

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 06 juillet 2021
Par Mlle MAURY Juliette**

**Le Parcours de Soin des Patients Trans :
Entre Théorie et Réalité**

Membres du jury :

Président : Pr. GRESSIER Bernard, Professeur de Pharmacologie à la faculté de pharmacie de Lille, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier d'Armentières.

Directeur, conseiller de thèse : Pr. DINE Thierry, Professeur de pharmacie clinique à la faculté de pharmacie de Lille, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Loos-Haubourdin.

Assesseur(s) : Dr. DUFOUR Rémy, Docteur en Pharmacie, Pharmacien à Saint-Pol-Sur-Mer

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2020-2021	Version 1.0 Applicable au 16/10/2020
Document transversal		Page 1/10

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
Audrey Hennebelle Assistante de direction	Cyrille Porta Responsable des Services	Bertrand Décaudin Doyen 

Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Nicolas POSTEL
Vice-président formation tout au long de la vie :	Christophe MONDOU
Vice-président recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président relations internationales :	François-Olivier SEYS
Vice-présidente ressources :	Georgette DAL
Directrice Générale des Services :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-doyen et assesseur à la recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux relations internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur aux relations avec le monde professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la vie de la faculté :	Claire PINÇON
Assesseur aux études :	Benjamin BERTIN
Responsable des Services :	Cyrille PORTA
Représentant étudiant :	Augustin CLERGIER

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2020-2021	Version 1.0 Applicable au 16/10/2020
Document transversal		Page 2/10

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2020-2021	Version 1.0 Applicable au 16/10/2020
Document transversal		Page 3/10

M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques	87
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques	87
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et économie pharmaceutique	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2020-2021	Version 1.0 Applicable au 16/10/2020
Document transversal		Page 4/10

Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et économie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BLONDIAUX	Nicolas	Bactériologie - Virologie	82
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique	85
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2020-2021	Version 1.0 Applicable au 16/10/2020
Document transversal		Page 5/10

Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	85
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie	87
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2020-2021	Version 1.0 Applicable au 16/10/2020
Document transversal		Page 6/10

M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie	87
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et économie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et économie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2020-2021	Version 1.0 Applicable au 16/10/2020
Document transversal		Page 7/10

Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2020-2021	Version 1.0 Applicable au 16/10/2020
Document transversal		Page 8/10

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et économie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
M.	GILLOT	François	Droit et économie pharmaceutique	86
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et économie pharmaceutique	86
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques	85

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2020-2021	Version 1.0 Applicable au 16/10/2020
Document transversal		Page 9/10

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et santé publique	81
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	VAISSIÉ	Alix	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	GEORGE	Fanny	Bactériologie - Virologie / Immunologie	87
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	RUEZ	Richard	Hématologie	87
M.	SAIED	Tarak	Biophysique - RMN	85
M.	SIEROCKI	Pierre	Chimie bioinorganique	85

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2020-2021	Version 1.0 Applicable au 16/10/2020
Document transversal		Page 10/10

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT

Version	Modifié par	Date	Principales modifications
1.0		20/02/2020	Création

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur GRESSIER, mon président de thèse,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur DINE, mon directeur de thèse,

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail qui me tenait à cœur. Merci pour vos conseils avisés et pour votre gentillesse. Je vous témoigne par ce travail mon plus profond respect.

A Rémy,

Merci beaucoup d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et de m'accompagner dans cette étape importante de ma vie. Merci aussi pour ton amitié au quotidien avec toute la team.

A Madame DASSONNEVILLE Cyane,

Je vous remercie pour votre accueil, notre échange bienveillant. J'ai appris énormément lors de notre entretien je vous suis très reconnaissante.

A C., E. & S.,

Merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions et de m'avoir aidé à faire refléter mon travail au plus proche de la réalité. Vos témoignages m'ont été d'une aide précieuse.

A Papa & Maman,

Je profite de ces remerciements pour vous exprimer toute ma gratitude et tout mon amour (que j'admets ne pas exprimer assez souvent). Je vous remercie pour votre soutien infaillible, pour m'avoir encouragé dans tous les choix que j'ai pu faire. Je n'aurai jamais pu faire ça sans vous, je vous dois tout. Merci de vous être toujours aussi bien occupés de nous, j'ai conscience d'avoir des parents géniaux. Je vous aime.

A Pierre & Édouard,

Merci à mes petits Bro d'être présent pour moi. J'aime notre complicité et nos disputes qui ne durent que 5 min parce qu'on ne sait jamais tenir plus longtemps sans se parler. Je suis très fière de vous et de ce que vous devenez.

A Papin & Nana,

Merci beaucoup de toujours être à mes côtés et me soutenir. J'aime notre petite famille comme elle et je ne voudrais pas que ça change. Merci pour tout ce que vous faites pour nous.

A ma petite marraine, mes oncles & tantes, mes cousins Maury,

Même si nous ne nous voyons pas souvent avec la distance nous restons une famille soudée. Je me souviendrai toujours de ces merveilleuses vacances d'été passées tous ensemble, de ces bons moments, des spectacles entre cousins. Merci pour tout.

A ma Juju d'amour,

Je te remercie d'être la meilleure amie que tu es pour moi au quotidien. Je n'aurai jamais pu en arriver là sans toi, ton soutien est infaillible et ton amitié m'est indispensable. Même si je pars loin je compte bien continuer ces coups de téléphone interminables à parler de tout (et aussi bien trop souvent de rien). Je suis fière de la personne que tu es devenue, fière d'être ton amie et encore plus fière d'être témoin le jour le plus important de ta vie.

A mon baby Chloé,

Merci d'être toujours présente pour moi, d'être à l'écoute à chaque fois que j'en ai besoin. Tu es très importante pour moi, j'ai beaucoup de chance d'avoir une amie comme toi.

A ma Memeye,

Tu es l'une des premières personnes que j'ai rencontré à la fac et qui a permis de rendre ces années inoubliables. Je te remercie pour ton amitié et ton soutien qui sont si chers à mes yeux.

A ma petite Mel, ma coloc d'amour,

Après 2 ans de coloc inoubliables dans la coloc des réfugiés à tes côtés dont un confinement, je pense que là on peut dire que l'on en a vécu des choses ensemble (le sport de sissy, les sous-vêtements à faire sécher sur le tancarville 2.0, la plomberie ratée etc ...). Merci de me soutenir à chaque fois et de me booster. Tu comptes beaucoup pour moi.

A toute l'équipe pharmacie-si, Alizée, Anthime, Claire, Gobert, Mehdi, Mouloude, Régùème, Thomy, Tristan.

En arrivant à la fac je ne pensais pas rencontrer des amis aussi précieux. Vous avez rendu mes années étudiantes mémorables, je vous remercie pour tout ce qu'on a vécu ensemble et pour toutes les prochaines années.

A mes amis rencontrés en pharma : Fanfan, Marine, Pauline, Sarah, Aline, Doudou.

Vous faites partie des précieuses amitiés que j'ai pu créer à la fac et que j'espère garder pendant très longtemps.

A mes gonz' d'amour, Diane, Lou, Margaux, Pauline,

Malgré la distance rien ne change à chacune de nos retrouvailles. Je suis si heureuse de vous compter parmi mes meilleures amies.

A mes sans culottes, Anaïs, Diane, Florence, Marine, Marine, Pauline, Romy

Je me souviendrai toujours de toutes nos soirées en P1 qui nous ont permises de créer de si belles amitiés. J'ai hâte qu'on puisse de nouveau partir en voyage ensemble.

A la team voisins, Briec, Cécile, Chloé, Ophélie, Rémy, Thibaut,

Merci pour votre amitié, pour nos bons moments passés ensemble. Même si j'ai tendance à vous embêter c'est bel et bien une façon de vous témoigner mon amitié.

A tous mes collègues de la Pharmacie Lecerf, la Pharmacie du Beffroi, la Grande Pharmacie de France, la Pharmacie Delalande, la Pharmacie de la Place Ronde et la Pharmacie Gambetta

J'ai toujours été accueillie chaleureusement et avec bienveillance. Je vous remercie tous.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

CIM : Classification Internationale des Maladies

DHT : Dihydrotestostérone

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

ECG : Électrocardiogramme

FtM : Female to Male

FSH : Hormone folliculostimulante

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LH : Hormone lutéinisante

MtF : Male to Female

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

NFS : Numération Formule Sanguine

PSA : Antigène Prostatique Spécifique

TCA : Temps de Céphaline Activé

THC : Transformation HormonoChirurgicale

TP : Taux de Prothrombine

TSH : Thyréostimuline

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Christine Jorgensen en 1943, en 1952 immédiatement après transformation et en 1975 vers l'âge de 50 ans	35
Figure 2 : Régulation de l'axe gonadotrope	58
Figure 3 : Chronologie d'apparition des caractères sexuels en fonction du sexe	59
Figure 4 : Spécialités les plus fréquemment prescrites en pratiques et précautions d'emploi en fonction de la voie d'administration.	63
Figure 5 : Exemple de prescription d'un patient MtF par un médecin généraliste	64
Figure 6 : Temps de début d'apparition et d'effet maximum des effets attendus des traitements par œstrogènes	65
Figure 7 : Risques de l'hormonothérapie féminisante selon la fréquence et la présence de facteurs de risques	66
Figure 8 : Paramètres de surveillance clinique et biologique des traitements par œstrogènes	69
Figure 9 : Les étapes de la chirurgie génitale.	71
Figure 10 : Les Emplacements possibles des prothèses mammaires	72
Figure 11 : Étapes de la Chondrolaryngoplastie	73
Figure 12 : Les sites d'injection intramusculaire d'Androtardyl ®.....	76
Figure 13 : Les différentes spécialités de la testostérone	77
Figure 14 : Exemple de prescription d'un patient FtM par un endocrinologue.....	77
Figure 15 : Temps de début d'apparition et d'effet maximum des effets attendus des traitements par androgènes.....	78
Figure 16 : Risques de l'hormonothérapie masculinisante selon la fréquence et la présence de facteurs de risques	79
Figure 17 : Paramètres de surveillance clinique et biologique des traitements par androgènes.....	82
Figure 18 : Phalloplastie avec un tissu de l'avant-bras	86

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostics de la dysphorie de genre	105
Annexe 2 : Demande d'ALD d'un patient MtF	107
Annexe 3 : Demande d'ALD d'un patient FtM	111

PLAN

INTRODUCTION.....	33
I. DEFINITION ET PREVALENCE :.....	35
I.1. Du transsexualisme à la dysphorie de genre : une définition en constant remaniement	35
I.1.a. Classification Internationale des Maladies (CIM) :.....	36
I.1.b. Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) :	37
I.1.c. Évolution des définitions :	38
I.2. Prévalence :	38
II. DU DIAGNOSTIC AUX LONGUES DEMARCHES ADMINISTRATIVES : 41	
II.1. Diagnostiquer la dysphorie de genre :.....	41
II.1.a. Critères diagnostics chez l'enfant :	42
II.1.b. Critères diagnostics chez l'adolescent et l'adulte :	42
II.1.c. L'Évaluation psychiatrique :	43
II.1.d. L'expérience de vie réelle :.....	45
II.2. Les démarches administratives :.....	47
II.2.a. ALD :.....	47
II.2.b. Changement de l'état civil :.....	47
III. MISE EN PLACE DU TRAITEMENT ET CONSEQUENCES METABOLIQUES :	51
III.1. Prise en charge collégiale et mise en place du traitement :	52
III.1.a. Réunions de concertation pluridisciplinaire :	52
III.1.b. Consultation endocrinologique :	53

III.1.c.	Consultation chirurgicale :.....	55
III.1.d.	Mise en place du traitement :.....	56
III.2.	Les hormones sexuelles :.....	58
III.3.	Transition « Male to Female » (MtF) :.....	60
III.3.a.	Traitement hormonal :.....	60
III.3.b.	Intervention chirurgicale :.....	70
III.4.	Transition « Female to Male » (FtM) :.....	75
III.4.a.	Traitement hormonal :.....	75
III.4.b.	Traitement chirurgical :.....	84
III.5.	Prise en charge complémentaire :.....	87
III.5.a.	Psychothérapie :.....	87
III.5.b.	Fertilité :.....	87
III.5.c.	Dépistage :.....	88
III.5.d.	Patients séropositifs :.....	88
III.5.e.	Orthophoniste et ORL :.....	89
III.5.f.	Dermatologue :.....	89
III.5.g.	Kinésithérapie :.....	89
III.5.h.	Soutien social :.....	89
III.6.	Le cas particulier des enfants :.....	91
III.6.a.	Évaluation clinique :.....	91
III.6.b.	Traitements :.....	92
IV.	DIFFERENCES ENTRE THEORIE ET REALITE	95
IV.1.	Parcours en théorie et en pratique :.....	95
IV.1.a.	Parcours coordonné :.....	95
IV.1.b.	Parcours de ville :.....	96
IV.2.	La place du pharmacien :.....	96
IV.2.a.	Délivrance de testostérone :.....	97

IV.2.b. Formation des équipes :	97
IV.2.c. Les ruptures de traitement :	99
IV.2.d. Éducation thérapeutique :	99
CONCLUSION	103
BIBLIOGRAPHIE	117

INTRODUCTION

Comment mieux prendre en charge les patients trans dans une société en évolution ?

Les notions de genre et de sexe sont étroitement liées et peuvent être difficiles à distinguer. Le sexe correspond à l'état biologique d'une personne (homme, femme ou intersexué) tandis que le genre est la reconnaissance sociale d'éléments du comportement, de l'habillement, définissant une appartenance soit au genre féminin soit au genre masculin. L'identité de genre est le fait de se considérer comme homme, femme, trans ou tout autre terme identifiant (genderqueer, non binaire, agender). Le rôle de genre est l'expression de l'identité de genre, c'est-à-dire ce qui est fait pour indiquer le sexe revendiqué.

Pour la majorité de la population, ces notions concordent, mais certaines personnes peuvent manifester une « non-conformité de genre » dans le cas où l'identité, le rôle ou l'expression de genre d'une personne diffère de ce que l'on attend. Cette non-conformité de genre n'est pas une pathologie, elle est à distinguer de la dysphorie de genre qui renvoie à l'inconfort ou la souffrance causé par la discordance entre l'identité de genre d'une personne et son sexe d'assignation à la naissance. Dans certains cas, la prise en charge nécessaire est de faire correspondre le corps au genre désiré par un traitement hormonal voire une chirurgie de réassignation sexuelle.
(1) (2) (3) (4)

Avec l'arrivée de critères diagnostics et de protocoles dédiés, la question de genre est une notion récente dans le monde médical mais demeure absente des programmes d'enseignements universitaires. Il est pourtant important de sensibiliser les professionnels de santé au plus tôt afin d'améliorer la prise en charge des patients. En effet, les patients rencontrent de nombreux freins au cours de leur parcours de soins : administratif, délais de rendez-vous, mais aussi discrimination et rejet selon le dernier rapport de SOS homophobie. Ces éléments peuvent retarder la prise en charge voire entraîner des comportements dangereux.

Ainsi, l'objectif de ce travail est de faire le point sur l'état actuel de la prise en charge des patients souffrant de troubles du genre en France. Pour commencer, je présenterai une chronologie des définitions depuis le premier diagnostic de transidentité jusqu'à l'actuelle dysphorie de genre et sa prévalence. En deuxième partie, vient la phase du diagnostic et des premières démarches administratives pour débiter le parcours de changement de sexe. Ensuite, après confirmation collégiale, le traitement de transition démarre en fonction des buts établis avec le patient. Nous verrons ainsi les différentes options qui s'offrent aux patients selon le sexe auquel ils s'identifient et les changements souhaités. Pour finir, il y a une différence entre la pratique et la réalité mais j'ai constaté que dans les deux cas, le pharmacien n'y a pas sa place. Celui-ci étant le professionnel de santé auquel le patient est le plus confronté, il me semble nécessaire d'inclure le pharmacien dans la prise en charge des patients trans.

I. DEFINITION ET PREVALENCE :

I.1. Du transsexualisme à la dysphorie de genre : une définition en constant remaniement

Bien que des premiers cas cliniques soient décrits à partir du XIXe siècle, il faut attendre 1953 pour voir le terme de transsexualisme défini pour la première fois. On doit cette première définition à Harry Benjamin (endocrinologue et sexologue américain) :

« Les vrais transsexuels ressentent qu'ils appartiennent à l'autre sexe, ils veulent être et fonctionner en tant que membre du sexe opposé, pas seulement apparaître comme tel. Pour eux, leurs organes sexuels, les primaires (testicules) et les secondaires (pénis et autres), sont des difformités dégoûtantes qui nécessitent d'être changées par le bistouri du chirurgien. » (5)

Cette définition fait suite à la première transformation hormonale et chirurgicale réussie, en décembre 1952 par l'équipe d'Hamburger au Danemark, le cas de Christine Jorgensen.

Figure 1 : Christine Jorgensen en 1943, en 1952 immédiatement après transformation et en 1975 vers l'âge de 50 ans (6)



I.1.a. Classification Internationale des Maladies (CIM) :

La Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est la norme internationale permettant de rendre compte des données de mortalité et de morbidité. Elle organise et code les informations sanitaires permettant de fournir un langage commun pour notifier et suivre les maladies. Cette classification est régulièrement révisée en parallèle des progrès et avancées dans les sciences et la pratique médicale. (7)

Le terme de « Transsexualisme » y apparaît pour la première fois en 1977 dans la CIM-9, rubrique des troubles mentaux, chapitre des déviations et troubles sexuels comme une « *Déviaton sexuelle centrée sur la conviction que l'apparence de son corps ne correspond pas à son sexe réel. Le comportement qui en résulte est soit la recherche d'un changement des organes sexuels par opération, soit la dissimulation complète des formes du corps par l'adoption à la fois de l'habillement et du comportement du sexe opposé.* » (8)

La première version de la CIM-10 paraît en 1993 mais a été révisée plusieurs fois. La version toujours en vigueur est celle de 2010 (10^e révision) où le transsexualisme est classé parmi les « Troubles mentaux et du comportement » dans la catégorie « Troubles de l'identité sexuelle ». Il est décrit comme un « *désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation par rapport à son sexe anatomique et du souhait de subir une intervention ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré.* » (9)

La dernière édition de la CIM est la CIM-11. Elle est publiée depuis 2018 mais n'entre en vigueur qu'à partir de janvier 2022. On n'y trouve plus le transsexualisme mais l'incongruence de genre dans le chapitre des « Conditions liées à la santé sexuelle » : « *L'incongruence de genre de l'adolescent et de l'adulte est caractérisée par une incongruence marquée et persistante entre le sexe vécu d'un individu et le sexe assigné, ce qui conduit souvent à un désir de transition, dans le but de vivre et d'être accepté comme une personne du sexe expérimenté, par le biais de traitements hormonaux, de chirurgie ou d'autres services de soins de santé pour aligner le corps de l'individu autant que souhaité et dans la mesure du possible, avec le sexe*

expérimenté. Le diagnostic ne peut être attribué avant le début de la puberté. Le comportement et les préférences des variantes de genre ne sont pas à eux seuls une base pour l'attribution du diagnostic. » (1) (10) (11)

I.1.b. Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) :

Le Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux est un outil international de référence publié par The American Psychiatric Association pour les diagnostics des troubles mentaux. La transidentité figure dans ces manuels depuis la première édition en 1952. (4)

- DSM-I (1952) et DSM-II (1968) : Le transsexualisme est présent sous le nom de travestissement. (12) (13)
- DSM-III (1980) : Apparaît le terme de « Transsexualité » en tant que sentiment d'inconfort et d'inappropriation de son sexe de naissance. La transsexualité est décrite comme un souhait du patient de se débarrasser de ses organes génitaux sur une période supérieure à deux ans. (14)
- DSM-IV (1994) : Le « Trouble de l'identité sexuelle » est décrit comme une maladie dont le diagnostic repose sur des critères cliniques. Le patient démontre une identification intense et persistante à l'autre sexe se manifestant par le désir de vivre en tant que membre du sexe opposé (rôle social et apparence physique). (15)
- DSM-V (2018) : la transsexualité est retirée du manuel, on y trouve à présent la dysphorie de genre définie comme une « *identification forte et permanente à l'autre genre associée à une anxiété, à une dépression, à une irritabilité et, souvent, à un désir de vivre en tant que genre différent du sexe attribué à la naissance.* ».

