

**NOTE DE
CADRAGE**

Parcours de transition des personnes transgenres

Validée par le Collège le 7 septembre 2022

Date de la saisine : 23 avril 2021**Demandeur** : ministère des Solidarités et de la Santé**Service(s)** : SBP**Personne(s) chargée(s) du projet** : Muriel Dhénain

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Cette note de cadrage contient les informations relatives au thème : « Parcours de transition des personnes transgenres ».

Le besoin d'introduire la diversité des parcours et leur dépsychiatisation effective à la suite des évolutions internationales ont conduit le ministre des Solidarités et de la Santé à cette demande de recommandations en vue :

- D'évaluer les conséquences en termes de parcours de soins de la décision de l'OMS en 2018 ;
- De revoir la place de l'évaluation psychiatrique dans le processus de la réassignation sexuelle hormono-chirurgicale ;
- D'élaborer un nouveau protocole en lien avec les professionnels de santé et les associations communautaires dans le but d'améliorer l'organisation des soins afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge de ce public ;
- De structurer la prise en charge médicale du parcours de transition, en promouvant une articulation entre médecin de premier recours et spécialités médicales (endocrinologie, chirurgie, psychiatrie) ;
- De statuer sur la place de la médecine de ville dans le parcours de soins et ses modalités (notamment place de l'hormonothérapie) ;
- De structurer la prise en charge de la transidentité pour les mineurs (médecine de premier recours, pédopsychiatrie et accompagnement psychologique).

- De répondre aux attentes des usagers, dont la place doit être centrale dans la définition des parcours et de l'offre de soins.

1.2. Contexte

1.2.1. Définitions

Alors que le transsexualisme était classé dans la CIM 10 parmi les troubles de l'identité sexuelle/ troubles de la personnalité et du comportement/ troubles mentaux et du comportement/, la CIM 11¹ décrit l'incongruence de genre qu'elle classe parmi les affections liées à la santé sexuelle. L'incongruence de genre se caractérise par une discordance marquée et persistante entre le genre auquel une personne s'identifie et le sexe qui lui a été assigné. Les comportements et les préférences qui varient en fonction du sexe ne constituent pas à eux seuls une justification pour l'attribution des diagnostics dans ce groupe.

Le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 5e édition) publié en 2015 en version française, définit la dysphorie de genre par : A : la non-congruence marquée entre le genre vécu/exprimé par la personne et le genre assigné, d'une durée minimale de 6 mois et B : le trouble est accompagné d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

1.2.2. État des connaissances

1.2.2.1. Nombre de personnes transgenres en France

Il n'existe pas d'étude estimant le nombre de personnes trans en France.

L'estimation de la population transgenre dépend de la méthode de l'étude et de la définition des « cas » retenue. Une revue systématique a étudié l'effet de la définition des cas « transgenres » sur l'estimation du nombre de personnes trans (1). Ainsi, la population trans a pu être définie dans les études en considérant les personnes demandant ou ayant eu une chirurgie de réassignation, ou une hormonothérapie, ou en considérant les diagnostics de la CIM ou du DSM associés au transgenre, ou en prenant en compte les modifications administratives de sexe ou de nom, ou en considérant l'identité de genre. Une méta-analyse des études utilisant l'identité de genre estimait la prévalence moyenne du transgenre à 355 pour 100 000 personnes (521 MtF et 256 FtM) (ces études avaient inclus en majorité des adultes). Les estimations du nombre de personnes qui s'identifient comme transgenre varient selon la façon dont les échantillons de la population sont questionnés sur l'identité de genre (2)² (3).

1.2.2.2. Nombre de personnes prises en charge

Selon la CNAM (4) :

- Au total, 8 952 personnes sont titulaires d'une ALD pour « transidentité » en 2020 (dont 294 âgées de 17 ans et moins). Les mineurs représentent 3,3 % des titulaires d'une ALD et près de 70 % des bénéficiaires ont entre 18 et 35 ans.
- Le nombre de demandes (accord et refus) de prise en charge de chirurgie mammaire et pelvienne de réassignation ont été multipliées par quatre entre 2012 (n = 113) et 2020 (n = 462). Ces demandes ont reçu un accord dans une proportion de 62 % à 74 % selon l'année

¹ La 11^e révision de la CIM-11 a été adoptée par les États membres, à l'Assemblée mondiale de la santé, le 25 mai 2019. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

² <https://www.oecd.org/fr/social/panorama-de-la-societe-19991304.htm>

considérée. L'accord se répartissait de façon stable autour de 40 % de chirurgie de masculinisation et 60 % de chirurgie de féminisation.

1.2.2.3. Nombre de séjours hospitaliers pour transsexualisme

Selon l'ATIH (4) :

Le nombre de séjours hospitaliers pour transsexualisme permet d'approcher le nombre d'interventions chirurgicales réalisées dans le cadre d'un parcours de transition.

