciques

Type de chirurgie

R. Les chirurgies de féminisation thoracique doivent être accessibles aux personnes trans qui en font la demande. (grade C)

Modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R. L’ensemble des différentes techniques disponibles (prothèse mammaire, renouvellement de prothèse, transfert de graisse, lambeau) doit pouvoir être discuté afin de correspondre autant que possible à la demande de la personne concernée. (grade C) La prise d’un traitement hormonal ne doit pas conditionner l’accès à ces chirurgies. Les effets de ce traitement, s’il est souhaité, doivent être évalués pour améliorer la satisfaction de l’opération.

R. La phase préopératoire peut être l’occasion de réaliser un dépistage du cancer du sein selon les recommandations en vigueur. (AE)

Spécificité de l’information préopératoire

R. Il est recommandé d’informer spécifiquement la personne concernée sur des risques de révision chirurgicale et de l’ensemble des risques liés à l’utilisation d’implant mammaire, en particulier celui de lymphome à grande cellule lié aux implants texturés. (grade C)

Suivi

R. Un suivi médical annuel est recommandé en cas d'implantation de prothèse mammaire. (AE)

5.1.3. Chirurgies génitales

Type de chirurgie

R. Les chirurgies de féminisation génitale doivent être accessibles aux personnes trans qui en font la demande. (grade C)

Modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R. L'ensemble des différentes techniques disponibles (orchidectomie, vulvoplastie, vulvo-vaginoplastie) doit pouvoir être discuté afin de correspondre autant que possible à la demande de la personne concernée. (grade C)

Spécificité de l'information préopératoire

R. Il est recommandé d'informer spécifiquement la personne 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).

Suivi

R. Un suivi à long terme urologique et/ou gynécologique est recommandé. (AE)

R. Un accompagnement en santé sexuelle peut être proposé. (AE)

R. Un suivi hormonal doit être encouragé après orchidectomie. (AE)

5.1.4. Chirurgies de la voix

Type de chirurgie et modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R. Une prise en charge orthophonique adaptée est recommandée avant une prise en charge chirurgicale. (AE)

R. En cas de résultat insatisfaisant de l'orthophonie, les chirurgies de féminisation de la voix doivent être accessibles aux personnes trans qui en font la demande. (grade C)

R. L'ensemble des différentes techniques disponibles (resserrement crico-thyroïdien, glottoplastie endoscopique) doit pouvoir être discuté afin de correspondre autant que possible à la demande de la personne concernée. (grade C)

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

5.2. Chirurgie de masculinisation

5.2.1. Chirurgies thoraciques

Type de chirurgie

R. Les chirurgies de masculinisation du thorax adaptées à leur anatomie doivent être accessibles aux personnes trans qui en font la demande. (grade C)

Modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R. L'ensemble des différentes techniques disponibles doit pouvoir être discuté afin de correspondre autant que possible à la demande de la personne concernée. (grade C) La prise d'un traitement hormonal ne doit pas conditionner l'accès à ces chirurgies. Les effets de ce traitement, s'il est souhaité, doivent être évalués pour améliorer la satisfaction de l'opération

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

Spécificité de l'information préopératoire

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

- les troubles de la sensibilité du mamelon ;
- la survenue fréquente de révision chirurgicale ;
- la persistance de tissu mammaire résiduel ;
- le surrisque d'hématome en cas de procédure chirurgicale combinée avec une autre procédure génitale.

5.2.2. Chirurgies des organes génitaux internes

Type de chirurgie

R. Il est recommandé de proposer aux personnes trans qui en font la demande une ablation des organes génitaux internes féminins. (grade C)

Modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R. L'ensemble des différentes techniques disponibles (ovariectomie, hystérectomie, colpectomie/vaginectomie) doit pouvoir être discuté afin de correspondre autant que possible à la demande de la personne concernée. (grade C)

Spécificité de l'information préopératoire

R. Il est recommandé d'informer spécifiquement la personne 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.

Suivi

R. En cas de conservation du col, un suivi dans le cadre du dépistage du cancer du col doit être réalisé. (AE)

5.2.3. Chirurgies des organes génitaux externes : la métaïdioplastie

Type de chirurgie

R. Il est recommandé de proposer aux personnes trans qui en font la demande une chirurgie de métaïdioplastie. (grade C)

Modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

R. 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 concernée. (grade C)

Spécificité de l'information préopératoire

R. Il est recommandé de spécifiquement informer la personne 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

- R. Un suivi urologique à long terme est recommandé en cas d’allongement urétral. (AE)
- R. Un accompagnement en santé sexuelle peut être proposé. (AE)