Ainsi, dans cette dernière version, la notion de trouble de l'identité sexuelle disparaît au profit de la dysphorie de genre. On ne retient alors plus un problème d'incongruence de genre mais bien la souffrance pouvant en découler.

I.1.c. Évolution des définitions :

Depuis la première définition par Harry Benjamin, le diagnostic de la transidentité a été remanié de nombreuses fois jusqu'à l'actuelle dysphorie de genre. On retient tout de même trois éléments majeurs, à savoir, le désir d'appartenir à l'autre sexe, le rejet de son propre corps anatomiquement sexué et le souhait de modifier ce corps pour le rendre conforme à l'identité sexuelle revendiquée. (16)

Avec le DSM-IV, le terme transsexuel est abandonné de la nomenclature psychiatrique pour laisser place au « trouble de l'identité sexuelle ». Cependant, ces termes renvoient toujours à la notion de « sexualité » trop stigmatisant pour les patients. Ainsi, dans le DSM-V, on parle de « dysphorie de genre », regroupant tous les troubles de l'identité sexuelle et permettant d'insister sur le malaise et la souffrance du patient. Cette nouvelle appellation, perçue comme une avancée importante dans le monde de la santé, reste problématique car elle abrite un groupe de patients hétérogènes sous un vaste terme. En effet, la clinique du trouble de l'identité sexuelle se diversifie considérablement et le risque en les regroupant sous le même terme de « dysphorie de genre » est d'empêcher une distinction clinique entre chaque trouble et de mettre en place une prise en charge inadaptée. (16) (17)

I.2. Prévalence :

Les données épidémiologiques sont peu nombreuses car les patients sont difficiles à recenser. En effet, on estime la prévalence et l'incidence en fonction du nombre de patients traités ou ayant consulté un psychiatre, or, tous n'y ont pas recours. De plus, aucune étude n'a été réalisée chez les enfants donc les chiffres ne concernent que les patients âgés de 15 ans ou plus.

En Europe, les données sont très variables mais on évalue les *male to female* (MtF) entre 1/10 000 et 1/45 000 et les *female to male* (FtM) entre 1/30 000 et 1/200 000. La prévalence est plus importante pour les patients nés de sexe masculin que pour les patients nés de sexe féminin mais cette différence tend à diminuer. On estime que ces chiffres sont largement sous-estimés selon le recueil de données et les critères de définition de la personne transsexuelle qui diffèrent entre les études (présence ou

absence d'un traitement hormonal, de chirurgie de la réassignation sexuelle, transition suivie médicalement). (3) (4) (18) (19)

En France, aucune donnée épidémiologique précise et récente n'a été identifiée selon le rapport de la HAS de 2009, on considère les résultats comme étant très proches des données Européennes. Les seuls chiffres mis à disposition sont ceux de l'Assurance Maladie concernant les demandes de chirurgie de réassignation sexuelle pour les assurés au Régime Général mais on ne peut les corréler au nombre réel de nouveaux cas par an. (20)

En conclusion, on estime que la prévalence de la non-congruence de genre est en nette augmentation depuis les 30 dernières années notamment grâce à un meilleur accès à l'information pour les patients (médias, réseaux sociaux, associations etc...) mais des études plus récentes seraient nécessaires pour actualiser les données et ainsi optimiser la prise en charge.

II. DU DIAGNOSTIC AUX LONGUES DEMARCHES ADMINISTRATIVES :

L'étape diagnostic est importante pour les patients trans car elle est réalisée par un psychiatre qui fournit un certificat. Celui-ci n'est pas obligatoire mais certains professionnels de santé, notamment des endocrinologues, l'exigent pour démarrer une transformation hormono-chirurgicale (THC). Ainsi, le diagnostic est posé par le psychiatre à l'aide de critères diagnostics et le patient peut ensuite entamer les démarches administratives.

On distingue la dysphorie de genre de la transidentité. En effet, la dysphorie de genre correspond à une réelle souffrance, une haine envers son corps. Elle peut être dangereuse pour le patient et il est donc important de la diagnostiquer.

II.1. Diagnostiquer la dysphorie de genre :

L'étiologie de la dysphorie est encore inconnue à ce jour même si plusieurs hypothèses aussi bien sociologiques, psychologiques, biologiques que génétiques aient été posées. Selon les cas, on peut expliquer les symptômes par une coexistence de facteurs individuels de vulnérabilité et de facteurs environnementaux. (21) (22)

Pour cette phase de diagnostic, les professionnels de santé se réfèrent aux nomenclatures officielles comme la CIM-10 et le DSM-V dans lesquels on retrouve des critères diagnostiques prédéfinis indispensables.

Les critères diagnostiques dans le DSM-V diffèrent selon l'âge du patient, on distingue ceux des enfants de ceux des adolescents/adultes (cf Annexe 1). Cependant, on retrouve des éléments communs : une incongruité marquée entre le sexe anatomique et l'identité de genre pendant au moins 6 mois, une souffrance significative et/ou une déficience fonctionnelle significative. Quel que soit l'âge, le DSM-V spécifie si la dysphorie de genre s'accompagne d'une anomalie de la différenciation sexuelle ou non.

Ces classifications sont limitées et n'ont pas pour but de stigmatiser les patients mais de constituer une base solide pour poser le diagnostic. (1) (20) (21)

II.1.a. Critères diagnostics chez l'enfant :

Les troubles du genre apparaissent généralement vers 2-3 ans mais ne persistent pas toujours à l'âge adulte (selon la WPATH elle persiste dans 12 à 27% des cas). Dans la majorité des cas, les enfants évoluent vers l'homosexualité ou la bisexualité. Ainsi, il est important d'être en capacité de repérer les enfants pour qui la dysphorie risque de persister à l'âge adulte avant le début de la puberté.

Les critères diagnostics chez les enfants sont présentés dans le DSM-V. L'enfant doit présenter au moins 6 des caractères suivants :

- Profond désir d'appartenance ou une insistance à considérer appartenir à l'autre sexe (ou à un autre sexe)
- Préférence pour les vêtements typiques du sexe opposé et, chez les filles, la résistance à porter des vêtements typiquement féminins
- Préférence pour les rôles transgenre dans les jeux
- Préférence pour les jouets, les jeux et les activités typiques de l'autre sexe
- Préférence pour les camarades de l'autre sexe
- Rejet des jouets, des jeux et des activités typiques de leur sexe de naissance
- Aversion de leur anatomie
- Désir pour les caractères sexuels primaires et/ou secondaires qui correspondent à leur identité de genre ressentie

Ainsi, l'enfant adopte des comportements plutôt attribués à l'autre sexe et exprime son désir d'appartenir à l'autre sexe en grandissant. Si l'enfant n'exprime pas ce désir, il est possible qu'il se mette en retrait. (1) (3) (16) (21) (23)

II.1.b. Critères diagnostics chez l'adolescent et l'adulte :

Chez l'adulte, on cherche à mettre en évidence que la non-conformité de genre est une réelle souffrance, invalidante pour le fonctionnement social et professionnel pouvant être source d'un profond mal-être, d'anxiété, dépression voire de comportement suicidaire.

Afin de poser le diagnostic, en plus des caractéristiques communes à tout âge, le patient doit présenter au moins un des caractères suivants :

- Désir profond de se débarrasser de leurs caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires (ou de prévenir leur développement chez le jeune adolescent)
- Désir pour les caractères sexuels primaires et/ou secondaires qui correspondent à leur identité de genre ressentie
- Désir d'être de l'autre sexe (ou d'un autre genre)
- Désir d'être traité comme un autre genre
- Conviction de ressentir et de réagir de façon typique comme le ferait l'autre sexe

Chez l'adolescent et l'adulte, on peut spécifier la mention « post-transition » c'est-à-dire que la personne vit complètement sous le genre désiré dans la vie réelle et qu'elle envisage ou a effectué un traitement médical hormonal et/ou chirurgical visant la transformation vers le genre désiré. (1) (21)

II.1.c. L'Évaluation psychiatrique :

La prise en charge commence par une évaluation psychiatrique dans le but de poser le diagnostic. Cette phase du diagnostic repose sur le discours du patient qui, le plus souvent, a établi son autodiagnostic et se présente en vue d'obtenir un traitement hormonochirurgical. L'évaluation psychiatrique permet alors de confirmer le diagnostic et d'écartier un diagnostic différentiel.

Tout d'abord, le psychiatre s'attache à dépister et traiter d'éventuelles comorbidités psychiatriques qui peuvent nuire au bon déroulement du traitement : troubles de l'humeur, de la personnalité, abus de substance, manques affectifs et familiaux de l'enfance, précarité sociale. Ces facteurs de risque ne sont pas des contre-indications au traitement mais impliquent une surveillance accrue des patients.

Ensuite, il élimine un éventuel diagnostic différentiel :

- Méconnaissance de l'identité sexuelle dans le cadre des symptômes aigus d'une maladie psychotique
- Diffusion de l'identité et des rôles dans le cadre de troubles sévères de la personnalité
- Homosexualité égodystonique (le sujet désire modifier son orientation sexuelle en raison de troubles psychologiques et du comportement associés)
- Confusion identitaire dans le cadre d'une dissociation structurelle
- Travestissement (fétichiste et non fétichiste) isolé
- Trouble identitaire de l'intégrité corporelle, dont les symptômes se concentrent sur des caractères sexuelles primaires et/ou secondaires
- Incertitudes vis-à-vis de l'identité sexuelle dans le cadre de crises existentielles

Ces troubles constituent une contre-indication à la THC et il est indispensable de les dépister afin d'éviter des transformations irréversibles injustifiées.

Cette première étape permet aussi d'évaluer la stabilité psychique et le contexte psychosocial du patient. Dans un premier temps, il faut s'assurer du support affectif et familial. Si celui-ci est de bonne qualité les résultats de la transformation seront meilleurs donc il est important d'intégrer la famille à la prise en charge. Ensuite, il faut élargir le contexte social à l'environnement. Un faible support social et un dysfonctionnement social peuvent aussi être négatifs pour le bon déroulement du traitement. Le psychiatre doit ainsi s'assurer de l'intégration professionnelle, de la précarité sociale. Ces points sont importants à aborder avec le patient car une transition peut engendrer des complications d'ordre affectif (éclatement familial, perte de soutien affectif, déstabilisation psychique d'enfants en bas âge) et socio-professionnel (perte d'emploi, marginalisation, isolement) pouvant déstabiliser le patient et altérer le pronostic de transition. Pour établir ce bilan, le psychiatre peut aussi s'entourer d'autres professionnels de santé comme un psychologue ou encore le médecin traitant du patient qui le connaît bien et depuis plus longtemps. (24)

En conséquence, il est habituel de proposer une psychothérapie, un accompagnement souvent nécessaire et extérieur à l'équipe pluridisciplinaire en charge du traitement. Cette aide n'a pas pour but de traiter l'identité de genre mais

d'accompagner le patient dans sa transformation et peut concerner aussi bien le patient seul que son entourage.

Au-delà des conséquences psycho-sociales, pour les personnes en âge de procréer, le psychiatre doit aborder le sujet du désir d'enfant. En effet, il constitue un point important à aborder avec le patient afin de l'orienter vers les spécialistes concernés (gynécologue, urologue, médecin de la reproduction) avant de démarrer le traitement et évaluer les possibilités qui s'offrent à lui. (3) (17)

Une fois l'évaluation du psychiatre effectuée, il faut informer le patient sur la prise en charge elle-même. Tout d'abord, il doit avoir conscience que le traitement est à suivre à vie. Ensuite, il faut lui expliquer les bénéfices et les risques de la THC. Ces informations sont nécessaires pour le bon déroulement de la prise en charge car elles permettent d'éclairer le patient, de lui apporter un temps de réflexion sur sa demande de transition, sur les conséquences et les limites du traitement afin d'éviter des attentes parfois irréalistes qui sont sources de déception et frustration.

La durée de l'évaluation est variable selon les patients mais on l'estime en moyenne entre 6 et 9 mois, comportant 2 à 10 séances avec le psychiatre et/ou le psychologue. Le but est d'obtenir le diagnostic le plus certain possible sans que cela ne dure trop longtemps car le patient peut présenter des souffrances importantes liées à l'écart entre son apparence physique et celle désirée.

II.1.d. L'expérience de vie réelle :

L'expérience de vie réelle est la période durant laquelle le patient vit en permanence dans le rôle du sexe désiré. Elle consiste à mettre en condition le patient dans toutes ses activités quotidiennes afin de mesurer sa capacité à vivre dans le rôle du sexe désiré, d'évaluer les conséquences économiques, légales, socio-professionnelles et personnelles pour ainsi confirmer sa demande de transition et éviter les regrets. Ainsi, le patient prévient sa famille et son entourage personnel et professionnel du changement imminent et choisit son nouveau prénom. Cette étape sert à faire prendre conscience au patient des impacts d'une transition avant de procéder à des changements physiques irréversibles.

En pratique, l'expérience de vie réelle est largement contestée et ne doit surtout pas être une condition pour démarrer la transition. Les bénéfices sont à discuter entre le patient et les professionnels de santé afin de décider quand la commencer, la durée (en moyenne 1 an) et s'il y aura une hormonosubstitution pendant cette période. Cependant, elle peut être mal vécue par certains patients car jugée trop stigmatisant. (20) (21)

En conclusion, la phase de diagnostic est primordiale afin de poser un diagnostic de certitude et éviter des changements irréversibles que le patient pourrait regretter. Cependant, celle-ci est perçue comme un frein pour les patients car jugée trop longue (délai de consultations, nombre de consultations) pour établir un diagnostic qu'ils ont eux-mêmes établi auparavant. De plus, la première consultation se déroule avec un psychiatre, ramenant encore à une psychiatrisation de la pathologie mais elle est nécessaire pour écarter des contre-indications.

Une fois le diagnostic rendu, si le psychiatre émet un avis favorable, il fournit un certificat permettant de commencer le traitement hormonal et/ou chirurgical. Le motif de consultation des psychiatres par les patients transgenres est principalement en vue d'obtenir ce certificat, et pas dans le but d'obtenir un traitement psychologique, pouvant rendre la prise en charge complexe.

II.2. Les démarches administratives :

II.2.a. ALD :

Une affection longue durée selon l'Assurance Maladie correspond à « *Une affection dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé* ».

La transidentité est reconnue comme une affection longue durée par l'assurance maladie. On la classe les affections dites « hors liste » ALD 31 :

« Forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave ne figurant pas sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ».

La prise en charge a été actée par le décret n°2010-125 du 8 février 2010 supprimant l'admission du transsexualisme au titre de l'ALD 23 « Troubles dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte ».

Lors de la demande, le médecin traitant remplit un formulaire cerfa à 4 volets reprenant tous les actes et prestations faisant l'objet d'une demande de remboursement. Ce document permet une meilleure coordination entre les médecins qui prennent en charge le patient et aussi de rassembler les éléments pris en charge dans le cadre de l'ALD. L'Assurance Maladie rend ensuite sa décision de prise en charge d'une partie ou de l'intégralité des soins. Les annexes 2 et 3 reprennent deux exemples de demande de prise en charge, l'annexe 2 concerne le protocole ALD d'un patient MtF et l'annexe 3 celui d'un patient FtM. (25) (26) (27)

II.2.b. Changement de l'état civil :

En dehors du traitement, pour les personnes majeures, il est possible de concrétiser sa volonté de changement de sexe en modifiant son état civil.