Le nombre de séjours en établissements MCO pour lesquels le code diagnostique est F64 (transsexualisme) a été multiplié par trois entre 2011 et 2020 (536 *versus* 1 615). Sur la même période, la proportion des séjours dans des établissements du secteur privé est passée de 10% à 28 %. Les 18 à 35 ans représentent 70 % des séjours en 2020 contre 50 % des séjours en 2011 ; et les 36 à 50 ans représentent 17 % des séjours en 2020 contre 40 % en 2011. Pour les moins de 18 ans, ce nombre de séjours est passé de 5 en 2011 à 48 en 2020.

Le nombre de séjours en MCO codés F64 (transsexualisme) durant lesquels au moins un acte de chirurgie pelvienne a été réalisé est passé de 210 en 2011 à 411 en 2020. La part des séjours dans les établissements du secteur privé est passée de 7 % en 2011 à 35 % en 2020. Chez les moins de 18 ans, il n'y a eu aucun séjour comprenant des actes de chirurgie pelvienne.

1.2.2.4. Troubles ou problèmes associés

Les personnes transgenres sont exposées à un risque accru de problèmes de santé dont les plus étudiés sont l'infection à VIH et autres infections sexuellement transmissibles, les troubles de santé mentale, la consommation de substances psychoactives (5).

Infection à VIH

Il existe une surexposition de la population transgenre par rapport à la population générale pour l'infection VIH.

D'après une revue systématique, la prévalence de la séropositivité VIH aux États-Unis était de 9,2 % chez les personnes transgenres : 14,2 % chez les femmes trans et 3,2 % chez les hommes trans (6). Les participants étaient âgés de 16 à 66 ans et la majorité des études ont inclus des personnes adultes. Globalement, une prostitution était rapportée dans 31 % des cas : plus fréquemment par des femmes trans (37,9 %) que par des hommes trans (13,1 %). La portée de l'étude est limitée par une forte hétérogénéité de la plupart des résultats.

D'après une étude française, entre 2012 et 2020, 253 découvertes de séropositivité chez des personnes trans ont été déclarées, soit 0,7 % des découvertes sur cette période VIH (7). Il s'agissait de femmes trans dans 87 % des cas, dont l'âge médian était de 31 ans (38,5 ans pour les hommes), plus souvent nées à l'étranger que les hommes trans (83 % vs 52 %), principalement au Pérou et au Brésil (71 %) et dont la moitié d'entre elles étaient en France depuis moins d'un an lors du diagnostic ; 37 % des personnes trans étaient co-infectées par une infection sexuellement transmissible bactérienne. Le mode de contamination probable était sexuel pour 98 % des personnes trans. Par rapport aux personnes cis chez lesquelles une séropositivité a été déclarée, les personnes trans étaient plus souvent nées à l'étranger (79 % vs 49 %) et plus souvent en situation de prostitution (30 % vs 0,3 %).

Sur la même période, 115 personnes trans, presque exclusivement des femmes trans (n = 114 d'âge médian 34,5 ans) connaissant leur séropositivité et diagnostiquées en France l'année de leur arrivée sur le territoire, ont été déclarées, soit 6 % des personnes diagnostiquées dans ces conditions. Il s'agissait de femmes trans pour 99 % d'entre elles.

Troubles de santé mentale

Sur les 8 952 personnes titulaires d'une ALD pour « transidentité », 727 (8 %) sont concernés par une affection psychiatrique.

Les personnes trans sont exposées à un risque d'idées et de conduites suicidaires tout au long de leur vie. Dans une méta-analyse à partir d'études américaines et canadiennes, ayant inclus au moins 51 % de personnes de 18 ans ou plus, la prévalence moyenne sur la vie entière des idées suicidaires a été de 46,6 % (34 études) et des tentatives de suicides de 27,2 % (46 études) (8).

Une enquête en ligne à laquelle 78 adultes identifiés transgenres ou non binaires ont répondu, a étudié les associations entre discrimination (harcèlement/rejet), santé mentale, soutien social et idées suicidaires (9). Un modèle a indiqué que l'association entre discrimination et idées suicidaires passait par la dépression. De plus la discrimination était associée à des idées suicidaires seulement pour les personnes ayant un faible soutien social d'amis ou d'un être cher et non pour celles ayant un soutien social modéré ou élevé.

Vulnérabilité psycho-sociale

À ce jour, en France, les études rendant compte des discriminations et violences faites aux personnes transgenres sont encore rares (10). Des travaux anglosaxons ont montré l'impact de ces violences sur la qualité de vie et la santé des personnes transgenres (11).

D'après le rapport de l'IGAS, la précarité matérielle qui touche de nombreuses personnes trans est directement liée à la stigmatisation dont elles sont victimes.