5.2.4. Chirurgies des organes génitaux externes : les phalloplasties

Type de chirurgie

R. Il est recommandé de proposer aux personnes trans qui en font la demande une chirurgie de phalloplastie. (grade C)

Modalités spécifiques aux chirurgies recommandées

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

Spécificité de l’information préopératoire

R. Il est recommandé d’informer spécifiquement la personne 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 (stigmatisme cicatriciel) ;
- les troubles possibles de la sensibilité génitale ;
- la durée des soins chirurgicaux.

Suivi

- R. Un suivi urologique à long terme est recommandé en cas d’allongement urétral et de pose de prothèse érectile. (AE)
- R. Un accompagnement en santé sexuelle peut être proposé. (AE)

5.3. Chirurgies chez la personne mineure de 16 à 18 ans

R. Une demande de chirurgie génitale chez la personne trans de 16 à 18 ans, ne pourra être envisagée qu’au cas par cas au sein d’une RCP spécialisée. (AE)

R. Il est recommandé d’accéder à la demande des jeunes hommes trans (16-18 ans) d’une chirurgie de masculinisation du thorax selon les mêmes principes évoqués chez l’adulte, et en respectant le cadre légal français de la réalisation d’actes médicaux chez le mineur (grade C).

R. Pour les autres chirurgies, il est recommandé d’accéder aux demandes de chirurgie des personnes trans mineures selon les mêmes principes évoqués chez l’adulte, et en respectant le cadre légal français de la réalisation d’actes médicaux chez le mineur. (AE)

R. Il est recommandé de proposer une consultation d’information auprès d’un chirurgien quel que soit l’âge sur une future chirurgie si c’est souhaité. (AE)

6. Accompagnement psychologique

6.1. Dépistage de troubles psychiatriques associés

R. Depuis la dernière révision de la CIM (CIM11), la transidentité n'est plus considérée comme une pathologie. L'incongruence de genre est mentionnée dans la partie « affections liées à la santé sexuelle », sans que celle-ci ne concerne toutes les personnes trans. Dans tous les cas, l'identité de genre ne doit pas faire l'objet d'une évaluation psychiatrique spécifique. (AE)

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.

R. Pour les adultes et les adolescents (AE) :

- l'évaluation de la capacité à consentir et le repérage d'éventuels troubles psychiatriques peuvent être réalisés en amont d'un traitement médical d'affirmation de genre, par un professionnel de premier recours, et intégrée dans l'évaluation globale.
- ce premier temps ne doit pas engendrer un allongement des délais pour être accompagné dans une transition, un délai supplémentaire pourrait être dommageable pour la santé mentale de la personne.

R. Pour les adolescents (AE) :

- l'évaluation de la capacité à consentir et le repérage d'éventuels troubles psychiatriques peuvent être réalisés par un professionnel de soins de premier recours, sensibilisé à la santé des adolescents. (AE)
- une attention particulière sera portée à l'évaluation du soutien familial et social disponible pour le jeune.
- il est souhaitable de proposer un accompagnement pluriprofessionnel et associatif aux adolescents sans qu'il n'allonge le délai d'accès aux soins.

6.2. Soutien tout au long du parcours

R. 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)

R. Pour les adolescents et les adultes :

- aucune psychothérapie n'est obligatoire de façon systématique dans le cadre d'un parcours de transition (AE) ;
- un accompagnement psychosocial de soutien peut être proposé aux personnes qui en font la demande sans qu'il n'allonge le délai d'accès aux soins (AE) ;
- les parcours de transition pouvant être évolutifs, la capacité de prendre une décision peut être réévaluée tout au long du parcours (AE)
- il est recommandé de ne pas utiliser les thérapies de conversion qui ont montré leur effet délétère (grade C). Elles sont par ailleurs condamnées pénalement. (AE)
- un soutien par un professionnel de santé mentale peut être nécessaire pour certaines personnes, 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).

R. Concernant les adolescents :

Il est souhaitable de proposer un accompagnement pluriprofessionnel et associatif aux adolescents sans qu'il n'allonge le délai d'accès aux soins. (AE)

7. Autres soins

7.1. Port de vêtements serrés, soins dermatologiques, orthophonie, kinésithérapie

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

R. 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 ses pratiques. (AE)

Les effets indésirables possibles doivent être ainsi recherchés et pris en charge.