- ***Le changement de prénom :***

Tout d'abord, il est possible de changer le prénom pour le substituer par celui de son choix. En effet, selon le Code Civil (Section 2, article 60), le changement de

prénom est possible en France : « *Toute personne peut demander à l'officier de l'état civil de changer de prénom. La demande est remise à l'officier de l'état civil du lieu de résidence ou du lieu où l'acte de naissance a été dressé.* ». La transidentité fait partie des raisons légales sans pour autant qu'il soit nécessaire de changer le sexe de l'état civil. Ainsi, le patient doit se rendre en mairie du lieu de résidence ou du lieu de naissance et fournir une copie intégrale originale de l'acte de naissance datant de moins de 3 mois, une pièce d'identité originale valide et un justificatif de domicile récent. D'autres documents peuvent être fournis pour justifier la demande (attestations de proches, certificats médicaux etc...). Concernant les mineurs, c'est le représentant légal qui doit en faire la demande. Une fois le changement accepté, la décision est inscrite sur le registre de l'état civil, l'acte de naissance est mis à jour et il est possible de modifier ses titres d'identité. (28)

- ***Le changement de sexe :***

Concernant le changement de sexe à l'état civil, cette démarche est autorisée en France depuis 1992. En effet, auparavant, la législation n'étant pas harmonisée sur l'ensemble du territoire, certains tribunaux l'acceptaient pour les patients ayant bénéficié d'une réassignation sexuelle tandis que d'autres refusaient. Jusqu'en 1992, la Cour de Cassation refusait le changement d'état civil conformément au principe d'indisponibilité de l'état des personnes. Ainsi, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a condamné la France pour non-respect de la vie privée et l'a obligé à modifier sa jurisprudence le 11 décembre 1992. L'assemblée plénière a donc été contrainte de juger que « *lorsque, à la suite d'un traitement médico-chirurgical subi dans un but thérapeutique, une personne présentant le syndrome du transsexualisme ne possède plus tous les caractères de son sexe d'origine et a pris une apparence physique la rapprochant de l'autre sexe, auquel correspond son comportement social, le principe du respect dû à la vie privée justifie que son état civil indique désormais le sexe dont elle a l'apparence ; que le principe de l'indisponibilité de l'état des personnes ne fait pas obstacle à une telle modification* ». Pour commencer, une expertise médicale était obligatoire mais celle-ci a été abandonnée le 7 juin 2012 dans deux arrêts de plénière de chambre. (19) (29)

Actuellement les articles qui entrent en vigueur concernant le changement de l'état civil figurent dans la section 2bis du Code Civil :

Article 61-5 : « *Toute personne majeure ou mineure émancipée qui démontre par une réunion suffisante de faits que la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel elle se présente et dans lequel elle est connue peut en obtenir la modification. Les principaux de ces faits, dont la preuve peut être rapportée par tous moyens, peuvent être :*

- 1° Qu'elle se présente publiquement comme appartenant au sexe revendiqué ;*
- 2° Qu'elle est connue sous le sexe revendiqué de son entourage familial, amical ou professionnel ;*
- 3° Qu'elle a obtenu le changement de son prénom afin qu'il corresponde au sexe revendiqué ».*

Article 61-6 : « *La demande est présentée devant le tribunal judiciaire (...). Le fait de ne pas avoir subi des traitements médicaux, une opération chirurgicale ou une stérilisation ne peut motiver le refus de faire droit à la demande.*

Le tribunal constate que le demandeur satisfait aux conditions fixées à l'article 61-5 et ordonne la modification de la mention relative au sexe ainsi que, le cas échéant, des prénoms, dans les actes de l'état civil. »

Selon ces articles, il suffit donc de faire la demande auprès du tribunal du lieu de résidence ou du lieu de naissance et y joindre certains éléments de preuve. Tout d'abord, il faut démontrer que le sexe indiqué sur l'état civil ne correspond pas à celui sous lequel la personne se présente et sous lequel elle est connue. Les éléments de preuve peuvent être divers : témoignages de proches, photographies, documents, attestations médicales etc... le suivi d'un traitement médical n'est pas une obligation pour le changement de sexe. Si la demande est acceptée, la décision est inscrite sur l'acte de naissance à l'initiative du Procureur de la République et la modification est réalisée dans les 15 jours suivant. (30)

- **Le COMEDEC (*Communication électronique des données à l'état civil*) :**

Le COMEDEC est un dispositif de l'État permettant l'échange dématérialisé de données d'état civil entre les destinataires des données d'état civil et les dépositaires de ces données. Ainsi, une fois le changement d'état civil effectué, le COMEDEC se charge de transmettre l'information aux différentes administrations. (31)

Pour conclure, ces démarches de changement d'état civil sont une avancée pour améliorer la qualité de vie des patients trans car les papiers d'identité peuvent enfin coïncider avec la personne qu'ils sont réellement. Cependant, il y a encore des limites en France.

Premièrement, les démarches sont longues ainsi que le délai entre la demande de changement et la réception des nouveaux papiers après accord.

Deuxièmement, le changement de sexe auprès de la sécurité sociale peut entraîner des oublis lors des campagnes de dépistage. En effet, une fois le changement de sexe communiqué, le patient reçoit une nouvelle carte vitale et un nouveau numéro d'immatriculation. Ainsi, il est enregistré comme un homme (codé 1) ou comme une femme (codé 2). Cependant, la sécurité sociale procède à des campagnes de prévention qui peuvent être différentes en fonction du sexe du patient (cancer de l'utérus pour les femmes, cancer de la prostate pour les hommes etc...). Les patients ayant changé d'état civil ne reçoivent donc pas le courrier correspondant à leur anatomie posant ainsi un problème de prévention pour ces pathologies.

III. MISE EN PLACE DU TRAITEMENT ET CONSEQUENCES METABOLIQUES :

Le traitement hormonal n'est pas obligatoire pour traiter les troubles de l'identité de genre. En effet, en l'absence de souffrance psychologique, d'altération du fonctionnement ou si le patient présente un état physique intersexué, il est possible qu'il soit satisfait uniquement par l'adoption du comportement de l'autre sexe (comme le travestissement) et ne ressente pas le besoin d'avoir recours à une modification corporelle.

Plus fréquemment, le patient ressent le besoin d'une transition plus complète et donc d'avoir recours à des traitements médicamenteux et/ou chirurgicaux. Ceux-ci ne se mettent pas en place sur simple demande mais sont souvent décidés collégalement par les professionnels de santé du parcours de soin. Ensuite, le traitement prescrit sera adapté individuellement et nécessitera un suivi régulier. Il existe deux types de transition selon le genre désiré : la transition « Male to Female » pour une femme née dans un corps d'homme, et la transition « Female to Male » pour un homme né dans un corps de femme. Ces deux types de transitions mènent donc à deux protocoles de traitement différents.

Enfin, il est fréquent d'avoir recours à d'autres professionnels pour compléter la transition et adopter pleinement le genre désiré.

Pour finir, les protocoles de soin établis pour les adultes ne sont pas valables chez l'enfant. Or, plus la prise en charge démarre tôt, plus la transition est satisfaisante. Il ne faut donc pas négliger l'importance d'un dépistage et d'une prise en charge précoce. (3) (19) (21) (32)

III.1. Prise en charge collégiale et mise en place du traitement :

La prise en charge démarre par une évaluation approfondie, individualisée et pluridisciplinaire. Cette évaluation collégiale est appelée l'évaluation bio-psycho-sociale et a pour but de confirmer le diagnostic, écarter les contre-indications, vérifier la stabilité de la demande et évaluer les bénéfices/risques du traitement. (19) (21)

III.1.a. Réunions de concertation pluridisciplinaire :

Pour commencer, avant de démarrer le traitement hormonal, le parcours de soin coordonné nécessite l'obtention d'un certificat confirmant le diagnostic de trouble de l'identité de genre. Ce certificat doit être signé par un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien, chargés de vérifier l'éligibilité au traitement hormonal et/ou chirurgical. Chacun des trois professionnels examine le patient selon son domaine de compétence. Le psychiatre est le premier consulté, c'est lui qui est en capacité de poser le diagnostic selon les critères diagnostiques établis. Une fois tous les praticiens consultés, l'équipe se regroupe lors de réunions de concertation pluridisciplinaire trimestrielles et analyse la dysphorie du patient, la stabilité de la demande de transition, son parcours de vie, ses caractéristiques de personnalité ou environnementaux (contexte socio-économique, insertion socio-professionnelle, vie affective et sexuelle) et vérifie que le consentement du patient est confirmé et éclairé.

Avant d'autoriser le traitement, les professionnels prennent en compte les risques et les bénéfices liés au traitement. Le risque principal est le regret ainsi que les complications associées (dépression, comportement suicidaire). Ensuite, au cours de la transition, le patient risque d'être confronté à de multiples complications : complications d'ordre affectif (éclatement familial, perte de soutien affectif, déstabilisation psychique d'enfants en bas âge), complications socioprofessionnelles (perte d'emploi, marginalisation, isolement) et les effets indésirables et risques du traitement. En parallèle de ces réunions, il est possible de consulter le médecin traitant ou le psychologue du patient afin d'obtenir des informations complémentaires et les informer du parcours.

Cependant, pour la majorité des patients, la souffrance et la douleur psychique liées à l'inadéquation entre le corps et le genre sont plus importants que les risques liés à la THC. (1) (18) (19) (21)

III.1.b. Consultation endocrinologique :

Le rôle de l'endocrinologue est primordial en phase de pré-inclusion à la THC. En effet, c'est lui qui vérifie l'éligibilité du patient au traitement hormonal et recherche d'éventuels troubles à prendre en compte avant de démarrer l'hormonothérapie. En général, une seule consultation est suffisante pour mettre en place le traitement.

Tout d'abord, l'endocrinologue informe le patient des modalités de traitement, du rapport bénéfice/risque d'une THC, des limites de l'hormonothérapie afin d'éviter des attentes irréalistes, ainsi que l'importance d'un suivi à vie. Ensuite, il confirme l'absence de désordres endocrinologiques (anomalie de différenciation sexuelle, hyperplasie congénitale des surrénales, syndrome d'insensibilité aux androgènes) et contrôle l'absence de contre-indications ou de pathologies limitant le traitement hormonal (antécédents thromboemboliques, cancers œstrogénodépendants, troubles métaboliques type hyperlipidémie, diabète ou hypogonadisme).

Pour établir ce bilan préliminaire, plusieurs outils sont nécessaires : interrogatoire, examen clinique, caryotype, biologie basale et bilan endocrinien avec des tests dynamiques (TRH, LHRH et parfois hyperglycémie provoquée par voie orale). (1) (19) (20) (21) (32).

- ***Interrogatoire :***

En premier lieu, l'endocrinologue procède à l'interrogatoire du patient afin de recueillir les informations le concernant et ses antécédents personnels ou familiaux :

- Âge
- Profession

- Anamnèse : ancienneté du trouble, degré d'insatisfaction, difficultés personnelles, familiales et socio-professionnelles
- Antécédents personnels ou familiaux : épisodes de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire, de maladie athéromateuse, d'hypertension artérielle, de diabète ou d'hyperlipidémie (hypertriglycémie ou hypercholestérolémie), de cancer œstrogéno-dépendant, de migraine, de maladie hépatique, de lithiase biliaire, de maladie gynécologique.
- Traitements médicamenteux associés
- Recherche d'automédication (notamment hormonale)
- Habitudes de vie (pratique sportive, tabac, alcool, drogues)
- Pratique sexuelle

(20)

- **Examen clinique :**

- Poids et calcul de l'IMC
- Mesurer la tension artérielle
- Examen des organes génitaux à la recherche de modifications pouvant faire évoquer une intersexualité (vérification d'absence d'ambiguïté sexuelle)
- Échographies mammaires, abdopelviennes et testiculaires
- Tests cardiaques (ECG, épreuve d'effort) chez les patients à risques cardiovasculaires et/ou avant la prescription de testostérone chez les patients FtM.

(1) (19) (32) (33)

- **Examen biologique initial :**

- Hémogramme
- Bilan d'hémostase simple (TP, TCA) ou approfondi en cas d'antécédent thromboembolique (personnel ou familial)
- Bilan lipidique, glycémie à jeun
- Bilan hépatique (transaminases, Gamma-GT)
- Ionogramme sanguin, urée et créatininémie
- TSH

- FSH, LH
- Pour les FtM : estradiolémie
- Pour les MtF : prolactinémie (le matin à jeun après 20min de repos), testostéronémie biodisponible et/ou totale, SHBG
- Caryotype
- Sérologie HIV, sérologie hépatite B et C, syphilis

(1) (19) (32) (33)

Avec toutes ces données, l'endocrinologue peut évaluer les contre-indications spécifiques aux traitements hormonaux ou prendre en compte les pathologies nécessitant une adaptation des posologies.

Fréquemment, les endocrinologues sont confrontés à des patients qui ont déjà entamé un traitement hormonal. Ce traitement a pu être prescrit par le médecin traitant ou par un endocrinologue en dehors du parcours de soin coordonné. Il arrive également que le traitement soit pris en dehors de tout contrôle médical (par des amis suivant un traitement hormonal ou encore commandé sur internet). Cette situation gêne l'endocrinologue pour mener son évaluation et il arrive que certains praticiens exigent l'arrêt du traitement le temps de cette évaluation. Cependant, cet arrêt est très mal supporté par le patient sur le plan psychologique et physique. (20) (32)

III.1.c. Consultation chirurgicale :

Le but de la chirurgie est de faire correspondre l'anatomie du patient avec son identité de genre si l'hormonothérapie seule ne suffit pas à le soulager.

Dans un premier temps, le chirurgien examine le patient et vérifie son éligibilité à la chirurgie : dysphorie de genre persistante, capacité de donner un consentement éclairé, âge de la majorité, si présence de troubles mentaux ils doivent être contrôlés. Ensuite, il l'informe sur la procédure chirurgicale, les différentes techniques disponibles avec leurs avantages et inconvénients, les limites des procédures, les risques et complications possibles. Pour finir, le chirurgien doit être attentif aux attentes du patient afin de les faire correspondre à la réalité et éviter des déceptions post-opératoires. Les possibilités chirurgicales sont multiples et varient selon les patients. Ainsi, il est possible de modifier les caractères sexuels primaires et/ou secondaires :

poitrine, seins, organes génitaux internes et/ou externes, traits faciaux, remodelage corporel. Concernant la chirurgie de réassignation sexuelle, elle se déroule en deux temps : l'ablation des organes sexuels génétiques et la création des organes génitaux du sexe souhaité.

En conclusion, la chirurgie n'est pas une étape obligatoire à la transition, mais elle est souvent essentielle pour soulager les symptômes. Lors d'un parcours de soin en équipe pluridisciplinaire, une première consultation chirurgicale est nécessaire pour obtenir la signature du chirurgien et démarrer un traitement hormonal même si le patient ne souhaite pas avoir recours à la chirurgie. (3) (20) (21)

III.1.d. Mise en place du traitement :

Une fois l'accord de soin obtenu par tous les professionnels de santé du parcours de soin, le patient peut démarrer le traitement hormonal avec l'endocrinologue.

Pour commencer, il y a deux phases dans l'hormonothérapie. Une première phase, dite réversible, visant à supprimer les hormones du sexe d'origine. L'avantage est qu'elle permet une transformation corporelle plus douce et un bon pronostic pour le déroulement de la transition. Il faudra poursuivre jusqu'à la gonadectomie.

En deuxième partie, la phase dite irréversible, qui consiste en l'administration des hormones du sexe désiré. Elle est mise en place une fois que le patient est adapté à la vie réelle du sexe désiré et qu'il a pu en évaluer les conséquences. Celle-ci permet l'apparition des caractères sexuels secondaires du sexe désiré et est à poursuivre même après la chirurgie.

Enfin, la prescription des traitements sera adaptée en fonction des caractéristiques du patient : âge, risque cardiovasculaire (tabac, diabète, hypertension artérielle, antécédents médicaux personnels et familiaux, sédentarité etc...), des antécédents médico-psychologiques, interventions de médecine ou de chirurgie esthétique, etc... Une fois le traitement instauré, il est important que le patient comprenne qu'il nécessite un suivi régulier pour s'assurer du bon déroulement ou éventuellement pour l'adapter. Les posologies peuvent donc évoluer en fonction de la tension artérielle, du poids, de l'enzymologie hépatique, des fractions lipidiques, de la PSA pour les MtF, et des mammographies.

Pour conclure, les prescriptions des traitements hormonaux sont hors AMM tant que l'état civil du patient n'est pas modifié. Ceci implique que le médecin prescripteur engage sa responsabilité mais aussi que le traitement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Cependant, il semble qu'il y ait une tolérance de la part des caisses et que le remboursement de l'hormonothérapie des patients trans soit assuré.
(19) (20) (21) (32)

III.2. Les hormones sexuelles :

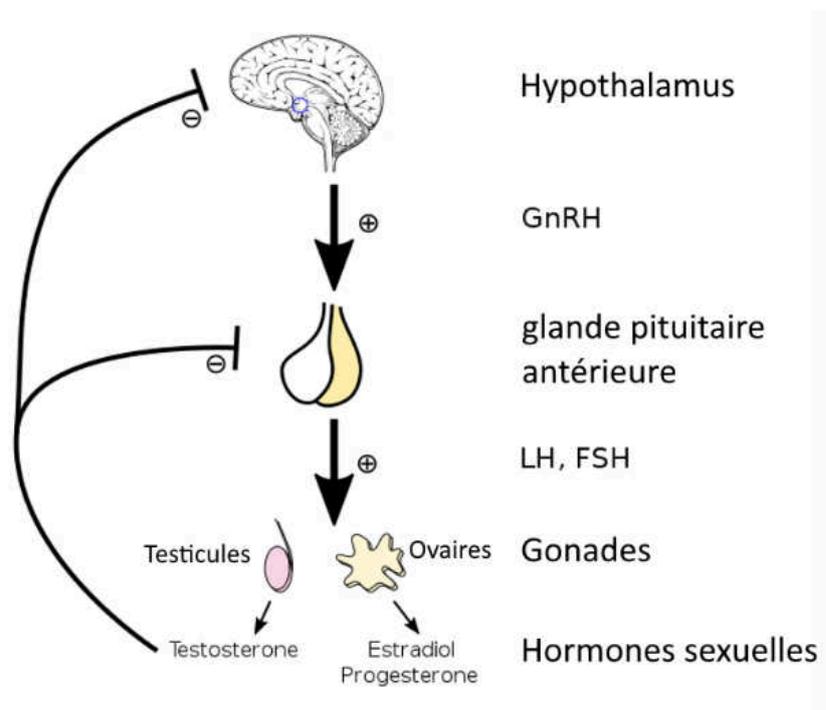
Les hormones sexuelles sont des hormones dites stéroïdiennes dérivées du cholestérol. Elles sont sécrétées par les gonades et régulées par l'axe hypothalamo-hypophysaire.

La GnRH est une hormone sécrétée par l'hypothalamus de façon pulsatile. Elle régule la sécrétion des gonadotrophines (LH et FSH) par l'hypophyse qui vont agir sur les gonades et entraîner la sécrétion des hormones sexuelles.

La LH et la FSH augmentent à l'adolescence puis atteignent un taux moyen constant chez l'homme et variable au cours du cycle chez la femme :

- Chez la femme : LH et FSH agissent en synergie dans la sécrétion d'œstrogènes et de progestérone par les ovaires et lors de l'ovulation.
- Chez l'homme : FSH intervient dans la spermatogénèse et LH stimule la synthèse et la sécrétion de testostérone par le testicule.