Ainsi, la révélation d'un désir de transition ou d'un parcours passé de transition (*coming out*) peut être suivie de rupture ou de violences : rupture des liens familiaux, mise à la rue, déscolarisation, perte d'un emploi ou difficultés à trouver un emploi (4). Ces ruptures peuvent conduire à des situations d'isolement qui ont des conséquences sur la santé psychique et somatique des personnes.

1.2.3. État des lieux documentaire

Recommandations

- ➔ Avec niveaux de preuve et gradation des recommandations :
 - *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline 2017*
- ➔ Recommandations non gradées :
 - *Guidelines for psychologists working with gender, sexuality and relationship diversity For adults and young people (aged 18 and over) - The British Psychological Society 2019*
 - *Guidelines for gender affirming primary care with trans and non binary patients - Ontario 2019*
 - *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline 2017*
 - *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People - University of California, San Francisco 2016 2nd Edition 2016*
 - *Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People – American Psychological Association 2015*
 - *Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria – Royal College of Psychiatrists 2013*

- *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People - The World Professional Association for Transgender Health 2011*

Revue systématique

- *Antiandrogen or estradiol treatment or both during hormone therapy in transitioning transgender women (Review) - Cochrane 2020*
- *Gender dysphoria in children and adolescents: an inventory of the literature. A systematic scoping review – Swedish Agency for Health technology assessment and assessment of social services 2019*
- *Social marketing interventions to increase HIV/STI testing uptake among men who have sex with men and male-to-female transgender women (Review) – Cochrane 2011*

Travaux d'institutions

- **IGAS** : Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans – H Picard ; Simon Jutant 2022

Travaux de la HAS

En lien avec le thème :

- Sexe, genre et santé - Rapport d'analyse prospective 2020³
- Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France – 2009 (population cible : adultes)

Littérature disponible

Une recherche documentaire initiale dans Medline et Embase : [MESH.EXACT\("Transgender Persons"\) OR MJEMB.EXACT\("female to male transgender"\) OR MJEMB.EXACT\("male to female transgender"\) OR MJEMB.EXACT\("transgender"\) OR MJSUB.EXACT\("Transgender"\) OR TI\(Transgender\) OR TI\("Gender dysphoria"\)](#) sur la période 01/2012- 06/2022 a permis d'identifier environ 1110 références (dont 518 recommandations et conférences de consensus, 349 méta-analyses et revues systématiques et 198 essais contrôlés randomisés et non randomisés).

1.2.4. État des lieux des pratiques et de l'organisation de la prise en charge ou de l'accompagnement

1.2.4.1. Parcours

Rapport de la HAS en 2009 - Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France

La proposition de la HAS en 2009 comportait, dans le cas habituel (à adapter en fonction des situations), un diagnostic et une évaluation du trouble de l'identité sexuelle, suivi d'une expérience en vie réelle, puis une hormonothérapie, puis une chirurgie (12) (cf. annexe 1).

D'après le rapport de l'IGAS, le rapport de novembre 2009 de l'HAS sur la "situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France" a constitué une première étape inaboutie. Ce rapport apportait, pour la première fois, des éléments d'éclairage larges sur le « transsexualisme » et sur le parcours de soins de personnes trans et faisait des propositions qu'il restait à approfondir dans une seconde étape pour leur donner le statut de recommandations de bonnes pratiques (4).

³ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020

Les pratiques actuelles seraient en rupture par rapport à ces propositions de la HAS 2009 pour ce qui a trait à l'initialisation des parcours, d'une part, la validation psychiatrique de la transidentité et d'autre part, l'expérience en vie réelle.

Cependant, l'accompagnement de la personne par un psychiatre ou un psychologue serait utile durant le parcours, pour prendre en compte le retentissement psychique des transformations du corps et les impacts de la transition sur la vie personnelle. Cet accompagnement serait d'autant plus utile que la prévalence des troubles psychiques est plus élevée chez les personnes trans qu'en population générale, avec notamment une suicidalité plus forte. Cet accompagnement psychologique de la transition se heurte à la saturation de l'offre de soins.

Les traitements hormonaux sont prescrits hors-AMM (cf. Tableau 1). Un faible nombre de médecins spécialistes ou généralistes acceptent de les prescrire. Ces traitements sont administrés à long terme et peuvent induire des effets secondaires. L'automédication pratiquée par des personnes augmente le risque d'effets secondaires.

Le traitement hormonal réduirait la fertilité de manière peut-être irréversible et à long terme, il peut entraîner une infertilité qu'il est important d'expliquer à la personne avant le début du traitement (HAS, 2009). Des possibilités de préservations des gamètes sont disponibles (orientation vers un CECOS) (4).