7.1.2. Soins dermatologiques

R. Il est recommandé de pouvoir accéder à une dépilation pour les personnes trans qui en font la demande. (AE)

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

R. Il est recommandé de pouvoir accéder à une prothèse capillaire et à des implants capillaires pour les personnes trans qui en font la demande. (AE)

R. Il est recommandé de ne pas réaliser d'injections de silicone et d'autres produits non autorisés (notamment vaseline, etc.). (grade C)

R Il est recommandé de dépister les pratiques d'injections de silicone et autres produits non autorisés, d'informer sur les effets secondaires et les dangers de ces injections, y compris par automédication. (AE)

R il est recommandé de prendre en charge les personnes ayant eu des injections de silicone pour surveillance, accompagnement et intervention chirurgicale en cas de complications. (AE)

7.1.3. Modification de la voix par la rééducation orthophonique

R. Il est recommandé de pouvoir accéder à une prise en charge orthophonique pour les personnes trans masculines et transféminines qui en font la demande. (AE)

7.1.4. Soins de kinésithérapie

R. 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, etc.) (grade C).

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

7.2. Accompagnement du désir d'enfant

R. 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)

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

R. Il est recommandé de proposer une cryopréservation systématique aux personnes trans avant gonadectomie. (grade C)

7.3. Soins courants

R. Les personnes trans doivent pouvoir accéder à des professionnels de santé pour les soins courants comme toute personne. (AE)

R. Les personnes trans ont les mêmes besoins en soins de santé globale que les personnes cis, 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)

R. Le dépistage des cancers sera adapté au profil de la personne trans en fonction de ses antécédents médicaux et chirurgicaux. (AE)

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

R. Une attention particulière doit être portée sur les modalités de remboursement de soins genrés qui sont plus difficiles pour les personnes. (AE)

7.4. Rôle des associations

R. Il est recommandé d'intégrer les associations de personnes concernées dans les instances décisionnelles dont les RCP et de les consulter dès le début de l'élaboration des projets les concernant. (AE)

R. 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)

R. Il est recommandé que les associations soient intégrées dans les réseaux de soins locaux, soutenues financièrement, et leurs partenariats renforcés avec les professionnels de santé pour améliorer la continuité et l'accessibilité des soins pour les personnes trans. (AE)

R. Il est recommandé d'intégrer les associations dans la formation initiale et continue des professionnels de santé. (AE)

8. Arrêt de transition, détransition, ou re-transition : fluidité du genre

R. Il est recommandé d'interpréter de façon prudente les chiffres relatifs à la détransition sur des réalités qui peuvent être très différentes. (AE)

R. Il est recommandé d'accompagner les personnes qui souhaitent détransitionner, de leur offrir un espace de soutien psychologique spécifique et de les orienter vers des groupes de pairs. (AE)

R. Il est recommandé d'informer sur les attendus d'une détransition (fonctionnalité des organes, fertilité). (AE)

R. Le cas des détransitions chirurgicales est une situation extrêmement rare qui demandera un accompagnement par une équipe spécialisée. (AE)

9. Les parcours de soins

R. La prise en charge doit être globale et centrée sur les demandes des personnes concernées, en s'adaptant à la diversité des parcours des personnes trans et à leurs demandes. (AE)

Elle doit pouvoir être multidisciplinaire et pluriprofessionnelle.

Elle a également pour objectifs de développer une réponse, aujourd'hui insuffisante, à la demande de soins et de réduire l'inégalité d'accès aux soins.

R. Un accueil d'une demande initiale de transition médicale peut avoir lieu dans de nombreuses structures : cabinet libéral de médecine générale, centre de santé, centre de santé sexuelle, Planning familial, CSAPA, Cegidd, CMP, autres spécialistes, etc. (cf. Figure 1) (AE)

L'accueil de cette demande vise à accompagner et renforcer l'autonomie de la personne concernée dans les décisions de soins qui la concernent.