Figure 2 : Régulation de l'axe gonadotrope (34)

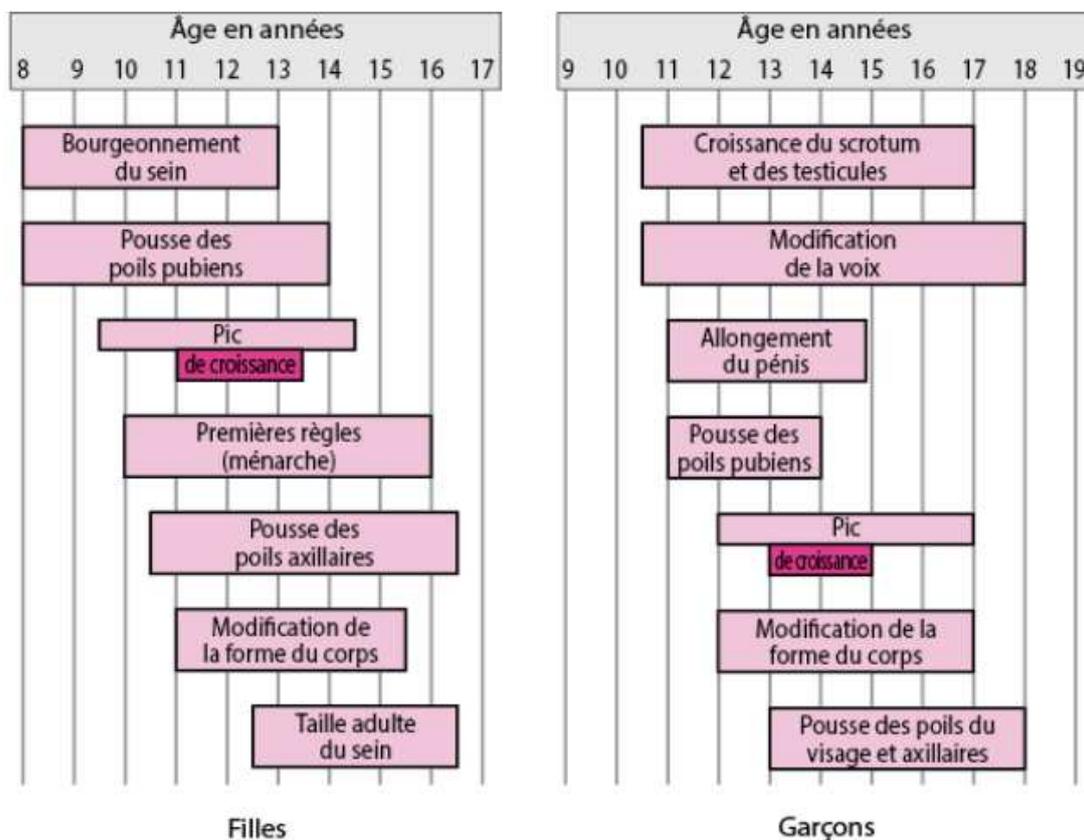


Les principales hormones sexuelles sont les œstrogènes, la progestérone et les androgènes. Lors de la puberté, elles jouent un rôle dans le développement des caractères sexuels primaires et secondaires.

Les œstrogènes et la progestérone sont donc sécrétées par les ovaires et sont responsables du développement des caractères féminins. Tandis que les androgènes, dont la principale est la testostérone, sont sécrétées majoritairement par les testicules et sont responsables des caractères masculins.

(35) (36)

Figure 3 : Chronologie d'apparition des caractères sexuels en fonction du sexe (37)



Les hormones sexuelles sont donc responsables du développement des caractères sexuels. Les traitements hormonaux substitutifs vont donc inhiber leur production naturelle et apporter les hormones du sexe désiré pour permettre de développer les caractéristiques correspondantes.

III.3. Transition « Male to Female » (MtF) :

III.3.a. Traitement hormonal :

La transition « Male to Female » consiste à traiter une femme née dans un corps homme. Le traitement consiste à la prise d'hormones féminisantes : les œstrogènes. Ils exercent une action antiandrogénique donc la prise d'antiandrogènes n'est pas toujours nécessaire pour réduire les hormones masculines. Dans certains cas, on a recours aux antiandrogènes pour réduire les doses d'œstrogènes et donc les effets indésirables associés.

Ces traitements provoquent la transformation voulue mais sont aussi pourvus d'effets indésirables à prendre en compte lors du choix du traitement.

- **Les antiandrogènes :**

Les antiandrogènes sont utilisés pour bloquer les effets des androgènes sécrétés naturellement par le patient. Il en existe plusieurs types exerçant des actions différentes :

- Suppression de la production des androgènes : suppression de la production de testostérone ou de sa conversion périphérique en 5- α -dihydrotestostérone.
- Blocage des récepteurs androgéniques
- Antigonadotropes : inhibent les gonadotrophines (FSH et LH)

Les antiandrogènes utilisés sont :

- **Acétate de cyprotérone** (voie orale) : Progestatif de synthèse à activité antigonadotrope et antiandrogénique périphérique. Il agit par inhibition compétitive de la liaison de la 5- α -dihydrotestostérone à son récepteur cytosolique dans les cellules cibles. La dose efficace pour obtenir l'action antiandrogénique est de 6 à 12mg/j.

Il y a quelques années il était l'antiandrogène le plus prescrit mais en raison des effets indésirables importants on préfère l'éviter. Parmi ces effets indésirables, les plus préoccupants sont : le risque de méningiome, toxicité hépatique,

tumeurs hépatiques, évènements thromboemboliques artériels ou veineux, perte de libido, état dépressif.

Une surveillance par IRM est obligatoire sous traitement par Acétate de Cyprotérone.

- **Agonistes de la GnRH : Goséreléline, Triptoréline** (voie injectable : IM ou SC profond) : action antigonadotrope par saturation des sites de la LHRH (facteur de libération de l'hormone lutéinisante) au niveau hypophysaire entraînant une hyperstimulation de l'hypophyse qui finit par ne plus répondre. Ils entraînent une diminution de la sécrétion de LH donc diminution des taux d'estradiol et de testostérone.
Ils sont peu utilisés en France car leur coût est élevé mais on peut les utiliser pour remplacer l'acétate de cyprotérone et éviter les effets secondaires.
- **Bicalutamide** : blocage des récepteurs androgéniques, dépourvus d'activité endocrinienne. Dosage utilisé : 50mg.
- **Spironolactone** : antagoniste de l'aldostérone avec effet diurétique épargneur de potassium, l'action antiandrogénique est faible et est exercée par blocage des récepteurs androgéniques.
Le dosage initial est de 100 à 200mg/j en une prise, possibilité d'augmenter jusqu'à 400mg.
La spironolactone est contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale ou d'hypotension sévère
- **Finastéride** : inhibiteur de la 5- α -réductase (enzyme qui transforme la testostérone en DHT). L'effet antiandrogénique faible, plus spécifique sur la pilosité androgénodépendante et l'alopecie.
Le dosage utilisé varie entre 0,25 et 2mg/j.
- **Progestérone** : en théorie, l'utilisation de la progestérone en tant qu'antiandrogène est controversée. D'un côté, la progestérone permettrait une meilleure répartition des graisses et un développement harmonieux de la poitrine. Cependant, les effets indésirables freinent leur prescription car ils peuvent induire une prise de poids, une modification lipidique, de la dépression,

un risque accru d'accident cardiovasculaire lorsqu'elle est associée aux œstrogènes. D'un point de vue pratique, la progestérone est fréquemment prescrite.

(3) (19) (20) (21) (32) (33) (38)

- **Les œstrogènes :**

Ensuite, on administre les hormones du sexe désiré. Pour la transition MtF, il s'agit des œstrogènes, notamment l'hormone naturelle, la 17- β -estradiol. A fortes doses, les œstrogènes ont une action féminisante, antigonadotrope et antiandrogène.

La 17- β -estradiol peut être administrée par voie orale sous forme d'ester (valérate d'estradiol), par voie percutanée sous forme micronisée (gel ou patch transdermique), en intramusculaire ou encore par pulvérisation nasale. La voie orale est utilisée chez les sujets jeunes sans risque cardiovasculaire ou thrombotique identifié. Cependant, chez les sujets de plus de 40 ans ou présentant des facteurs de risque cardiovasculaire ou des pathologies intercurrentes nécessitant une adaptation de dosage, on préfère la voie transdermique. En effet, celle-ci permet d'éviter le passage hépatique donc réduit le risque thrombotique. Concernant la voie intramusculaire, elle permet un effet plus rapide que les voies orale et transdermique mais entraîne plus de fluctuation des taux sanguins donc un risque de surdosage.

Concernant les doses, celles-ci sont variables selon les équipes mais on a souvent recours à des doses 2 à 3 fois supérieures à un traitement hormonal substitutif. On pourra augmenter progressivement jusqu'à induction d'un changement physique visible tout en conservant un rapport bénéfice/risque favorable.

Le tableau suivant reprend les formes les plus prescrites en pratique ainsi, les dosages associés et les précautions à prendre en compte pour leur usage.

Figure 4 : Spécialités les plus fréquemment prescrites en pratiques et précautions d'emploi en fonction de la voie d'administration.

VOIE D'ADMINISTRATION	SPECIALITES	PRECAUTIONS D'EMPLOI
GEL	Œstrodose 0,06% ® : Estradiol à 0,75mg/1,25g Posologie : 2 pressions/j (soit 2,5g de gel/j) à 5 pressions/j (soit 6,25g de gel/j)	Ne pas appliquer sur les muqueuses ni sur les seins (risque d'augmentation de cancer). Ne pas appliquer avant un prélèvement sanguin (risque de faux résultats liés à la présence de gel sur le bras)
	Estreva 0,1% ® (Estradiol 0,5mg/0,5g) Posologie : 1,5g de gel/j soit 3 pressions	
PATCH	Vivelledot ®, Oesclim ®, Thais ®, Dermestril ® (Estradiol) Posologie : 25 à 50µg/j 2x/semaine et jusque 200µg/j.	Irritations cutanées liées à l'adhésif

Parmi les œstrogènes disponibles sur le marché, on retrouve également l'éthinyl-estradiol. C'est un œstrogène de synthèse, administrable uniquement par voie orale entre 1 et 6mg/j. Ce traitement est déconseillé car il augmente le risque thromboembolique et le risque d'accidents cardiovasculaires à cause de l'effet de premier passage hépatique. De ce fait, l'éthinyl-estradiol est contre-indiqué en cas d'antécédent personnel de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire et/ou une thrombophilie.

(19) (20) (21) (32) (33) (39)

Figure 5 : Exemple de prescription d'un patient MtF par un médecin généraliste

Prescriptions relative au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)
- Colecalciferol 100 000 Ui/2 MI Sol Buv (1 boîte) Prendre 1 ampoule par prise, pendant 1 jour
- Estradiol * 100 µg/24 H ; Voie Transdermique ; Disp Transderm Bi-Hebdo (1 boîte) Prendre 2 dispositif transdermique par semaine. <u>Traitement à renouveler 2 fois.</u>
- Promegestone 0,25 Mg Cp (3 boîtes) Prendre 1 comprimé par jour, pendant 1 mois. <u>Traitement à renouveler 2 fois.</u>
- Estradiol * 25 µg/24 H ; Voie Transdermique ; Disp Transderm Bi-Hebdo (1 boîte) Prendre 2 dispositif transdermique par semaine, pendant 4 semaines. <u>Traitement à renouveler 2 fois.</u>

- **Effets attendus de l'hormonothérapie :**

Les changements physiques induits par les hormones féminisantes apparaissent progressivement au cours des deux premières années de traitement.

- Augmentation du volume mammaire (développement maximum souvent insuffisant pour les patientes)
- Répartition des graisses modifiée : majoration de la graisse sous-cutanée, redistribution de la graisse sur les hanches, diminution de la masse maigre
- Diminution de la masse musculaire et prise de poids
- Sécheresse et souplesse cutanée
- Ralentissement de la chute de cheveux
- Diminution de la pilosité
- Perte des réponses éroticogénitales (diminution des érections), baisse de la libido
- Diminution de la fertilité et de la taille des testicules (qui pénètrent dans le canal inguinal), atrophie de la prostate → arrêt de la spermatogenèse et réduction du diamètre des tubules séminifères
- Apaisement psychique
- Changement des odeurs corporelles

Le tableau suivant reprend quelques effets attendus des traitements hormonaux et les délais de début d'apparition et d'effet maximum estimés. Ces délais ne constituent

pas une norme mais un temps moyen observé dans la population, ils sont variables selon les patients.

Figure 6 : Temps de début d'apparition et d'effet maximum des effets attendus des traitements par œstrogènes

EFFETS	DEBUT D'APPARITION	EFFET MAXIMUM
Perte des réponses éroticogénitales	1-3 mois	3-6 mois
Baisse de la libido		1-2 ans
Ralentissement de la chute de cheveux		1-2 ans
Répartition des graisses modifiées	3-6 mois	2-5 ans
Diminution de la masse musculaire		1-2 ans
Sécheresse et souplesse cutanée		Inconnu
Augmentation du volume mammaire		2-3 ans
Diminution du volume testiculaire		1-2 ans
Diminution de la pilosité	6-12 mois	> 3ans

(1) (3) (19) (20) (21) (33)

- **Effets indésirables :**

L'apparition d'effets indésirables est variable en fonction des patients et du traitement suivi (caractéristiques cliniques du patient, dosage du traitement, voie d'administration etc...).

Figure 7 : Risques de l'hormonothérapie féminisante selon la fréquence et la présence de facteurs de risques

Risque accru élevé	Thromboembolie veineuse, calculs biliaires, augmentation des enzymes hépatiques, prise de poids, hypertriglycémie.
Risque accru avec présence de facteurs de risques additionnels	Maladies cardiovasculaires
Risque éventuellement accru	Hypertension, hyperprolactinémie ou prolactinome
Risque éventuellement accru avec présence de facteurs de risque additionnels	Diabète type 2
Pas d'augmentation des risques ou résultat non concluant	Cancer du sein

Ces effets indésirables sont directement liés aux effets physiques observés chez les patients. En effet, l'augmentation de la graisse abdominale accentue le risque cardiovasculaire et celui de développer un diabète non-insulinodépendant. Biologiquement, on observe :

- Augmentation du HDL-cholestérol, des triglycérides, de la pression artérielle, de la graisse sous-cutanée et viscérale
- Diminution du LDL-cholestérol, de la lipase hépatique et de la sensibilité à l'insuline.

Les complications les plus fréquentes sont les complications thromboemboliques, en particulier la première année de traitement et pour les voies orale et intramusculaire. On privilégie donc la voie transcutanée qui permet d'éviter le passage hépatique. Si un événement thrombotique survient pendant le traitement par voie orale, on change la voie d'administration pour la voie transdermique. Cependant, si le patient utilise déjà la voie transdermique, il poursuit son traitement conjointement au traitement anticoagulant.

Il est important de connaître le statut tabagique du patient avant le choix du traitement car la consommation de tabac augmente les risques de thrombose veineuse et ce risque augmente avec la prise d'œstrogènes.

A moindre niveau, l'hyperprolactinémie est une autre complication du traitement par œstrogènes. Elle est dose-dépendante, modérée et réversible. Ainsi, si on constate une élévation de la prolactine, il faut réduire les doses voire arrêter le traitement. En effet, dans de rares cas, l'élargissement du volume pituitaire peut être inquiétant car il peut se transformer en adénome vrai s'il persiste.

Concernant le risque cancéreux, il n'y a pas encore de recul suffisant mais il faut surveiller régulièrement les mammographies ainsi que le dosage de la PSA.

(3) (19) (20) (33)

- **Contre-indications :**

Les contre-indications au traitement hormonal sont principalement :

- Cardiovasculaires : maladies thromboemboliques, thrombophlébite, hypertension sévère.
- Hépatiques : insuffisance hépatique sévère.
- Liés aux antécédents personnels/familiaux ou néoplasiques (cancers œstrogénosensibles).
- Contre-indications relatives : cardiopathie ischémique, insuffisance rénale, migraine, épilepsie, lésions rétiniennes, hyperprolactinémie, histoire familiale de cancer du sein, tabagisme, obésité.

(3) (19) (33)

- **Surveillance :**

Une fois le traitement mis en place, il impose une surveillance régulière (tous les 3 à 6 mois les 2 premières années) associant examen clinique et biologique.

En premier lieu, la surveillance clinique permet d'évaluer la transformation, l'imprégnation hormonale et rechercher d'éventuels effets indésirables.

Concernant les risques cardiovasculaires, il faut suivre les facteurs de risque (arrêt tabac, équilibre alimentaire, activité physique) et évaluer les signes d'altération cardiovasculaire et de thromboembolie veineuse. Cette évaluation nécessite la

mesure de tension, du poids et du pouls, un examen du cœur et des poumons, un examen des extrémités (œdèmes périphériques, gonflements localisés, douleurs).

Ensuite, le traitement hormonal provoque une diminution du volume prostatique. Ainsi, on surveille la prostate par toucher rectal régulièrement pour contrôler le volume prostatique et mesurer le résidu urinaire.

Le statut osseux est aussi un élément à prendre en compte pour la surveillance. En effet, les œstrogènes préviennent la perte osseuse, augmentent la densité osseuse, diminuent les phosphatases alcalines, l'ostéocalcine, les ostéoclastes et le turnover osseux. Il faut vérifier la densitométrie osseuse pour les patients à risques.

En second lieu, la surveillance biologique comprend :

- Ionogramme sanguin
- Glycémie à jeun
- Bilan lipidique complet
- Bilan hépatique (transaminases, gamma GT, phosphatase alcaline)
- NFS
- Bilan phosphocalcique
- PSA pour le contrôle de la prostate
- Dosages hormonaux : maintenir des taux normaux et physiologiques
- Vérifier l'absence d'effets indésirables (hyperprolactinémie)

Le tableau suivant récapitule les examens de suivi et leur fréquence. Cependant, pour les patients présentant des comorbidités, la fréquence des examens est rapprochée.

Figure 8 : Paramètres de surveillance clinique et biologique des traitements par œstrogènes

	PARAMETRES	PERIODICITE
BILAN CLINIQUE	Bilan psychologique (troubles de l'humeur, libido, fonction sexuelle)	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis tous les 6 mois
	Bilan de féminisation (des effets attendus)	
	Bilan cardiovasculaire (poids, TA)	
	Recherche de thrombose	
	Recherche de signes d'ostéoporose	Annuellement
	Examen des seins	
BILAN BIOLOGIQUE	Cholestérol total, triglycérides, cholestérol- HDL, calcul du cholestérol LDL	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis annuellement
	Glycémie à jeun	
	ASAT, ALAT, Gamma-GT, phosphatases alcalines	
	Prolactinémie	6 et 12 mois après le début du traitement puis annuellement pendant 3 ans
	Estradiolémie	3 mois après le début du traitement puis annuellement
BILAN D'IMAGERIE	Mammographie	Selon les recommandations en vigueur chez la femme
	Ostéodensitométrie	Après orchidectomie

Pour finir, l'hygiène de vie est tout aussi importante que le suivi clinique et biologique. En effet, en raison des effets indésirables des traitements, il est important de suivre la consommation tabagique, alcoolique, l'exercice physique, le régime alimentaire et la supplémentation en calcium et vitamine D.

A chaque examen de contrôle, il est nécessaire de réévaluer le traitement de telle sorte que le rapport bénéfice/risque soit toujours favorable. (1) (3) (19) (21) (33)

III.3.b. Intervention chirurgicale :

La transition MtF implique plus fréquemment un recours à la chirurgie. Plusieurs procédures chirurgicales sont possibles et la limite avec la chirurgie esthétique est parfois difficile à établir. (3) (40)

- ***Chirurgie de réassignation sexuelle :***

La chirurgie de réassignation sexuelle est la chirurgie génitale. Elle peut comprendre pénectomie, orchidectomie, vaginoplastie, clitoroplastie ou vulvoplastie. Elle se déroule en deux étapes, une première étape pour l'ablation des organes sexuels masculins puis une deuxième étape de construction des organes sexuels féminins.

- **Castration et pénectomie** : amputation de la verge, ablation des testicules (orchidectomie).

La pénectomie consiste en la résection des corps caverneux et d'une partie du corps spongieux du pénis. On préserve le reste du corps spongieux et une partie du gland et de ses nerfs pour la clitoridoplastie.