Tableau 1. Traitement hormonal (concernant les adultes) d'après le rapport Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France HAS, 2009

Traitement des MtF	
→ Avant orchidectomie	
– Etape de dévirilisation : Anti-androgènes	Acétate de cyprotérone Si contre-indication, anti-androgènes non stéroïdiens ou analogues de la GnRH
– Etape de féminisation : Anti-androgènes + estrogènes	17 β estradiol : risque moindre d'accidents thrombo-emboliques qu'avec éthynyl-estradiol éthynyl-estradiol contre-indiqué si d'antécédent personnel de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire et/ou une thrombophilie reconsidérer les modalités de l'estrogénothérapie si survenue d'une thrombose veineuse pendant le traitement hormonal analogues de la GnRH utilisation limitée par le coût élevé ; à discuter si intolérance à Acétate de cyprotérone
→ Après orchidectomie	
Doses estrogènes réduites, suffisantes pour préserver le capital osseux et maintenir la féminisation Anti-androgènes interrompus généralement	
Traitement des FtM	
→ Avant ovariectomie	
– Etape de déféminisation	progestatifs de synthèse (dérivés pregnanes et norpregnanes)
– Etape de virilisation	testostérone
→ Après ovariectomie	
Doses de testostérone suffisantes pour préserver le capital osseux et maintenir la virilisation	

Dans les parcours MtF, la chirurgie de réassignation recouvre des interventions de chirurgie pelvienne (castration avec pénectomie, création d'un néo-vagin par vaginoplastie), et des interventions de chirurgie mammaire (plasties d'augmentation mammaire).

Dans les parcours FtM, la chirurgie de réassignation recouvre des interventions sur les organes génitaux (hystérectomie, ovariectomie, colpectomie, création d'organes génito-urinaires masculins (phalloplastie (cf. Tableau 2), métaïdoïoplastie) et des interventions de chirurgie mammaire (mastectomies).

Tableau 2. Actes de chirurgie pour transsexualisme inscrits à la CCAM

Code	Description
JHLA001	Armature d'un néopénis
JHMA004	Phalloplastie par lambeau cutané tubulé pénien
JHMA007	Phalloplastie par lambeau cutané libre
JHMA008	Phalloplastie par lambeau inguinal pédiculé
JZMA001	Plastie des organes génitaux externes pour transsexualisme masculin

Définition du parcours de transition d'après le rapport de l'IGAS 2022

Les parcours de transition se déclinent en transition sociale, administrative, et médicale. La transition sociale est le fait de vivre dans son environnement dans un genre social autre que son genre de naissance. La transition administrative porte sur la modification du prénom et/ou de la mention de sexe à l'état civil. La transition médicale concerne l'ensemble des soins médicaux liés à la transition de genre (hormonothérapie, chirurgies). Les parcours de transition médicale désignent les parcours au sein du système de santé d'une personne transgenre, visant à d'obtenir les modifications corporelles souhaitées, à l'aide de soins délivrés par des médecins (hormonothérapie, épilation laser) et/ou chirurgiens (plasties de la poitrine, chirurgie pelvienne, etc.) et/ou d'autres professionnels de santé (orthophonie pour féminisation de la voix (4).

Ces parcours de transition devraient reconnaître l'autodétermination des personnes, permettre un choix éclairé en améliorant l'accès à l'information, rendre possibles des parcours de transition médicale diversifiés dans leur contenu et leurs modalités, faisant une plus grande place à la médecine de 1er recours et au travail en réseau, dépsychiatriser l'entrée dans les parcours, tout en permettant un accompagnement en santé mentale si nécessaire (4).

Cas particulier des mineurs

Prévalence

Selon une revue systématique de la littérature, à ce jour, la prévalence de la dysphorie de genre chez l'adolescent (âgés de 12 à 18 ans) ne peut pas être établie. Il y a des preuves d'une augmentation de la fréquence de consultation des adolescents pour traitement ces dernières années et les adolescents de sexe féminin à la naissance sont maintenant majoritaires (13)

Troubles associés

D'après une revue générale, la vulnérabilité des jeunes transgenres inclut les risques suicidaires, la dépression, l'anxiété, et l'auto-agressivité, ainsi qu'une persécution à l'école autant chez les garçons que chez les filles (14).

La prévalence des troubles du spectre de l'autisme (TSA) et du trouble déficit de l'attention hyperactivité (TDAH) chez les personnes ayant un diagnostic de dysphorie de genre a fait l'objet d'une revue systématique qui a montré l'insuffisance des données (15).

Une revue systématique de la littérature à partir de 32 articles publiés entre 2010 et 2020, confirme que des diagnostics de troubles psychiatriques antérieurs ou concomittents sont fréquents chez les adolescents ayant une dysphorie de genre et montre la diversité des résultats des études(16). Les auteurs concluent que des études plus larges et avec un suivi à long terme quel que soit le traitement sont nécessaires.