R. La formulation de la demande, son accueil, la promotion de l'autonomie et la coordination du parcours de soins peuvent être favorisés par un accompagnement psychosocial y compris par un soutien associatif ou par de la pair-aidance. (AE)

R. Afin d'accompagner et de renforcer l'autonomie de la personne concernée, il conviendra, avant la primo prescription hormonale, de discuter des attentes de la personne, d'expliquer de façon claire les effets attendus et les éventuels effets indésirables de la prise hormonale, ses effets réversibles et non réversibles, enfin de proposer les différentes modalités d'administration. (AE) Cette information permettra à la personne ayant formulé la demande une prise de décision libre et éclairée. Les modalités de traitement ont été abordées dans la partie 4 : Prescription d'hormones d'affirmation de genre.

R. L'appréciation globale des risques d'une prescription doit intégrer l'évaluation des bénéfices/ risques de celle-ci, mais également, les effets d'une non intervention ou d'une intervention très différée. (AE)

R. La primo prescription hormonale peut être effectuée par un médecin généraliste ou autre spécialiste (généraliste, endocrinologue, andrologue, gynécologue, etc.). Lors de cas complexes liés à la prescription d'hormones d'affirmation de genre, un avis de deuxième recours, peut être nécessaire. (AE)

R. Afin d'accompagner et de renforcer l'autonomie de la personne concernée, il conviendra, avant une prise en charge chirurgicale, de discuter des attentes de la personne, d'expliquer de façon claire les effets attendus et les éventuels effets indésirables de la chirurgie, ses effets réversibles et non réversibles, enfin de proposer les différentes techniques disponibles. (AE) Cette information permettra à la personne ayant formulé la demande une prise de décision libre et éclairée. Les différentes modalités de chirurgies d'affirmation de genre ont été abordées dans la partie 5 : Chirurgies d'affirmation de genre

R. Le rôle du médecin généraliste est central tout au long de la prise en soins. Il peut recevoir ou repérer une demande de transition médicale. Il peut primoprescrire les traitements d'affirmation de genre ou assurer le suivi d'une prescription faite par un endocrinologue et coordonner les soins tout au long de cette transition. Il accueille également, en tant que professionnel de premier recours, toute demande de soins quelle qu'elle soit, d'une personne trans et assure sa mission de prévention et de dépistage à échelle individuelle ou collective, tout cela en intégrant la complexité des situations au sein d'une approche globale de la personne. (AE)

R. Les RCP ou autres réseaux de soins spécialisés sont un lieu d'échanges et d'émulation entre professionnels engagés en santé trans et favorisent l'avancement des connaissances et le travail en

réseau. Leur rôle dans le parcours de soins ne doit pas être systématique mais concerner les cas complexes de prise en charge. Ces RCP ou autres réseaux de soins doivent s'efforcer d'intégrer des personnes concernées ou des représentants d'association de personnes concernées dans leur fonctionnement pour favoriser une co-construction du système de soins proposé aux personnes trans. (AE)

R. Comme tout modèle décrivant des parcours de soins adaptés aux personnes, celui proposé dans ce document devra rester évolutif en fonction des connaissances et des possibilités thérapeutiques dans le domaine de la santé des personnes trans. (AE)

Il est également souhaitable d'enrichir ce parcours de soins (AE) :

- d'un renforcement de l'offre de formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels accompagnant des personnes trans ;
- d'un développement de la recherche notamment de méthodes d'évaluation coconstruites du parcours de soins et sur les déterminants sociaux de la santé et des politiques publiques sur l'accès au soin et à la santé globale pour les personnes trans ;
- d'un renforcement de l'accès à la santé sexuelle et reproductive pour les personnes trans, d'une meilleure prise en compte des pratiques d'auto-médication et d'auto-injection hormonale dans les politiques publiques de réduction des risques, et d'un développement de soins dermatologiques et/ou chirurgicaux (en veillant à leur accessibilité socioéconomique) concernant les complications liées aux injections de silicone ;
- d'un travail coordonné entre institutions de santé afin de sécuriser les remboursements des soins de transition ;
- d'une mise en place effective de la dépsychiatisation à tous les niveaux des parcours des soins des personnes trans ;
- d'un renforcement de la démocratie sanitaire et des partenariats entre les structures de santé et les associations de personnes concernées ;
- d'une adaptation pour inclure les personnes trans dans des campagnes de prévention, de dépistage destinées au grand public, ainsi que dans l'éducation à la vie affective et sexuelle destinées aux publics scolarisés.