- **L'Aidoiopoïèse** : terme pour désigner la vaginoplastie. Cette étape est la création d'un vagin et d'une vulve par la technique d'inversion pénoscrotale. La cavité vaginale (créée par incision du scrotum au périnée) est tapissée par la peau de la verge que l'on peut compléter par une greffe de peau totale. Le clitoris, le méat urinaire, les lèvres sont créées à partir de la peau du pénis et du scrotum : le gland est taillé pour obtenir la taille d'un clitoris biologique, la

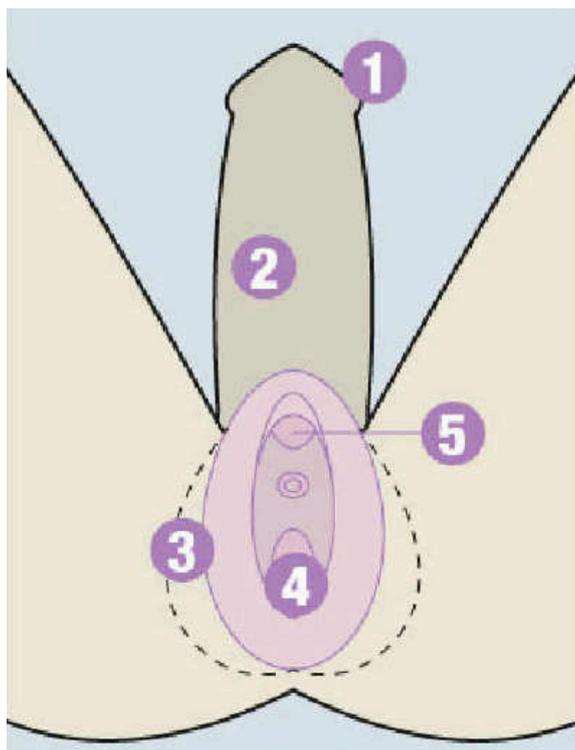
peau du scrotum suturée avec celle de la verge pour former les lèvres, l'urètre est utilisé pour former les petites lèvres et le prépuce utilisé en capuchon du clitoris. Ainsi, le néo-clitoris est vascularisé et sensible. Cette chirurgie est compatible avec une activité sexuelle.

La vaginoplastie nécessite une dilatation du néovagin plusieurs fois par jour après l'opération.

La prostate et les glandes séminales ne sont pas impactées pour éviter l'incontinence urinaire.

Figure 9 : Les étapes de la chirurgie génitale.

1 Le Gland est coupé, une partie sert à fabriquer le clitoris. 2 On retire les corps caverneux du pénis et on retourne à l'intérieur pour créer des parois du vagin. 3 On crée les petites et grandes lèvres avec le scrotum. 4 Vagin. 5 Clitoris. (41)



La chirurgie génitale est un geste invasif donc à risque de complications. Parmi les plus fréquentes, on retrouve :

- Hémorragies les premiers jours
- Nécrose partielle ou complète du vagin et des lèvres
- Fistules vésicales ou intestinales dans le vagin
- Sténose de l'urètre
- Vagin trop court ou trop petit pour des rapports sexuels

- Anorgasmie (bien que la chirurgie soit fonctionnelle)

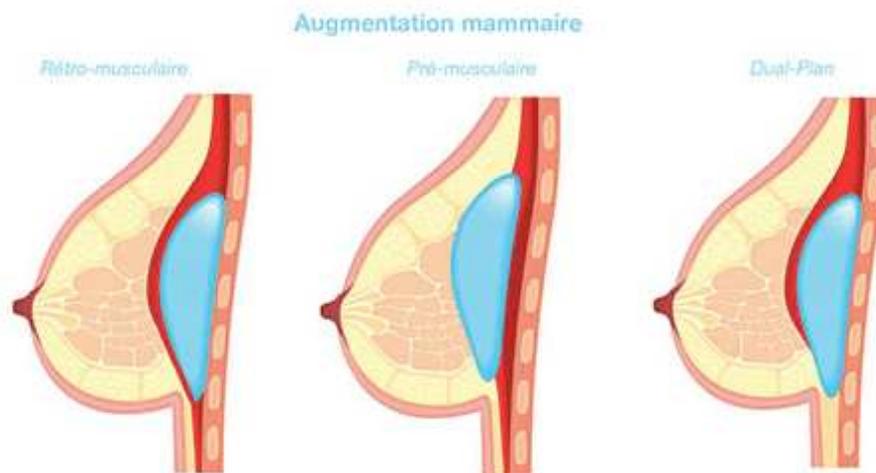
Afin de diminuer le risque thromboembolique per et post-opératoire, il est nécessaire d'arrêter le traitement hormonal 3 à 4 semaines avant et minimum 1 semaine après. Une fois la chirurgie réalisée, le traitement par antiandrogène est définitivement arrêté (sauf en cas de contre-indication à l'utilisation de hautes doses d'œstrogènes). En revanche, l'hormonosubstitution est maintenue et les doses d'œstrogènes sont baissées au minimum suffisant pour maintenir la féminisation et la prévention de l'ostéoporose.

Un suivi post-opératoire est nécessaire jusqu'à la cicatrisation pour contrôler l'absence de problèmes vaginaux et prostatiques. De plus, ce suivi permet de bons résultats chirurgicaux et psychosociaux. (1) (3) (19) (20) (21) (33) (41)

- **Chirurgie complémentaire :**

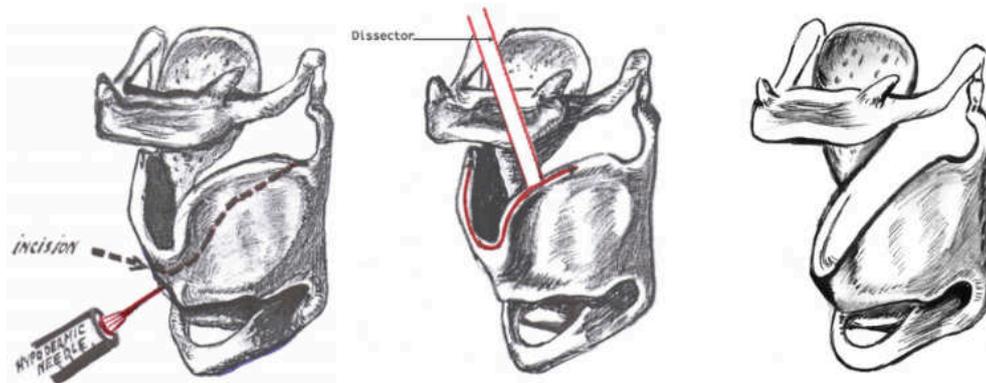
- **Mammoplastie :** le traitement hormonal permet un accroissement mammaire donc il faut attendre que le volume maximal soit atteint avant d'opérer. Celui-ci n'est pas souvent satisfaisant, il est donc possible de mettre en place des prothèses mammaires.

Figure 10 : Les Emplacements possibles des prothèses mammaires (42)



- **Chondrolaryngoplastie** : consiste à réduire le cartilage thyroïdien (retirer la pomme d'Adam).

Figure 11 : Étapes de la Chondrolaryngoplastie (34)



- **Féminisation faciale** : réduction de l'angle mandibulaire, ostéotomie des arcades zygomatiques, lissage du front, blépharoplastie)
- **Autres chirurgies** : liposuccion, remodelage, chirurgie de la voix, augmentation glutéale, implant capillaire ...

(19) (20) (32)

III.4. Transition « Female to Male » (FtM) :

III.4.a. Traitement hormonal :

La transition « Female to Male » consiste à traiter un homme né dans un corps de femme. En premier lieu, on peut commencer par freiner la production d'estradiol et supprimer les règles grâce aux antigonadotropes. Puis, en second lieu, c'est l'administration des hormones masculinisantes : les androgènes.

- **Antigonadotropes :**

Ces traitements sont essentiellement prescrits en début de traitement pour stopper les règles.

- **Progestatifs : Chlormadinone (Lutéran ®), Nomegestrol (Lutenyl ®) ou autre pilule progestative :** utilisés en début de traitement pour leurs propriétés antigonadotropes, sur une courte durée.
- **Danatrol (Danazol ®) :** Activité androgénique et anabolisante modérée. Il agit par inhibition de la synthèse et la libération des gonadotrophines entraînant un freinage de l'activité ovarienne, suppression de l'ovulation atrophie de l'endomètre et hypœstrogénie.
- **Pilule contraceptive en continu :** méthode la plus simple et la plus courante.
- **Stérilet Mirena ® :** arrêt des règles dans 60% des cas.

(3) (43)

- **La testostérone :**

La testostérone est l'androgène le plus important chez l'homme. Il est synthétisé principalement dans les gonades et la corticosurrénale.

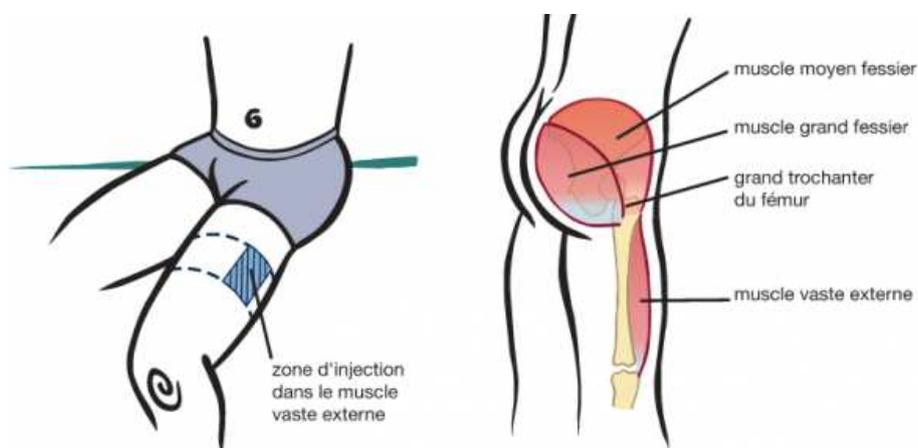
- **Enantate de testostérone (Androtardyl 250mg ®) :**

C'est le plus fréquent, il est administré par voie intramusculaire. La posologie de départ est une injection d'un quart à une demi-ampoule (soit 62,5mg à 125mg) toutes les 2-3 semaines. Puis on peut augmenter les doses progressivement tout en maintenant un bon équilibre entre l'imprégnation androgénique et la tolérance. La dose d'entretien est d'une injection d'une demi-ampoule à une ampoule entière (soit 125 à 250mg) toutes les 2-3 semaines.

Concernant l'injection, elle peut être réalisée par un infirmier à domicile ou par le patient une fois éduqué à l'autoinjection. Il faut injecter dans la fesse ou dans la cuisse.

L'inconvénient de la voie intramusculaire est la fluctuation des taux de testostérone pouvant être responsable de sautes d'humeurs anormales.

Figure 12 : Les sites d'injection intramusculaire d'Androtardyl ® (44)



D'autres voies sont disponibles : la voie transcutanée (patch, gel) ou injectable de longue action (permettant des injections plus espacées) mais elles ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie :

- **Testostérone undecanoate (Nebido LP ®) :** 1 injection intramusculaire toutes les 10 à 14 semaines.
- **Androgel ® :** 2 pressions (soit 40,5mg de testostérone) une fois par jour, le matin (application quotidienne plus contraignante).

- **Testostérone undecanoate (Pantestone®)** : Prise par voie orale, de l'ordre de deux comprimés matin et soir.

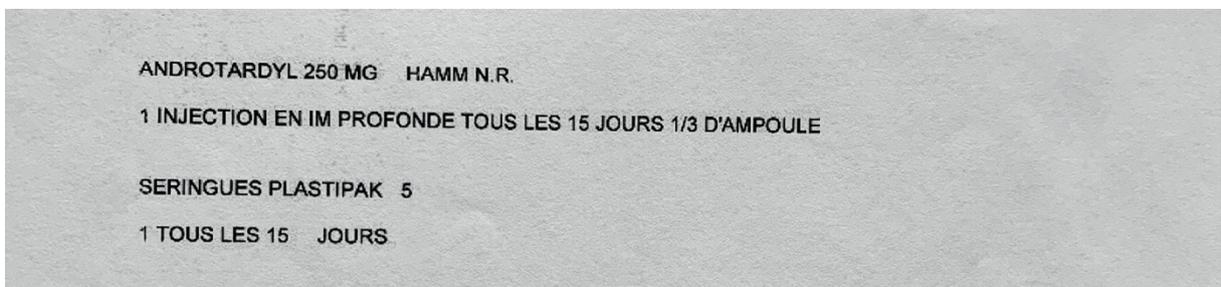
Cependant, la voie orale n'est pas recommandée car le taux de testostérone obtenu n'est pas suffisant pour une transformation satisfaisante et à cause des effets indésirables (hépatotoxicité, risque de maladie thromboembolique veineuse, prise de poids).

Figure 13 : Les différentes spécialités de la testostérone



La testostérone est soumise à une primo-prescription restreinte à certains spécialistes : endocrinologue, urologue et gynécologue. Le renouvellement est possible par le médecin généraliste. (1) (3) (19) (20) (21) (33) (45)

Figure 14 : Exemple de prescription d'un patient FtM par un endocrinologue



- **Effets attendus :**

- Épaississement de la peau, production de sébum et d'acné
- Arrêt des menstruations (pas systématique)

- Augmentation de la pilosité à topographie masculine (visage, thorax)
- Redistribution de la graisse : diminution de la graisse sous-cutanée et de la graisse des hanches, augmentation de la graisse abdominale et de la masse maigre, augmentation du poids (environ 7kg).
- Augmentation de la force musculaire
- Atrophie mammaire : glande mammaire identique mais activité glandulaire diminuée
- Clitoromégalie (l'élargissement du clitoris satisfait 5 à 8% des patients pour les rapport sexuels) et atrophie vaginale.
- Exacerbation de la libido
- Raucité de la voix
- Chute de cheveux
- Nervosité ou agressivité en début de traitement
- Changement des odeurs corporelles, augmentation de la chaleur corporelle et de la sudation

Figure 15 : Temps de début d'apparition et d'effet maximum des effets attendus des traitements par androgènes

EFFETS	DEBUT D'APPARITION	EFFET MAXIMUM
Peau grasse/acné	1-6 mois	1-2 ans
Arrêt des menstruations	2-6 mois	Pas systématique
Développement du système pileux	3-6 mois	3-5 ans
Redistribution de la masse graisseuse		2-5 ans
Accroissement clitoridien		1-2 ans
Atrophie vaginale		1-2 ans
Aggravation de la voix		3-12 mois
Augmentation de la masse musculaire	6-12 mois	2-5 ans
Chute des cheveux	> 12 mois	Variable

(1) (3) (19) (20) (21) (33) (46)

- **Effets indésirables :**

L'apparition d'effets indésirables est variable en fonction des patients et du traitement suivi (caractéristiques cliniques du patient, dosage du traitement, voie d'administration etc...).

Figure 16 : Risques de l'hormonothérapie masculinisante selon la fréquence et la présence de facteurs de risques

Fréquence augmentée	Polyglobulie (hématocrite > 50%), prise de poids, acné, alopecie androgénique, apnée du sommeil.
Fréquence peu augmentée	Augmentation transitoire des enzymes hépatiques, troubles lipidiques (hyperlipidémie, diminution du HDL-cholestérol, diminution de la graisse sous-cutanée)
Possibles en présence de facteurs de risques	Destabilisation de troubles psychiatriques (exacerbation des symptômes psychiatriques), risques cardiovasculaires, hypertension, diabète type 2.

Le risque de cancérisation endométriale et/ou ovarienne sous traitement par testostérone est peu renseignée. Cependant, pour l'éviter, on conseille une hystérectomie totale et radicale après maximum 2 ans de traitement.

Le traitement par testostérone peut rendre les ovaires polykystiques. Ainsi, il faut évaluer les signes de ce syndrome avant de commencer le traitement car il peut augmenter le risque de diabète, maladie cardiaque, hypertension artérielle, cancers des ovaires et de l'endomètre. (3) (33) (47)

- **Contre-indications :**

Les contre-indications au traitement androgénique sont principalement :

- Grossesse ou allaitement
- Maladie coronarienne instable
- Polyglobulie non traitée avec hématicrite $\geq 55\%$
- Cancers androgénodépendants
- Cancers de l'endomètre
- Certaines tumeurs malignes provoquant des hypercalcémies
- Tumeur hépatique ou antécédents de tumeur hépatique
- Insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique sévère
- Maladie cardiovasculaire ischémique instable
- Obésité
- Hypertriglycémie, hypercholestérolémie
- Diabète déstabilisé
- Troubles psychiatriques
- Apnées du sommeil

(3) (20)

- **Surveillance :**

La surveillance clinique et biologique est régulière surtout en début de traitement (tous les 3 à 6 mois les 2 premières années). La surveillance clinique permet d'évaluer la transformation et l'imprégnation hormonale, de rechercher d'éventuels effets indésirables ainsi que prévenir les facteurs de risques.

Ensuite, la surveillance biologique comprend :

- Ionogramme sanguin
- Bilan métabolique : glycémie à jeun, bilan lipidique
- Bilan hépatique (transaminases, Gamma-GT, PAL)
- NFS (Taux de globule rouges +++)
- Bilan phosphocalcique.
- Bilan hormonal : le taux de testostérone doit être maintenu dans la norme, soit entre 7 et 30 nmol/L.

- Suivi osseux : La testostérone diminue le turnover osseux par une action anabolique sur l'os cortical et l'augmentation des phosphatases alcalines. La densité osseuse n'est pas diminuée après 1 an de traitement mais diminue progressivement après.
Il faut aussi surveiller la valeur de la LH qui renseigne sur l'équilibration hormonale et reflète l'activité osseuse, elle doit être maintenue en dessous du seuil de 20U/l.

Figure 17 : Paramètres de surveillance clinique et biologique des traitements par androgènes

	PARAMETRES	PERIODICITE
BILAN CLINIQUE	Bilan psychologique (troubles de l'humeur, libido, fonction sexuelle)	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis tous les 6 mois
	Bilan de masculinisation (des effets attendus)	
	Bilan cardiovasculaire (poids, TA)	
	Recherche de signes d'ostéoporose	
	Examen du foie	Annuellement
	Dépistage de cancer du sein	Tous les 6 mois, jusqu'à la mastectomie
	Dépistage de cancer du col	Avant hystérectomie
BILAN BIOLOGIQUE	Cholestérol total, triglycérides, cholestérol- HDL, calcul du cholestérol LDL	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis annuellement
	Glycémie à jeun	
	ASAT, ALAT, Gamma-GT, phosphatases alcalines	
	Hémogramme	
	Testostéronémie totale et/ou biodisponible	Variable selon le type de molécule utilisée et la voie d'administration
BILAN D'IMAGERIE	Mammographie	Selon les recommandations en vigueur chez la femme
	Ostéodensitométrie	Après ovariectomie

De plus, en raison des effets indésirables des traitements, il est important de veiller au suivi des règles hygiéno-diététiques : la consommation tabagique, alcoolique, l'exercice physique, le régime alimentaire et la supplémentation en calcium et vitamine D.