Accompagnement

Le rapport de l'IGAS fait état de la difficulté pour les mineurs et leurs parents à trouver à qui s'adresser ; trouver un psychologue, un psychiatre ou un endocrinologue accessible, bienveillant et formé relève de l'impossible dans certaines régions, d'où de l'errance, de l'urgence et des suivis qui se font parfois dans des services distants de plusieurs centaines de kilomètres du lieu de vie des jeunes (4). Des consultations spécialisées en milieu hospitalier ont été développées (au total, 9 dans 6 régions en 2018).

Des praticiens formés aux problématiques trans (en ville, dans les maisons des adolescents) apportent des réponses, en dehors des consultations spécialisées.

D'après le rapport de l'IGAS, le parcours de transition des mineurs peut comporter l'utilisation des traitements suivants (4) :

- Les bloqueurs de puberté (analogues de l'hormone entraînant la libération de gonadotrophines (GnRH)) qui visent à suspendre le développement des caractères sexuels secondaires (poitrine, voix, pilosité) relevant du genre auquel le mineur ne s'identifie pas. Ces effets sont réversibles. Il s'agit de vivre une adolescence sans les évolutions physiologiques, psychiques qui vont avec la puberté. Cependant en cas de poursuite du parcours de transition, à l'âge adulte le recours éventuel à certaines chirurgies pelviennes de réassignation (vaginoplastie) peut se révéler plus complexe à la suite de ces traitements.
- Les traitements hormonaux permettent de développer des caractéristiques physiques secondaires en harmonie avec l'identité de genre du jeune. Ils sont le plus souvent prescrits autour de 15 ans, à l'âge d'entrée au lycée. Dans ce cas, il s'agit de traitements dont l'impact est en partie irréversible (pilosité, voix ...) et qui peuvent agir sur la fertilité.
- La chirurgie pelvienne de réassignation n'est pas pratiquée avant 18 ans, compte tenu de son caractère irréversible et de son impact sur la fertilité. Des interventions mammaires sont pratiquées, après une période d'hormonothérapie parfois avant la majorité (cf. 1.2.2.3).

Le consentement de l'adolescent et de ses deux parents est requis tant que l'adolescent est mineur.

Détransitions

Il y a très peu de données sur les jeunes regrettant à l'âge adulte leur parcours de transition et sur les détransitions (cf. Annexe 3).

1.2.4.2. Organisation de la prise en charge

Cette partie a été rédigée à partir du rapport de l'IGAS (4).

En France, les soins de transition sont globalement pris en charge par l'Assurance maladie.

Depuis un décret du 8 février 2010, la prise en charge à 100 % des soins au titre des « troubles de l'identité de genre » relève de l'ALD (hors liste).

Les demandes d'ALD sont traitées par les services médicaux placés auprès des CPAM sur la base d'un diagnostic de « transsexualisme » ou « transidentité » ou « dysphorie de genre » établi par le médecin traitant qui remplit de protocole de soins qui comprend le diagnostic ainsi que les actes et prestations envisagés.

Les conditions d'attribution de l'ALD et les soins ouverts sont variables d'une CPAM à l'autre. Pour attribuer l'ALD, certaines CPAM exigent en plus du protocole de soins le certificat d'un psychiatre ou une durée de suivi pour attester du diagnostic, ou des certificats attestant d'un suivi pluridisciplinaire (psychiatre et endocrinologue).

Pour les actes et prestations pris en charge, il n'existe pas de « panier de soins de référence ».

D'autres interventions et soins nécessaires au parcours de transition sont mal pris en charge, étant souvent considérés comme du domaine de l'esthétique : il s'agit de la chirurgie de féminisation ou de virilisation du visage et du cou, l'épilation définitive et des implants et prothèses capillaires pour les femmes trans.

1.2.4.3. Difficultés d'accès aux soins

D'après le rapport de l'IGAS (4) :

- Les discriminations vécues par les personnes trans pour l'accès aux soins, concernent le parcours de transition ou la santé globale.
- Pour les personnes isolées, voire en situation de grande précarité, les difficultés générées par la complexité des démarches administratives, l'opacité de l'information, et les restes à charge majorent les difficultés d'accès aux soins.
- L'éloignement du soin et les difficultés d'accès aux parcours de transition peuvent conduire à des pratiques d'automédication (par exemple : automédication hormonale, injections non médicalisées de silicone).
- Lorsque qu'il y a une demande de soins psychiatriques, la saturation des équipes de santé mentale, qu'il s'agisse de CMP adultes ou enfants, obère fortement la réactivité des réponses et l'accès aux soins, comme pour l'ensemble de la population (4)

1.2.5. État des lieux de la réglementation en vigueur

1.2.5.1. Lois

La loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle ne conditionne plus le changement de sexe à l'état civil à une intervention chirurgicale ou à une stérilisation. Elle a modifié les conditions de changement d'état civil (articles 60 et 61-5 à 8 du code civil) de la façon suivante :

- Le changement de prénom relève de l'officier d'état civil sur la base d'un intérêt légitime.
- Le changement de sexe à l'état civil relève du tribunal de grande instance. Le demandeur doit faire état de son consentement libre et éclairé et produire tout élément de preuve au soutien de sa demande : se présenter publiquement comme appartenant au sexe revendiqué, être connu par son entourage sous le sexe revendiqué, avoir obtenu du changement de prénom afin qu'il corresponde au sexe revendiqué. Le fait de ne pas avoir subi de traitements médicaux, une opération chirurgicale ou une stérilisation ne peut motiver le refus de faire droit à la demande.