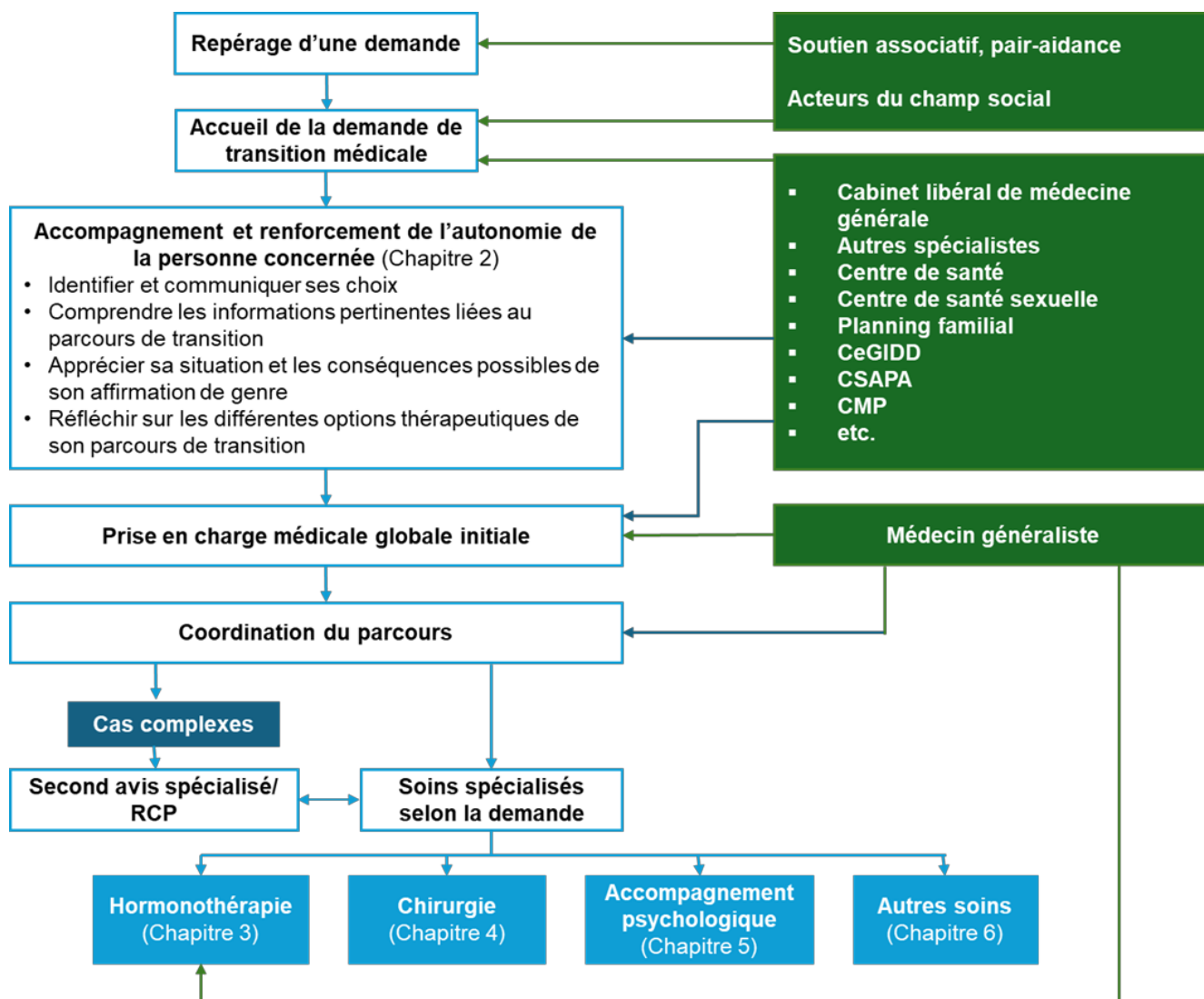


Figure 1. Schéma de synthèse des parcours de soins

Table des annexes

Annexe 1.	Titre de l'annexe 1	35
-----------	---------------------	----

Annexe 1. Titre de l'annexe 1

Participants

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

Ici le nom des participants sur 2 colonnes

Groupe de travail

Ici le nom des participants sur 1 colonne.

Ici le nom des participants sur 2 colonnes

Dr Prénom Nom, profession, Lieu

M. Prénom Nom, profession, Lieu

Mme Prénom Nom, profession, Lieu

Pr Prénom Nom, profession, Lieu

Dr Prénom Nom, profession, Lieu

Groupe de lecture

Ici le nom des participants sur 2 colonnes

Remerciements

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

Abréviations et acronymes

HAS Haute Autorité de santé

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