Pour finir, le dosage est à réévaluer constamment en fonction du rapport bénéfice/risque. Il faut prendre en compte l'âge, l'état de santé ou la présence de facteurs susceptibles d'interférer avec le traitement.

(3) (20) (33)

- **Traitements complémentaires :**

Il est possible d'avoir recours à d'autres traitements pour compléter l'action de l'hormonothérapie :

- **Androstanolone (Andractim ®) :** stimulation de la pilosité et du dicklit (terme pour désigner le clitoris des hommes trans).
Risque de transfert par contact cutané étroit.
- **Minoxidil 2% :** stimulation de la pilosité et de la pousse des cheveux. A prendre en continu.
- **Promestriene (Colpotrophine ®) :** pour traiter la sécheresse vaginale en cas de gêne vulvaire et/ou vaginale.
- **Contraception :** la testostérone peut induire une infertilité mais pas dans tous les cas.
Les œstroprogestatifs sont contre-indiqués mais sont possibles : pilule progestative, implant progestatif, DIU hormonal, DIU cuivre et préservatifs.

III.4.b. Traitement chirurgical :

La chirurgie des patients FtM est plus complexe que pour les patients MtF. Elle peut concerner la fonction urinaire et/ou la fonction sexuelle selon les patients. (20)

- ***Chirurgie des seins :***

Le traitement chirurgical commence généralement précocement chez les patients FtM avec la mastectomie bilatérale.

En effet, la poitrine est la cause de souffrance psychologique chez de nombreux patients qui ont souvent recours à la compression des seins pour les camoufler. Cependant, cette pratique est douloureuse, peut provoquer des dégâts sur la peau, les muscles et peut gêner la respiration.

Cependant, même après mastectomie, il reste l'insatisfaction et la détresse liés aux organes génitaux nécessitent tout de même un recours à la chirurgie génitale.

(3) (10) (32)

- ***Chirurgie de réassignation sexuelle :***

La chirurgie génitale se déroule en 2 phases : une phase qui consiste à l'ablation des organes génitaux du sexe primitif, puis une phase de construction des organes génitaux du sexe désiré.

Idéalement les buts sont de créer une verge normale au repos avec une sensibilité cutanée, respecter les sensations érogènes, permettre la miction debout, reproduire une érection (via des prothèses), créer un scrotum contenant des prothèses testiculaires.

- ***Hystérectomie +/- ovariectomie :***

La pratique de ces interventions est régulière donc le résultat est souvent satisfaisant et les complications sont rares.

On peut ensuite les combiner aux chirurgies suivantes selon les objectifs des patients.

- **Métaidioplastie :**

Consiste à réaliser un micropénis à partir de tissu adipeux retiré du mont de vénus puis placé autour du clitoris hypertrophié sous l'action de la testostérone.

On peut y associer une urétroplastie.

- **Urétroplastie :**

Les petites lèvres et la muqueuse buccale ou vaginale sont utilisées pour allonger l'urètre. Le but est de permettre la miction debout mais le résultat est incertain.

- **Phalloplastie :**

La phalloplastie résulte de l'association d'un lambeau cutané et d'une urétroplastie.

Les techniques sont multiples : par lambeau chinois, lambeaux suprapubiens avec prothèses d'expansion cutanée, lambeaux inguinaux de rotation.

Néanmoins, la phalloplastie est à risque de complications importantes telles que les sténoses multirécidivantes et les fistules.

La vaginectomie est souvent réalisée en même temps car on utilise des parties pour la reconstruction.

- **Prothèses de verge :**

Les prothèses de verge sont mises en place 6 à 12 mois après la phalloplastie pour diminuer le risque infectieux. Le but est de permettre d'obtenir une rigidité.

Plusieurs types de modèles de prothèses existent mais les plus utilisées sont les semi-rigides et les gonflables.

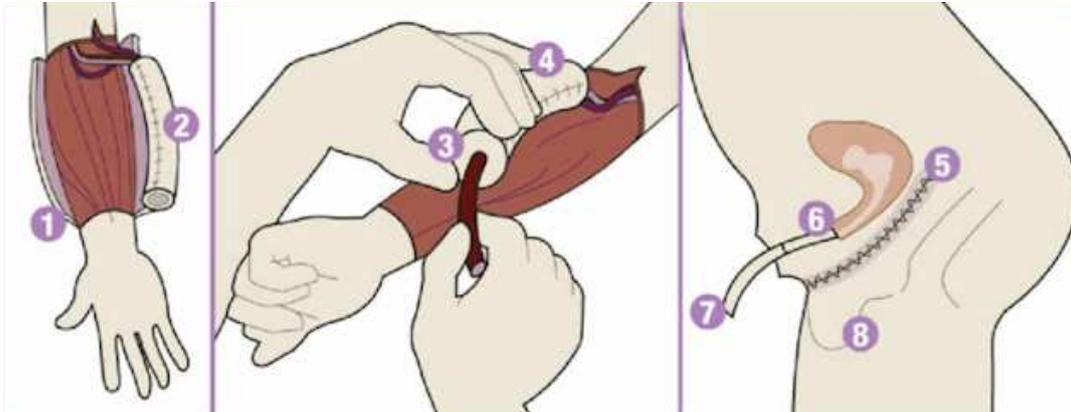
Les principales complications de ces prothèses sont la panne mécanique et une ulcération de l'extrémité de la néoverge avec surinfection (nécessite une explantation).

- **Scrotoplastie :**

Création d'un néo-scrotum par dissection des grandes lèvres pour former des cavités creuses permettant l'insertion des implants testiculaires.

Figure 18 : Phalloplastie avec un tissu de l'avant-bras

1 Peau de l'avant-bras roulée vers l'intérieur pour former l'urètre. 2 Partie de la peau roulée vers l'extérieur pour fabriquer la peau du pénis. 3 Pénis fabriqué sur l'avant-bras pour rester relié à la circulation sanguine. 4 Introduction d'un cathéter pour greffer le pénis dans la région pubienne. 5 Suture du vagin. 6 Urètre fabriqué avec les petites lèvres pour faire la jonction entre l'urètre existant et l'urètre artificiel. 7 Urètre du néo-pénis. 8 Grandes lèvres transformées en scrotum où seront insérées les prothèses testiculaires. (41)



Ces interventions chirurgicales ne sont pas sans risques. Les complications les plus fréquentes à la suite d'une intervention de réassignation sexuelle FtM sont les infections urinaires, les sténoses urétrales et un flux urinaire dévié. Un suivi post-opératoire à long terme est donc nécessaire pour surveiller la fonction mictionnelle et les prothèses érectiles. (1) (3) (16) (19) (20) (41)

- **Autres chirurgies :**

Des chirurgies complémentaires sont possibles :

- Liposuction, liposculpture
- Implants pectoraux
- Masculinisation de la silhouette (hanches)
- Masculinisation du visage
- Chirurgie de la voix : rare mais peut être recommandée si l'hormonothérapie n'a pas rendu l'effet escompté.

En conclusion, la chirurgie FtM a connu des améliorations ces dernières années mais n'est pas encore bien développée et les résultats sont souvent insatisfaisants (sur le fonctionnement et l'apparence) comparées aux procédures chirurgicales MtF. (1) (3) (40)

III.5. Prise en charge complémentaire :

III.5.a. Psychothérapie :

Bien qu'elle ne soit pas obligatoire au cours de la transition, un soutien individualisé est nécessairement proposé à chaque stade du parcours de soin. Les bénéfices sont multiples : atténuer les souffrances, aider à trouver une expression de genre, acceptation du corps (avec ou sans traitements), gestion des discriminations, acceptation de l'entourage, gestion des émotions etc...

De plus, certains troubles de santé mentale avec ou sans lien avec une dysphorie de genre peuvent nuire au bon déroulement de la transition.

Dans certains cas la prescription de psychotropes peut être nécessaire pour soulager ou traiter les symptômes.

Enfin, la thérapie familiale est également possible et encouragée pour assurer un bon environnement au patient et favoriser la transition. (3) (18) (20)

III.5.b. Fertilité :

Au démarrage du parcours de transition, il est important d'aborder la notion du désir d'enfant. En effet, certains traitements hormonaux ou chirurgicaux peuvent avoir un effet irréversible sur la fertilité et le patient doit être informé des possibilités qui s'offrent à lui :

- Conservation des gamètes en centre CECOS (Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme). Ces centres permettent de préserver la fertilité, informent les patients des possibilités et proposent la conservation des gamètes ou de tissus germinaux.
- Procréation médicalement assistée : n'est pas encore autorisé en France pour les patients trans sauf dans le cas d'un homme trans et d'une femme cis.

Néanmoins, ces pratiques sont coûteuses et ne sont pas disponibles partout. (20) (39) (48)

III.5.c. Dépistage :

Comme dans la population générale, il ne faut pas négliger les dépistages dans la population trans.

- **IST** : sérologies VIH / VHB / VHC / syphilis, gonocoque, chlamydia.

- **Soins uro-génitaux :**

Frottis du col utérin chez les patients possédant un utérus (dès 25 ans).

Il faut veiller à ne pas oublier les patients FtM n'ayant pas subi de chirurgie génitale.

Conseils d'hygiène génitale à prodiguer aux patients MtF, conseils sur la sexualité et sur la prévention des IST.

- **Dépistage cancer :**

Veiller aux organes génitaux en place pour connaître les types de dépistage en fonction du sexe : sein, col de l'utérus, ovaires, prostate.

- **Mammographie :**

Les suivis de mammographie concernent surtout les femmes trans sous hormonothérapie depuis plus de 5 ans, tous les 2 ans à partir de 50 ans

(3) (39)

III.5.d. Patients séropositifs :

La prise en charge des patients trans est d'autant plus complexe s'ils sont infectés par le VIH. Les interactions entre les traitements antirétroviraux et les traitements hormonaux sont peu documentés, cependant, les effets indésirables de ces traitements s'additionnent.

Il faut être vigilant concernant les risques liés aux traitements hormonaux, l'observance des antirétroviraux, le suivi des dosages hormonaux et les interventions chirurgicales.

(20) (32)

III.5.e. Orthophoniste et ORL :

Le but est l'harmonisation de la voix et de la communication : ton, intonation, résonance, articulation, débit de parole, élocution, niveau de langage, communication non verbale.

Pour les patients MtF, cette thérapie peut être suivie seule ou en complément de la chirurgie de la voix. (3)

III.5.f. Dermatologue :

Les traitements féminisants diminuent la pilosité mais le résultat est rarement satisfaisant, ainsi, de nombreux patients MtF ont recours à l'épilation définitive. (3)

III.5.g. Kinésithérapie :

Des séances de kinésithérapie peuvent servir pour l'accompagnement de la transformation du corps, aider à la façon de bouger, de s'asseoir, de marcher et pour l'accompagnement post-opératoire. (39)

III.5.h. Soutien social :

Réseaux de pairs, associations, groupes, organisations communautaires. Des associations réalisent des brochures à thèmes variés, des groupes de paroles, des rencontres etc... à destination des patients, des proches pour favoriser la compréhension et la communication. (39)

III.6. Le cas particulier des enfants :

La prise en charge des enfants est controversée. En effet, plus elle est précoce meilleure est la transition, cependant, il est fréquent que la dysphorie ne persiste pas chez les enfants contrairement aux adolescents.

La prise en charge est individualisée et menée par une équipe pédiatrique (pédopsychiatre, endocrinologue pédiatrique). Comme pour les adultes, les décisions sont prises collégalement lors des réunions de concertation pluridisciplinaire et nécessitent le consentement des parents tant que le patient est mineur.

La première étape est d'évaluer la situation clinique. Au démarrage, il faut rechercher un trouble du développement sexuel, d'éventuelles comorbidités, accompagner le développement psycho-affectif, faciliter l'intégration familiale, sociale, scolaire, réduire la souffrance et prévenir un risque post-traumatique. (21)

III.6.a. Évaluation clinique :

L'évaluation clinique est la première étape de prise en charge chez l'enfant. Elle est dirigée par le pédopsychiatre et l'endocrinologie pédiatrique.

Une fois le diagnostic confirmé, les examens initiaux sont réalisés :

- Dosages hormonaux (LH, FSH, testostérone, œstradiol)
- Caryotype et/ou échographie pelvienne
- Évaluer le retentissement psychoaffectif, familial et social
- Informations concernant le traitement et les conséquences
- Sensibiliser à l'automédication

(21)

III.6.b.Traitements :

- ***Psychothérapie :***

Tout d'abord, la psychothérapie est proposée avec ou sans traitement médicamenteux.

En effet, il est possible de mettre en place des séances individuelles afin d'aider l'enfant à construire son identité, explorer l'identité de genre, favoriser l'intégration dans la communauté (notamment à l'école), atténuer sa souffrance.

Enfin, des séances familiales, de groupes sont très grandement conseillées dans le suivi des enfants. Le but est d'aider la famille à accepter et à répondre aux inquiétudes de leur enfant. (3) (18) (21)

- ***Le blocage pubertaire :***

Le début de la puberté se situe aux environs de 12 ans. Elle commence par l'apparition des bourgeons mammaires chez la fille et l'augmentation du volume testiculaire chez les garçons (stade 2 de l'échelle de Tanner). A ce stade, si le pré-adolescent présente une dysphorie de genre intense et chronique depuis l'enfance, il est possible de mettre en place un traitement visant à bloquer la puberté.

En première intention, on utilise des analogues de la GnRH qui vont supprimer la production d'œstrogène et de testostérone et ainsi différer l'installation des caractéristiques sexuels secondaires.

En France, on utilise :

- Leuproléine (Enantone ® 3,75 mg si > 20kg) : 1 injection SC tous les mois
- Triptoréline (Decapeptyl ® 11,25 mg si > 20kg) : 1 injection IM tous les 3 mois

D'autres traitements possibles existent mais sont moins fréquemment utilisés. On retrouve les progestatifs, qui peuvent réduire les effets des androgènes sécrétés par les testicules pour les adolescents ne recevant pas d'analogue de la GnRH. Puis, les contraceptifs oraux pour supprimer les règles. (18) (21) (39) (49)

- **Avantages du blocage pubertaire :**

Ce traitement est réversible et peut être interrompu à tout moment s'il change d'avis ou en cas de contre-indication. Le but est d'éviter l'angoisse liée au développement du sexe biologique. Ainsi, le blocage pubertaire permet de :

- Donner plus de temps pour explorer la non-conformité de genre
- Faciliter la transition prévenant le développement des caractères sexuels secondaires
- Éviter les conséquences psychologiquement négatives d'une dysphorie de genre (21)

- **Inconvénients du blocage pubertaire :**

Les traitements hormonaux sont relativement bien supportés chez les enfants et améliorent leur bien-être. Cependant, des effets indésirables potentiels peuvent survenir. En effet, quelques études ont révélé que chez des enfants ayant reçu des analogues de la GnRH, la densité minérale osseuse soit plus faible. Ensuite, chez les garçons, la prise précoce d'analogue de la GnRH peut provoquer une insuffisance de tissu pénien pour une vaginoplastie par inversion de la peau pénienne. (49)

- **Surveillance :**

- Taux de testostérone, FSH et LH.
- Croissance
- Minéralisation osseuse (49)

- **Transition hormonale :**

Ensuite, vers l'âge de 16 ans, on peut envisager une hormonothérapie féminisante ou masculinisante à doses croissantes (tout en poursuivant les analogues de GnRH). Elle va permettre le développement des caractères sexuels secondaires du sexe désiré tout en évitant l'apparition du sexe d'origine.

Pour finir, une fois la puberté terminée, la prise en charge est similaire aux adultes. Cependant, le retentissement sur la croissance et la minéralisation osseuse est encore faiblement documenté donc ce sont des éléments à surveiller régulièrement. (3) (18) (39) (49)

En conclusion, après consentement éclairé du patient, la mise en place du traitement est décidée collégalement au cours de réunion pluridisciplinaire. L'endocrinologue met en place le traitement en fonction du genre souhaité, des objectifs du patient, à des posologies progressivement croissantes. Un suivi clinique et biologique est nécessaire pour conserver un rapport bénéfice/risque favorable. Ensuite, le patient peut décider d'avoir recours à la chirurgie et continuer jusqu'à obtenir un résultat esthétique et fonctionnel satisfaisant. En parallèle des médicaments et de la chirurgie, des thérapies sont proposées aux patients trans dans le but de les accompagner à de multiples niveaux (apparence, psychologie, fertilité, conduites à risques etc...).

Pour finir, la transition des patients mineurs a progressé mais reste en cours d'amélioration. Le but est de les dépister le plus précocement possible afin d'éviter le développement des caractères sexuels et ainsi une anxiété inutile et permettre par la suite une transition plus douce.

IV. DIFFERENCES ENTRE THEORIE ET REALITE

Dans un souci de refléter au mieux la réalité, j'ai pu recueillir des témoignages de patients trans. Ensemble, nous avons échangé sur leur parcours personnel, les obstacles auxquels ils ont pu être confronté plus particulièrement sur leur relation avec les équipes pharmaceutiques.

Grâce à leurs témoignages, j'ai pu constater des différences entre les parcours de soin qu'ils avaient suivi et les parcours indiqués dans les recommandations.

Ensuite, j'ai pu recenser certains problèmes récurrents et ainsi réfléchir aux solutions possibles.

IV.1. Parcours en théorie et en pratique :

En pratique, on constate qu'il n'existe pas un seul parcours de soin. En effet, il en existe autant qu'il y a de patients, tout dépend des besoins et des objectifs de chacun.
(39)

Deux parcours différents ressortent : le parcours coordonné et le parcours de ville.

IV.1.a. Parcours coordonné :

Le parcours coordonné correspond au parcours décrit précédemment se déroulant principalement en milieu hospitalier. Il comporte une équipe pluridisciplinaire avec psychiatre, endocrinologue et chirurgien.

Les avantages :

- Les praticiens décident collégialement de la prise en charge
- Certains praticiens sont plus rapidement accessibles via ce parcours

Les inconvénients :

- Long car il faut souvent consulter les différents praticiens avant de pouvoir entamer un traitement médicamenteux

- Pas de liberté de choix du praticien car il faut rester dans le parcours coordonné
- Consultation avec un psychiatre : renvoie toujours à la notion de psychiatisation de la pathologie.
- Consultation avec un chirurgien même si la chirurgie n'est pas souhaitée.

IV.1.b. Parcours de ville :

Il est fréquent que les patients n'aient pas recours au parcours pluridisciplinaire. En effet, les traitements prescrits sont majoritairement des traitements classiques dont la prescription est autorisée par le médecin généraliste à l'exception de la testostérone.

Ainsi, la première consultation est réalisée par un médecin généraliste expérimenté dans la prise en charge des patients trans. En premier lieu, celui-ci prescrit un bilan sanguin initial et s'assure de l'absence de contre-indication. Puis, si les résultats sont bons, le traitement est directement mis en place. En cas de doute sur les résultats, le médecin oriente vers l'endocrinologue.