1.2.5.2. CCAM

Les actes concernant les transitions de genre sont à re-décrire dans la CCAM : chirurgie d'affirmation de genre pelvienne, mammaire, acte de féminisation...et notamment le paragraphe 08.07.02

Opérations pour transsexualisme qui conditionne la prise en charge à un diagnostic de transsexuel fait par une équipe multidisciplinaire, après une période d'observation de la personne pendant plusieurs années, au minimum deux ans à ce jour.

1.3. Enjeux

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

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

1.4. Cibles

1.4.1. Population concernée

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

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

1.4.2. Professionnels concernés

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

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

1.5. Objectifs

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

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

La liste des questions est la suivante :

- ➔ 1. Définitions, données épidémiologiques
 - Incongruence de genre
 - Prévalence, troubles associés
- ➔ 2. Quelle est la conduite à tenir devant une demande de transition ?
 - Évaluation de la demande (besoins, attentes et ressources de la personne)
 - Évaluation initiale
 - Entretien (histoire de l'incongruence de genre, vécu au sein de l'entourage, antécédents de troubles psychiatriques)
 - Examen clinique (anomalie organique, troubles cooccurrents)
 - Information de la personne sur la prise en charge (et son représentant légal si mineur)
 - Définition des objectifs de la prise en charge

- Orientation de la personne
- Quelle concertation dans la prise en charge du mineur ?
- Cadre relationnel (entourage ; recueil du consentement de l'adulte, ou du mineur et de son représentant légal)
- 3. Hormonothérapie (question du hors AMM)
 - Quels médicaments ? Comment les prescrire ? Quel suivi ?
- 4. Chirurgie de réassignation/ affirmation de genre
 - Chirurgie pelvienne
 - Chirurgie mammaire
- 5. Accompagnement psychologique
 - Dépistage de troubles psychiatriques associés
 - Soutien tout au long du parcours
- 6. Autres soins
 - Épilation, chirurgie du visage et du cou, modifications de la voix (chirurgie ou traitement phoniatrice), implants capillaires
 - Préservation de la fertilité
 - Soins de santé globale
- 7. Arrêt de transition, détransition, ou retransition
- 8. Les parcours de soins
 - Préciser les niveaux de prise en charge
 - Les professionnels concernés
 - L'organisation et articulation entre les niveaux

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La méthode d'élaboration envisagée est une méthode de « Recommandation pour la pratique clinique » https://www.has-sante.fr/jcms/c_431294/fr/recommandations-pour-la-pratique-clinique-rpc

Un groupe de travail comprendra une vingtaine de membres et intégrera des représentants des spécialités médicales et des professions de santé concernées par la thématique, et des représentants des usagers. Il a pour mission de rédiger les recommandations, après avoir pris connaissance des données bibliographiques disponibles, synthétisées par un ou plusieurs chargés de projet (HAS).

La phase de relecture externe par des professionnels de terrain (groupe de lecture) est proposée dans le cadre de ce travail car il existe une disparité des pratiques nécessitant de recueillir leur avis sur les recommandations proposées par le groupe de travail. Ce groupe de lecture multidisciplinaire comprendra entre 30 et 60 personnes concernées par la thématique et intégrera des représentants des

spécialités médicales, ainsi que des professions de santé non présents dans le groupe de travail, et des représentants des usagers.

2.2. Composition qualitative des groupes

2.2.1. Groupe de travail

- Co-présidence : professionnel/usager

- 2 médecins généralistes
- 1 endocrinologue
- 1 pédiatre si possible endocrinopédiatre
- 1 psychiatre
- 1 pédopsychiatre
- 1 gynécologue-obstétricien
- 1 urologue
- 1 chirurgien plasticien
- 1 médecin de la fertilité et de la reproduction
- 1 pharmacologue
- 1 médecin/infirmier scolaire
- 1 médecin du travail
- 1 médecin du sport
- 1 psychologue
- 1 sociologue
- 1 travailleur social
- 5 usagers du système de santé

2.2.2. Groupe de lecture

Le groupe de lecture reprendra la composition du groupe de travail avec un nombre plus élevé de participants (environ 2 à 3 fois plus) en respectant une représentation de l'ensemble du territoire national.

Il comprendra en plus : des infectiologues.

Il comportera une relecture par le service d'évaluation des actes professionnels, le service d'évaluation des médicaments et la DIQASM.

2.3. Productions prévues

- Argumentaire scientifique
- Recommandations
- Fiches outils pour les professionnels
- Documents pour les personnes

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission : 28/06/2022

- Date de validation du collège : 07/09/2022
- Revue de littérature : octobre 2022 – décembre 2022
- Première réunion du groupe de travail : décembre 2022
- Deuxième réunion du groupe de travail : février-mars 2023
- Sollicitation du groupe de lecture : avril 2023
- Troisième réunion du groupe de travail : mai 2023
- Passage à la commission recommandations, parcours, pertinence, indicateurs : juin 2023,
- Passage au Collège d'orientation et d'information de la HAS : juillet 2023,
- Passage au Collège délibératif de la HAS : juillet 2023,
- Publication : septembre 2023.

Annexes

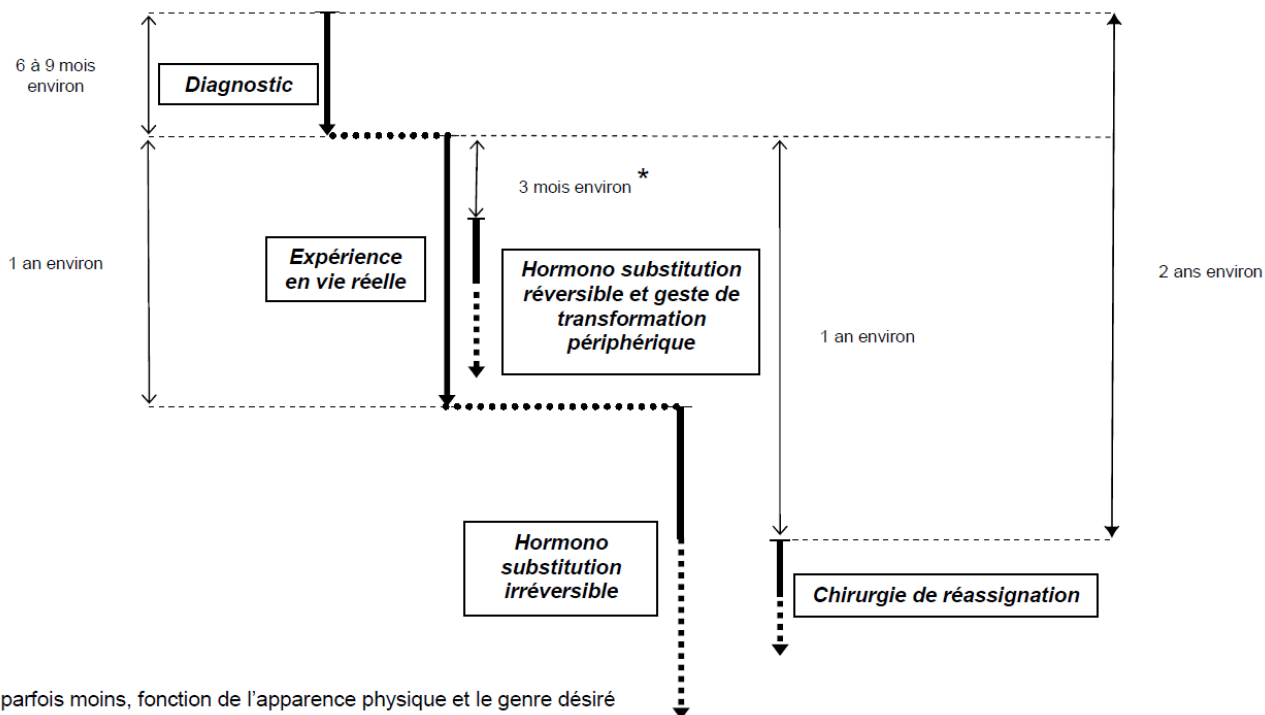
Annexe 1.	Glossaire	15
Annexe 2.	Présentation schématique de la proposition HAS, 2009	16
Annexe 3.	Détransition	17

Annexe 1. Glossaire

FtM	<i>Female to Male</i> (synonyme : homme trans)
Genre	Le genre se réfère à la représentation sociale du sexe : <ul style="list-style-type: none">– tantôt l'expérience du genre, soit le genre avec lequel la personne est perçue en société– tantôt l'identité de genre, soit le genre avec lequel la personne se perçoit
MtF	<i>Male to Female</i> (synonyme : femme trans)
Personne intersexe	Personne dont les caractéristiques sexuelles à la naissance ne correspondent pas aux normes binaires qui définissent les catégories mâles et femelles (personne concernée par une variation du développement sexuel)
Personne trans ou transgenre	Personnes dont le sexe biologique n'est pas aligné avec l'identité de genre
Sexe	Terme utilisé pour désigner le sexe biologique d'une personne ou d'un groupe. Utilisé seul il recouvre le sexe chromosomique, le sexe gonadique, le sexe anatomique, et le sexe physiologique
Transphobie	Désigne le rejet, le mépris ou la haine des personnes ou comportements associés aux transidentités, c'est-à-dire associés à un genre perçu comme non conforme (Plan national d'actions pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ 2020-2023)

Annexe 2. Présentation schématique de la proposition HAS, 2009

d'après le rapport Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France HAS, 2009 (12)



NB : Ce parcours de soins est à adapter au cas par cas.