Ensuite, le traitement est mis en place. Il est fréquent de commencer directement par l'hormonothérapie sans passer par les traitements visant à supprimer les hormones du sexe de naissance. En effet, les hormones masculinisantes et féminisantes peuvent être suffisantes pour les diminuer mais dans certains cas on peut mettre les deux traitements en place en même temps.

L'avantage de ce parcours est la rapidité de mise en place. Lorsque le patient consulte pour la première fois, sa décision est bien souvent déjà murement réfléchie et une attente trop longue laisse persister la souffrance du patient. L'inconvénient est la perte de la dimension de pluridisciplinarité et des bénéfices d'une décision collégiale par des spécialistes.

IV.2. La place du pharmacien :

Dans le parcours de soin des patients trans, on constate que le pharmacien n'y a pas sa place. Actuellement, beaucoup de patients trans n'attendent du pharmacien qu'une délivrance simple des médicaments. Or, c'est le professionnel de santé auquel

les patients sont le plus confrontés, il constitue la dernière étape entre le patient et son traitement et s'assure de sa bonne compréhension.

Il m'a donc semblé nécessaire, dans le cadre de mon travail, de m'attacher à comprendre pourquoi le pharmacien était exclu de ce parcours de soin et comment il était possible d'y remédier dans le but d'améliorer la prise en charge des patients trans.

IV.2.a. Délivrance de testostérone :

La délivrance de testostérone peut être problématique pour les patients FtM suivis en ville. En effet, la testostérone est soumise à prescription restreinte par un endocrinologue, un urologue ou un gynécologue et seul le renouvellement peut être fait par un médecin généraliste. Ainsi, il n'est en théorie pas possible pour un médecin généraliste de prescrire de la testostérone en premier. (45)

En pratique, pour ne pas retarder la prise en charge des patients trans, des médecins généralistes prescrivent la testostérone. Ce sont habituellement des médecins expérimentés, qui réalisent les bilans sanguins nécessaires et veillent à l'absence de contre-indication. Cependant, la délivrance en pharmacie n'est pas toujours acceptée si le patient n'est pas en capacité de présenter la primo-prescription du spécialiste. Certains pharmaciens habitués ou après communication avec le médecin acceptent la délivrance tandis que d'autres sont plus réticents à sortir du cadre réglementaire.

Ainsi, il serait important de faire évoluer la réglementation pour encadrer la pratique tout en facilitant l'accès à la testostérone pour les patients trans et leur éviter l'angoisse d'un refus de délivrance à chaque renouvellement.

La problématique reste celle de la vigilance car la testostérone est associée à un mésusage notamment pour améliorer les capacités physiques.

IV.2.b. Formation des équipes :

L'une des raisons de l'exclusion du pharmacien au parcours de soin des patients trans est le manque de formation des équipes.

En effet, les traitements délivrés sont des traitements hormonaux de substitution classiques connus pour le traitement des insuffisances hormonales. Cependant, avec l'augmentation de la prévalence des troubles du genre, de plus en plus de pharmaciens sont amenés à délivrer des traitements hormonaux aux patients trans, c'est-à-dire, en dehors du cadre de l'AMM. Or, la transidentité demeure absente des programmes universitaires.

Aujourd'hui, il semble donc nécessaire d'intégrer la transidentité aux programmes de formation pour optimiser la prise en charge des patients trans. Ces formations pourraient se dérouler dans le cadre universitaire mais aussi dans le cadre de la formation continue.

Ensuite, les équipes de pharmacies étant amenées à rencontrer des patients trans de plus en plus fréquemment, il faut les sensibiliser à la bienveillance et à la non-discrimination. Ce point est d'autant plus important que les patients trans sont confrontés aux jugements tout au long de leur vie et se rendre en pharmacie ne doit pas être une source d'angoisse supplémentaire mais un lieu où ils se sentent en confiance.

Plusieurs conseils peuvent être suivis par les équipes :

- Utiliser nom, prénom et pronom adaptés : certaines pharmacies proposent déjà de corriger le prénom du patient dans leur logiciel tant que leur carte vitale n'a pas encore été modifiée.
- Veiller à s'excuser et se corriger en cas d'erreur et de maladresse
- Conserver son professionnalisme
- Être à l'écoute et favoriser le dialogue
- Ne pas commenter les changements apportés par le traitement.
- Respecter l'intimité de la personne, proposer de discuter dans le local de confidentialité.

Pour améliorer l'accompagnement médico-social des patients trans, l'association Chrysalide propose une charte d'accompagnement permettant de reprendre les bonnes pratiques de prise en charge. Ainsi, les signataires de cette charte s'engagent à être sensibilisés et à respecter ces bonnes pratiques.

Certaines associations proposent également de se rendre directement dans les entreprises pour les former. (39) (50) (51)

IV.2.c. Les ruptures de traitement :

La problématique des ruptures de traitement est récurrente et peut concerner toutes les classes pharmaceutiques. Les traitements hormonaux substitutifs sont fréquemment concernés par ces ruptures et ne sont pas toujours substituables, c'est le cas, par exemple, de l'Androtardyl®. Le risque est que le patient se retrouve sans traitement pouvant engendrer une remontée des hormones naturelles ou des effets indésirables liés à l'arrêt du traitement.

Bien que le pharmacien d'officine ne soit pas responsable de ces ruptures, il peut jouer un rôle pour éviter que le patient ne se retrouve sans traitement. Tout d'abord, le pharmacien peut informer le patient de la rupture imminente si c'est possible. Celui-ci pourra donc soit essayer de se procurer le traitement dans une pharmacie qui en a encore en stock, soit consulter son médecin pour trouver une alternative jusqu'au réapprovisionnement de la spécialité en rupture. A contrario, le pharmacien peut informer les patients du retour d'un médicament et éventuellement lui proposer de lui en garder de côté.

IV.2.d. Éducation thérapeutique :

Pour aller plus loin dans l'implication du pharmacien dans la prise en charge des patients trans, il serait envisageable de proposer des ateliers d'éducation thérapeutique.

En effet, l'éducation thérapeutique peut s'adresser à toute personne atteinte d'une maladie chronique peu importe le stade. Le but est d'aider le patient, via des ateliers organisés, à acquérir les compétences nécessaires pour vivre avec sa maladie chronique. Le choix des séances est établi en fonction des besoins et des compétences que le patient doit acquérir. Il est possible d'inclure la famille dans ces ateliers afin de leur permettre de mieux comprendre la maladie de leur proche. (52)

La transidentité étant une pathologie chronique souvent traitée à vie par traitement hormonal substitutif, elle constitue une cible intéressante des programmes d'éducation thérapeutique. Le but n'est pas de faire sentir aux patients qu'ils sont malades, mais de les soutenir et les accompagner.

Ainsi, de nombreux thèmes pourraient être abordés au cours de séances individuelles ou de groupe et faire intervenir plusieurs professionnels dont les pharmaciens :

- Accompagnement psychologique
- Les démarches administratives pour le changement d'état civil (prénom et/ou sexe)
- Les traitements hormonaux substitutifs :
 - o Bon usage des médicaments
 - o Importance de l'observance
 - o Acquisition des compétences d'auto-soins (comme les injections intramusculaire)
 - o Importance des suivis réguliers
 - o Préparation aux changements du corps
 - o Conséquences métaboliques des traitements et adaptation de l'alimentation
- Sensibiliser aux comportements à risques : auto-hormonothérapie, achat de médicaments en ligne, utilisation de silicone liquide, etc...
- Ateliers à destination des enfants : intégration dans la communauté, traitement.

En conclusion, ces programmes d'éducation thérapeutique permettraient d'accompagner le patient et améliorer sa qualité de vie.

CONCLUSION

Vers une meilleure prise en charge pharmaceutique

Depuis ces dernières années, d'importantes avancées sont à noter dans la prise en charge des patients trans. Les définitions évoluent et la prévalence augmentent reflétant non pas une augmentation de patients trans mais plutôt une augmentation des personnes qui osent en parler. Les administrations se sont aussi adaptées et permettent désormais des changements de l'état civil.

Après de longues démarches, une fois le traitement obtenu, le patient peut enfin obtenir les changements de son corps tant attendu. Ce changement a un effet bénéfique sur le bien-être du patient qui peut vivre pleinement dans le sexe désiré mais il est nécessaire de conserver un suivi à vie.

Le recours à la chirurgie permet pour certains de compléter leur transition tant sur l'aspect esthétique que sur la fonction sexuelle. La chirurgie occupe une place importante dans beaucoup de transition mais n'est pas systématique.

Cependant, il reste des progrès à accomplir, à commencer par la sortie de la CIM-11 qui permettra de retirer les troubles du genre des troubles mentaux et du comportement. Ensuite, il faut encore faciliter les démarches administratives en abolissant la fourniture de preuves nécessaires lors de la demande de changement de sexe à l'état civil et en accordant plus facilement les demandes d'ALD qui restent encore souvent en suspens actuellement.

Concernant les traitements, de nombreux schémas thérapeutiques différents sont possibles mais il n'y a à ce jour pas de recommandations claires qu'il serait bénéfique de mettre en place.

Pour conclure, il est important que le parcours de soin soit bien vécu par le patient pour que la transition se déroule le mieux possible. Une mauvaise expérience risquerait d'engendrer des comportements à risques comme l'automédication et le recours à l'achat de médicament en ligne. Les associations tentent de sensibiliser les patients de plus en plus à ce sujet mais il arrive encore que certains patients n'y voient que cette solution.

Annexe 1 : Critères diagnostiques de la dysphorie de genre

Critères diagnostiques de la dysphorie de genre dans le DSM-5*
Incongruence marquée entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné
Durée d'au moins 6 mois
Associée à l'existence d'une souffrance ou d'une altération dans le champ social et/ou scolaire, voire seulement à une augmentation significative du risque de souffrance ou d'altération dans ces domaines
Chez l'enfant, l'incongruence entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné se manifeste par au moins 6 des 8 critères suivants, le premier étant obligatoire :
<ul style="list-style-type: none">- la présence d'un fort désir ou de la conviction d'être de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné)- une préférence marquée pour les vêtements typiques de l'autre genre- une forte préférence pour incarner les rôles de l'autre genre dans les jeux- une forte préférence pour les jouets et les activités de l'autre genre- une forte préférence pour les camarades de jeu de l'autre genre- un rejet des jouets ou activités du genre d'assignation- un rejet de son anatomie sexuelle- un désir pour les caractères sexuels de l'autre sexe
Chez l'adolescent et l'adulte, l'incongruence entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné est associée à au moins 2 des 6 critères suivants :
<ul style="list-style-type: none">- une incongruence marquée entre le genre vécu ou exprimé et les caractères sexuels primaires et/ou secondaires (ou bien chez le jeune adolescent, les caractères sexuels secondaires anticipés)- un fort désir d'être débarrassé de ses caractères sexuels primaires et/ou secondaires du fait de cette incongruence (ou chez le jeune adolescent le désir d'empêcher l'apparition des caractères sexuels secondaires)- un fort désir pour les caractères sexuels primaires et/ou secondaires de l'autre genre- un fort désir d'être de l'autre genre (ou d'un genre alternatif différent du genre assigné)- un fort désir d'être traité comme l'autre genre (ou un genre alternatif différent du genre assigné)- une forte conviction d'avoir le ressenti et les réactions typiques de l'autre genre (ou un genre alternatif différent du genre assigné).
Préciser si avec trouble du développement sexuel
Préciser pour l'adolescent et l'adulte si avec post-transition

*Condat et al. (2015) *La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : histoire française et vignettes cliniques. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (sous presse)*
La traduction des critères du DSM-5 a été réalisée par les auteurs et n'est pas la traduction officielle.

Annexe 2 : Demande d'ALD d'un patient MtF



n°11626*03

protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71- 4 et 71-4 -1 du Règlement Intérieur des caisses primaires

volet médical 1
à conserver par
le médecin conseil

personne recevant les soins

• identification de la personne recevant les soins

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance de la personne recevant les soins

• identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom de l'assuré(e) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

information(s) concernant la maladie

• diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début

1 Transidentité, ALD 31

2

3

• arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polyopathie invalidante décrire l'état invalidant)

actes et prestations concernant la maladie (à compléter par votre médecin traitant)

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux

(1)

suivi biologique prévu (type d'actes)

(1)

suivi psychologique

hormonothérapie féminisante à vie

épilation définitive face-cou-corps

rééducation vocale, chirurgie voix

chirurgie de féminisation face et cou

mammoplastie bilatérale

prothèses/implants capillaires(alopécie)

chirurgies génitales

chirurgies remodelage silhouette

note: phoniatre et psychiatre sont en "para-médical" faute de place.

bilans sanguin-hépatique-hormonal et

examens d'imagerie médicale (radio, IRM, échographie...) réguliers

recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)

(1)

endocrinologue (consultations régulières)

dermatologue (épilation)

chirurgiens (chirurgies)

recours à des professionnels de santé para-médicaux

(1)

orthophoniste (rééducation vocale)

phoniatre (rééducation vocale)

psychiatre (consultations régulières)

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins : 3 à 5 ans durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :

reclassement professionnel envisagé : oui non

proposition du médecin traitant (cocher la(les) case(s) correspondante(s))

ALD non exonérante ALD 30 (liste) ALD hors liste polyopathie invalidante autre

décision du médecin conseil

accord au titre de (2) du au pour

accord au titre de (2) du au pour

accord au titre de (2) du au pour

(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30....)

refus nature et motif du refus

date

protocole valable jusqu'au

signature et cachet du médecin traitant

cachet de l'établissement ou du centre de référence

signature et cachet du médecin conseil

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3501 c



n°11626*03

protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71- 4 et 71-4 -1 du Règlement Intérieur des caisses primairesvolet médical 2
à renvoyer
au médecin traitant

personne recevant les soins

• identification de la personne recevant les soins

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance de la personne recevant les soins

• identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom de l'assuré(e) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

information(s) concernant la maladie

• diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début

1 Transidentité, ALD 31

2

3

• arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polypathologie invalidante décrire l'état invalidant)

actes et prestations concernant la maladie (à compléter par votre médecin traitant)

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux (1) suivi biologique prévu (type d'actes) (1)

suivi psychologique bilans sanguin-hépatique-hormonal et

hormonothérapie féminisante à vie examens d'imagerie médicale (radio, IRM,

épilation définitive face-cou-corps échographie...) réguliers

rééducation vocale, chirurgie voix recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu) (1)

chirurgie de féminisation face et cou endocrinologue (consultations régulières)

mammoplastie bilatérale dermatologue (épilation)

prothèses/implants capillaires(alopécie) chirurgiens (chirurgies)

chirurgies génitales recours à des professionnels de santé para-médicaux (1)

chirurgies remodelage silhouette orthophoniste (rééducation vocale)

note: phoniatre et psychiatre sont en phoniatre (rééducation vocale)

"para-médical" faute de place. psychiatre (consultations régulières)

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3501 c



n°11626*03

protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71- 4 et 71-4 -1 du Règlement Intérieur des caisses primairesvolet 3 à remettre
par le médecin traitant
au patient après accord définitif

personne recevant les soins

• identification de la personne recevant les soins

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance de la personne recevant les soins

• identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom de l'assuré(e) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

information(s) concernant la maladie

(à remplir par le médecin traitant, après l'accord du malade (art. R. 4127-35 du Code de la santé publique))

Transidentité (transsexualisme)

signature et cachet du médecin traitant

actes et prestations concernant la maladie

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux	(1)	suivi biologique prévu (type d'actes)	(1)
suivi psychologique	<input type="checkbox"/>	bilans sanguin-hépatique-hormonal et	<input type="checkbox"/>
hormonothérapie féminisante à vie	<input type="checkbox"/>	examens d'imagerie médicale (radio, IRM,	<input type="checkbox"/>
épilation définitive face-cou-corps	<input type="checkbox"/>	échographie...) réguliers	<input type="checkbox"/>
rééducation vocale, chirurgie voix	<input type="checkbox"/>	recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)	(1)
chirurgie de féminisation face et cou	<input type="checkbox"/>	endocrinologue (consultations régulières)	<input type="checkbox"/>
mammoplastie bilatérale	<input type="checkbox"/>	dermatologue (épilation)	<input type="checkbox"/>
prothèses/implants capillaires(alopécie)	<input type="checkbox"/>	chirurgiens (chirurgies)	<input type="checkbox"/>
chirurgies génitales	<input type="checkbox"/>	recours à des professionnels de santé para-médicaux	(1)
chirurgies remodelage silhouette	<input type="checkbox"/>	orthophoniste (rééducation vocale)	<input type="checkbox"/>
note: phoniatre et psychiatre sont en "para-médical" faute de place.	<input type="checkbox"/>	phoniatre (rééducation vocale)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	psychiatre (consultations régulières)	<input type="checkbox"/>

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.durée prévisible des soins : **3 à 5 ans** durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :reclassement professionnel envisagé : oui non

Ce protocole de soins, élaboré par votre médecin traitant, a fait l'objet d'un accord de prise en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre de la reconnaissance de votre affection ou de vos affections de longue durée.

**N'OUBLIEZ PAS DE PRESENTER CE DOCUMENT
A TOUT MEDECIN CONSULTE**

date	protocole valable jusqu'au
signature et cachet du médecin traitant	signature et cachet du médecin conseil
cachet de l'établissement ou du centre de référence	signature de la personne recevant les soins ou de son représentant légal

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3501 c



n°11626*03

protocole de soins

demande de rémunération pour les situations prévues au D

volet 4 à adresser
au médecin conseil

A personne recevant les soins

• identification de la personne recevant les soins

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance de la personne recevant les soins

• identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom de l'assuré(e) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

B identification du médecin traitant établissant le protocole

nom et prénom

numéro d'identification

C identification de l'établissement (à remplir par le médecin traitant s'il exerce dans un service hospitalier)

nom de l'établissement

adresse

numéro FINESS

nom du chef de service

si le praticien exerce dans un établissement d'hospitalisation public, préciser si le protocole de soins a été effectué dans le cadre de son activité privée oui non

si le malade est hospitalisé, date d'entrée

D demande de rémunération

• rappel : situations ouvrant droit à rémunération du protocole

① soins ou un arrêt de travail > six mois n'ouvrant pas droit à l'exonération du ticket modérateur

② soins ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur pour les enfants de moins de seize ans

③ soins ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur au titre de l'article L. 322-3-12° du Code de la sécurité sociale

• examen

date

le protocole de soins a été établi :

 en consultation au domicile du malade

montant des indemnités kilométriques éventuelles : euros

• mode de règlement

 virement à un compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne

lors de la première demande de remboursement par virement à un compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne, ou en cas de changement de compte, joindre le relevé d'identité correspondant.

E attestation à compléter par le service médical

je soussigné(e), docteur

médecin conseil, certifie que le médecin identifié ci-dessus a établi un protocole dans l'une des situations prévues au "D" :

 ① ② ③

date

signature et cachet du médecin traitant	cachet de l'établissement ou du centre de référence	signature et cachet du médecin conseil
---	---	--

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3501 c

Annexe 3 : Demande d'ALD d'un patient FtM



n°11626*03

protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71- 4 et 71-4 -1 du Règlement Intérieur des caisses primaires

volet médical 1
à conserver par
le médecin conseil

personne recevant les soins

• identification de la personne recevant les soins

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance de la personne recevant les soins

• identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom de l'assuré(e) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

information(s) concernant la maladie

• diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début

1 Transidentité (ALD 31)

2

3

• arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polypathologie invalidante décrire l'état invalidant)

actes et prestations concernant la maladie (à compléter par votre médecin traitant)

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux	(1)	suivi biologique prévu (type d'actes)	(1)
suivi psychologique	<input type="checkbox"/>	bilans sanguin-hépatique-hormonal et	<input type="checkbox"/>
hormonothérapie masculinisante à vie	<input type="checkbox"/>	examens d'imagerie médicale (radio, IRM,	<input type="checkbox"/>
mastectomie bilatérale	<input type="checkbox"/>	échographie...) réguliers	<input type="checkbox"/>
épilation définitive bras et/ou jambe	<input type="checkbox"/>	recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)	(1)
pour phalloplastie	<input type="checkbox"/>	endocrinologue (consultations régulières)	<input type="checkbox"/>
chirurgies génitales	<input type="checkbox"/>	psychiatre (consultations régulières)	<input type="checkbox"/>
kinésithérapie torse(mastectomie), zone	<input type="checkbox"/>	chirurgiens (chirurgies)	<input type="checkbox"/>
prélèvement greffe peau(phalloplastie)	<input type="checkbox"/>	recours à des professionnels de santé para-médicaux	(1)
chirurgies remodelage silhouette	<input type="checkbox"/>	dermatologue (épilation bras et/ou jambe)	<input type="checkbox"/>
note: le dermatologue est en	<input type="checkbox"/>	kinésithérapeute (traitement greffe peau)	<input type="checkbox"/>
"para-médical" faute de place.	<input type="checkbox"/>	infirmiers (injections, soins post-op.)	<input type="checkbox"/>

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins : **3 à 5 ans** durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :

reclassement professionnel envisagé : oui non

proposition du médecin traitant (cocher la(les) case(s) correspondante(s))

ALD non exonérante ALD 30 (liste) ALD hors liste polypathologie invalidante autre

décision du médecin conseil

accord au titre de (2) du au pour

accord au titre de (2) du au pour

accord au titre de (2) du au pour

(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30....)

refus nature et motif du refus

date protocole valable jusqu'au

signature et cachet du médecin traitant	cachet de l'établissement ou du centre de référence	signature et cachet du médecin conseil
---	---	--

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3501 c



n°11626*03

protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71- 4 et 71-4 -1 du Règlement Intérieur des caisses primairesvolet médical 2
à renvoyer
au médecin traitant

personne recevant les soins

• identification de la personne recevant les soins

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance de la personne recevant les soins

• identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom de l'assuré(e) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

information(s) concernant la maladie

• diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début

1 Transidentité (ALD 31)

2

3

• arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polypathologie invalidante décrire l'état invalidant)

actes et prestations concernant la maladie (à compléter par votre médecin traitant)

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux

(1)

suivi biologique prévu (type d'actes)

(1)

suivi psychologique

hormonothérapie masculinisante à vie

mastectomie bilatérale

épilation définitive bras et/ou jambe pour phalloplastie

chirurgies génitales

kinésithérapie torse(mastectomie), zone

prélèvement greffe peau(phalloplastie)

chirurgies remodelage silhouette

note: le dermatologue est en

"para-médical" faute de place.

bilans sanguin-hépatique-hormonal et

examens d'imagerie médicale (radio, IRM, échographie...) réguliers

recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)

(1)

endocrinologue (consultations régulières)

psychiatre (consultations régulières)

chirurgiens (chirurgies)

recours à des professionnels de santé para-médicaux

(1)

dermatologue (épilation bras et/ou jambe)

kinésithérapeute (traitement greffe peau)

infirmiers (injections, soins post-op.)

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins : 3 à 5 ans durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :

reclassement professionnel envisagé : oui non

proposition du médecin traitant (cocher la(les) case(s) correspondante(s))

ALD non exonérante 1 ALD 30 (liste) 2 ALD hors liste 3 polypathologie invalidante 4 autre 5

décision du médecin conseil

accord au titre de (2) du au pour

accord au titre de (2) du au pour

accord au titre de (2) du au pour

(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30....)

refus nature et motif du refus

date

protocole valable jusqu'au

signature et cachet du médecin traitant

cachet de l'établissement ou du centre de référence

signature et cachet du médecin conseil

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3501 c



n°11626*03

protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71- 4 et 71-4 -1 du Règlement Intérieur des caisses primairesvolet 3 à remettre
par le médecin traitant
au patient après accord définitif

personne recevant les soins

• identification de la personne recevant les soins

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance de la personne recevant les soins

• identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom de l'assuré(e) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

information(s) concernant la maladie

(à remplir par le médecin traitant, après l'accord du malade (art. R. 4127-35 du Code de la santé publique))

Transidentité (transsexualisme)

signature et cachet du médecin traitant

actes et prestations concernant la maladie

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux	(1)	suivi biologique prévu (type d'actes)	(1)
suivi psychologique	<input type="checkbox"/>	bilans sanguin-hépatique-hormonal et	<input type="checkbox"/>
hormonothérapie masculinisante à vie	<input type="checkbox"/>	examens d'imagerie médicale (radio, IRM,	<input type="checkbox"/>
mastectomie bilatérale	<input type="checkbox"/>	échographie...) réguliers	<input type="checkbox"/>
épilation définitive bras et/ou jambe	<input type="checkbox"/>	recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)	(1)
pour phalloplastie	<input type="checkbox"/>	endocrinologue (consultations régulières)	<input type="checkbox"/>
chirurgies génitales	<input type="checkbox"/>	psychiatre (consultations régulières)	<input type="checkbox"/>
kinésithérapie torse(mastectomie), zone	<input type="checkbox"/>	chirurgiens (chirurgies)	<input type="checkbox"/>
prélèvement greffe peau(phalloplastie)	<input type="checkbox"/>	recours à des professionnels de santé para-médicaux	(1)
chirurgies remodelage silhouette	<input type="checkbox"/>	dermatologue (épilation bras et/ou jambe)	<input type="checkbox"/>
note: le dermatologue est en	<input type="checkbox"/>	kinésithérapeute (traitement greffe peau)	<input type="checkbox"/>
"para-médical" faute de place.	<input type="checkbox"/>	infirmiers (injections, soins post-op.)	<input type="checkbox"/>

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.durée prévisible des soins : **3 à 5 ans** durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :reclassement professionnel envisagé : oui non

Ce protocole de soins, élaboré par votre médecin traitant, a fait l'objet d'un accord de prise en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre de la reconnaissance de votre affection ou de vos affections de longue durée.

**N'OUBLIEZ PAS DE PRESENTER CE DOCUMENT
A TOUT MEDECIN CONSULTE**

date	protocole valable jusqu'au
signature et cachet du médecin traitant	signature et cachet du médecin conseil
cachet de l'établissement ou du centre de référence	signature de la personne recevant les soins ou de son représentant légal

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3501 c



n°11626*03

protocole de soins

demande de rémunération pour les situations prévues au D

volet 4 à adresser
au médecin conseil

A personne recevant les soins

• **identification de la personne recevant les soins**

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante

date de naissance de la personne recevant les soins

• **identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))**

nom et prénom de l'assuré(e) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

B identification du médecin traitant établissant le protocole

nom et prénom

numéro d'identification

C identification de l'établissement (à remplir par le médecin traitant s'il exerce dans un service hospitalier)

nom de l'établissement

adresse

numéro FINESS

nom du chef de service

si le praticien exerce dans un établissement d'hospitalisation public, préciser si le protocole de soins a été effectué dans le cadre de son activité privée oui non

si le malade est hospitalisé, date d'entrée

D demande de rémunération

• **rappel : situations ouvrant droit à rémunération du protocole**

① soins ou un arrêt de travail > six mois n'ouvrant pas droit à l'exonération du ticket modérateur

② soins ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur pour les enfants de moins de seize ans

③ soins ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur au titre de l'article L. 322-3-12° du Code de la sécurité sociale

• **examen**

date

le protocole de soins a été établi :

 en consultation au domicile du malade

montant des indemnités kilométriques éventuelles : euros

• **mode de règlement**

 virement à un compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne

lors de la première demande de remboursement par virement à un compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne, ou en cas de changement de compte, joindre le relevé d'identité correspondant.

E attestation à compléter par le service médical

je soussigné(e), docteur

médecin conseil, certifie que le médecin identifié ci-dessus a établi un protocole dans l'une des situations prévues au "D" :

 ① ② ③

date

signature et cachet du médecin traitant	cachet de l'établissement ou du centre de référence	signature et cachet du médecin conseil
---	---	--

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire.

S 3501 c

BIBLIOGRAPHIE

1. Dysphorie de genre et transsexualisme - Troubles psychiatriques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/sexualit%C3%A9,-dysphorie-de-genre,-et-paraphilies/dysphorie-de-genre-et-transsexualisme>
2. Le transsexualisme [Internet]. 2020 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/le-transsexualisme-0>
3. Standard de soins pour la santé des personnes transsexuelles, transgenres et de genre non conforme [Internet]. [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_French.pdf
4. Bernard PM. Etude des représentations, des psychiatres, de la transidentité. :72.
5. Unidade Temática T3 - blog. The Transsexual Phenomenon (Benjamin, 1966) [Internet]. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://fr.slideshare.net/unidadetematicat3/the-transsexual-phenomenon-benjamin-1966>
6. Long T. Dec. 1, 1952: Ex-GI Becomes Blonde Beauty. Wired [Internet]. [cité 2 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.wired.com/2010/12/1201first-sex-change-surgery/>
7. OMS | Classification internationale des maladies (CIM) -11e révision [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/features/2012/international_classification_disease_faq/fr/
8. CIM 9 - Troubles névrotiques, de la personnalité et autres non psychotiques (300-316) | CépiDc [Internet]. [cité 3 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/cim-9/v-troubles-mentaux-290-319/troubles-nevrotiques-de-la-personnalite-et-autres-non-psychotiques-300-316#302>
9. CIM10 - Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes2019 [Internet]. [cité 2 sept 2020]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3502/cim-10_2019.pdf
10. The Gender Congruence and Life Satisfaction Scale (GCLS): Development and validation of a scale to measure outcomes from transgender health

services: International Journal of Transgenderism: Vol 20, No 1 [Internet]. [cité 19 mars 2020]. Disponible sur:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15532739.2018.1453425>

11. Perreault D. L'identité de genre et la transsexualité. 2017;14:6.
12. DSM 1952 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. [cité 27 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf>
13. Yumpu.com. DSM II 1968 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. yumpu.com. [cité 27 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/en/document/read/11764490/dsm-ii-1968>
14. DSM III - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. Google Docs. [cité 27 juill 2020]. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/16_tLsL38MlyHPHOv3gfdjaCFBSUQzQok/view?usp=sharing&usp=embed_facebook
15. Masson H. DSM IV - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
16. Marchand J-B, Pelladeau E, Pommier F. Du transsexualisme à la dysphorie de genre : regroupement ou amalgame. L'Évolution Psychiatr. 1 avr 2015;80(2):331-48.
17. Garcia D, Gross P, Baeriswyl M, Eckel D, Müller D, Schlatter C, et al. De la transsexualité à la dysphorie de genre. Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum [Internet]. 6 mai 2014 [cité 7 déc 2020];14(19). Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2014.01919>
18. Dernières actualités sur les dysphories de genre | Congrès Français de Psychiatrie [Internet]. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/dernieres-actualites-sur-les-dysphories-de-genre/>
19. Le transsexualisme [Internet]. 2020 [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/le-transsexualisme-0>
20. Rapport HAS 2009 - Situation actuelle et perspective d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France [Internet]. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-12/rapport_transsexualisme.pdf
21. Charte de la SoFECT (programme des soins).
22. Garcia D, Gross P, Baeriswyl M, Eckel D, Müller D, Schlatter C, et al. De

la transsexualité à la dysphorie de genre. Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum [Internet]. 6 mai 2014 [cité 14 déc 2020];14(19). Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2014.01919>

23. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. déc 2008;47(12):1413-23.

24. Gorin-Lazard A, Bonierbale M, Magaud-Vouland N, Michel A, Morange I, Perchenet A-S, et al. Trouble de l'identité de genre : quel est le rôle du psychiatre ? *Sexologies*. 1 oct 2008;17(4):225-37.

25. Définition de l'ALD [Internet]. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>

26. S3501_protocole_ald_mtf.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: http://syndromedebenjamin.free.fr/medical/securitesociale/S3501_protocole_ald_mtf.pdf

27. S3501_protocole_ald_ftm.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: http://syndromedebenjamin.free.fr/medical/securitesociale/S3501_protocole_ald_ftm.pdf

28. Changement de prénom [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F885>

29. Cour de cassation [Internet]. [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_2013_6615/etude_ordre_6618/notion_ordre_6659/ordre_public_6661/ordre_public_29158.html

30. Changement de sexe à l'Etat Civil [Internet]. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34826>

31. ANTS AN des TS-. COMEDEC - ANTS [Internet]. [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: [/Les-solutions/COMEDEC](#)

32. Evaluation des conditions de prise en charge médicale et sociale des personnes trans et du transsexualisme [Internet]. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/124000209.pdf>

33. Corman V, Legros J-J. Le traitement hormonal des patients transsexuels et ses conséquences métaboliques. *Ann Endocrinol*. sept 2007;68(4):258-64.

34. Comment fonctionnent les hormones ? [Internet]. Wiki Trans. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://wikitrans.co/th/s/comment-fonctionnent-les-hormones/>

35. Endocrinologie de la reproduction masculine - Troubles génito-urinaires

[Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 22 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-g%C3%A9nitourinaires/endocrinologie-de-la-reproduction-masculine-et-troubles-associ%C3%A9s/endocrinologie-de-la-reproduction-masculine>

36. Endocrinologie de la reproduction féminine - Gynécologie et obstétrique [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 22 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/endocrinologie-de-la-reproduction-f%C3%A9minine/endocrinologie-de-la-reproduction-f%C3%A9minine>

37. Figure: Milestones in Sexual Development [Internet]. Manuels MSD pour le grand public. [cité 22 avr 2021]. Disponible sur: https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/multimedia/figure/ped_milestones_sexual_development_fr

38. Guidelines-and-Protocols-for-Comprehensive-Primary-Care-for-Trans-Clients-2015.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: <https://acommealliees.ca/pdf/Guidelines-and-Protocols-for-Comprehensive-Primary-Care-for-Trans-Clients-2015.pdf>

39. Transidentificlic [Internet]. Transidentificlic. [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: <https://transidentificlic.com/>

40. Giami A, Beaubatie E. Gender Identification and Sex Reassignment Surgery in the Trans Population: A Survey Study in France. Arch Sex Behav. 1 nov 2014;43(8):1491-501.

41. Hygiene GM&. Le long et pénible parcours du changement de sexe [Internet]. Le long et pénible parcours du changement de sexe - Planete sante. [cité 23 avr 2021]. Disponible sur: [/Magazine/Gynecologie/Sante-sexuelle/Le-long-et-penible-parcours-du-changement-de-sexe](#)

42. Le post-opératoire suivant la technique d'augmentation mammaire [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.postop.shop/augmentation-mammaire-suites-operatoires-suivant-la-technique-chirurgicale/>

43. DANATROL 200 mg gél [Internet]. VIDAL. [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>

44. Tutoriel d'injection de testostérone dans la cuisse — Trans Posé-e-s [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://xn--transposes-i7a.eu/parcours:parcours-masculinissant:injection-testosterone>

45. ANDROTARDYL 250 mg/1 ml sol inj intramusculaire [Internet]. VIDAL. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>

46. Tutoriel d'injection de testostérone dans la cuisse — Trans Posé-e-s [Internet]. [cité 23 avr 2021]. Disponible sur: <https://xn--transposes-i7a.eu/parcours:parcours-masculinisant:injection-testosterone>
47. Long-Term Treatment of Transsexuals with Cross-Sex Hormones: Extensive Personal Experience | The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism | Oxford Academic [Internet]. [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/jcem/article/93/1/19/2598014>
48. CECOS | Bienvenue sur le site des CECOS ! [Internet]. [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cecocos.org/>
49. Chew D, Anderson J, Williams K, May T, Pang K. Hormonal Treatment in Young People With Gender Dysphoria: A Systematic Review. Pediatrics [Internet]. 1 avr 2018 [cité 18 avr 2021];141(4). Disponible sur: <https://pediatrics.aappublications.org/content/141/4/e20173742>
50. Chrysalide-CharteMedicoSociale-v1-nov2020.pdf [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.chrysalide-asso.fr/wp-content/uploads/2020/11/Chrysalide-CharteMedicoSociale-v1-nov2020.pdf>
51. Chrysalide - association trans militante Lyon [Internet]. Chrysalide. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.chrysalide-asso.fr/>
52. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/75094/480217/version/1/file/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2020/2021

Nom : MAURY
Prénom : Juliette

Titre de la thèse : Le parcours de soin des patients trans : entre réalité et théorie.

Mots-clés : Transidentité, Endocrinologie, Hormonothérapie, Évolution, Changements du corps.

Résumé :

La transidentité est une notion récente dans le monde médical. Longtemps considérée comme une pathologie psychiatrique, le trouble de l'identité de genre tend petit à petit à évoluer vers une prise en charge moins stigmatisant.

On distingue deux transitions possibles : la transition MtF et la transition FtM selon le genre désiré. Le traitement le plus fréquent est l'hormonothérapie permettant une transition vers un genre ou l'autre avec des modifications corporelles mais aussi des effets indésirables à prendre en compte.

La chirurgie permet de compléter l'action de l'hormonothérapie ou d'agir sur des paramètres qu'elle ne peut modifier. La chirurgie n'est pas obligatoire mais souvent nécessaire pour certains patients pour une transition complète et assurer leur bien-être.

Bien que la prise en charge et le parcours de soin se sont améliorés ces dernières années, il reste tout de même des progrès à accomplir pour faciliter l'accès aux soins.

Membres du jury :

Président : Pr. GRESSIER Bernard, Professeur de Pharmacologie à la faculté de pharmacie de Lille, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier d'Armentières.

Assesseur(s) : Pr. DINE Thierry, Professeur de pharmacie clinique à la faculté de pharmacie de Lille, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Loos-Haubourdin.

Membre(s) extérieur(s) : Dr. DUFOUR Rémy, Docteur en Pharmacie, Pharmacien à Saint-Pol-Sur-Mer