1^{re} étape : Diagnostiquer et évaluer le trouble de l'identité sexuelle (CIM 10 ; DSM IV)

- Plusieurs entretiens d'évaluation étalés sur quelques mois en fonction de la situation clinique, afin de réunir données psychiatriques, cliniques et psychométriques
- La présence d'une psychopathologie peut constituer un facteur de mauvais pronostic quant aux effets du traitement
- Habituellement, cette phase diagnostique dure de 6 à 9 mois, avec de 2 à 10 séances avec le psychiatre et / ou le psychologue. Durée à adapter au cas par cas.

2^e étape : Expérience en vie réelle

- Une hormonothérapie réversible et/ou des interventions légères (épilation, ...) peuvent être pratiquées assez rapidement, 3 mois en général, voire dès le début lorsque le physique du transsexuel est incompatible avec une apparence du sexe souhaité. Cette décision, notamment la prescription d'hormones, est prise de manière collégiale par l'équipe pluridisciplinaire et le transsexuel. Elle est précédée d'un bilan et formalisée par un certificat médical remis à la personne.
- La durée habituelle de l'expérience en vie réelle est de un an.

3^e étape : Hormonothérapie

4^e étape : Chirurgie de réassignation

Annexe 3. Détransition

Tableau 3. Fréquence d'une détransition

Auteur, année, référence, pays	Conception étude	Population	Détransition	Fréquence
Hall, 2021 (17) Royaume-Uni	Rétrospective Dossiers médicaux 01/09/2017 – 31/08/2018 Clinique de l'identité de genre, localisée à l'ouest de l'Angleterre, Exeter	Tous les cas consécutifs hospitalisés dans une clinique du NHS spécialisé pour l'identité de genre Agés de 17 ans ou plus	Personnes ayant vécu dans l'autre genre, revenues à leur genre assigné, soit pendant soit après cette hospitalisation Etablie par consensus	175 cas analysés /182 au total 6,9 % (12/175) Regrets documentés pour 2/12 8 natifs hommes : ttt oestradiol (8), chirurgie réassignement (1) 4 natifs femmes : ttt testostérone + chirurgie mammaire (4)
Turban, 2021 (18) États-Unis	Analyse secondaire des données de l'enquête transversale US Transgender Survey 2015 (on line)	Échantillon non probabiliste = 27 715 répondants à l'enquête Agés de 18 ans ou plus n = 17 151 répondants ayant répondu « oui » à la question « Avez-vous déjà transitionné ? »	Réponse « oui » à la question « Avez-vous déjà détransitionné ? »	2 242 (13,1 %) ayant un antécédent de détransition Antécédent de détransition associé : au sexe masculin assigné à la naissance, à l'identité de genre non binaire, à l'orientation sexuelle bisexuelle, au fait d'avoir une famille qui ne soutient pas l'identité de genre, de ne pas avoir eu de traitement hormonal d'affirmation de genre ou de chirurgie d'affirmation de genre Les plus âgés étaient plus souvent susceptibles de rapporter un antécédent de détransition en raison de responsabilités d'éducation, ou de pression d'une épouse ou d'un partenaire ; et. les plus jeunes en raison de la pression d'un parent, de la communauté ou d'une stigmatisation sociale, et de la pression d'amis ou de colocataires
Boyd, 2022 (19) Royaume-Uni	Audit auprès des médecins de premier recours Dossiers médicaux Sud-ouest de l'Angleterre	Personnes trans et appartenant à une minorité de genre Age moyen : 27,8 ans (étendue : 19 – 89) Hommes trans : 42 ; femmes trans : 22 ; non binaires : 4 Hormonothérapie : 41/68	-	68 personnes identifiées / 20 136 9,8 % (4/41 ! 4 hommes trans ; 3 pour revenir au genre féminin, 1 s'identifiant non binaire) Aucun n'a eu de chirurgie de réassignation

Références bibliographiques

1. Collin L, Reisner SL, Tangpricha V, Goodman M. Prevalence of transgender depends on the "Case" definition: A systematic review. *J Sex Med* 2016;13(4):613-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.001>
2. OCDE. Panorama de la société 2019 les indicateurs sociaux de l'ocde. Un éclairage sur les personnes LGBT. Paris: Éditions OCDE; 2019. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/e9e2e91e-fr.pdf?expires=1658936047&id=id&accname=quest&checksum=20A33CDAF09D43F2B059CDCBD9B0C9B5>
3. Williams Institute. Best practices for asking questions to identify transgender and other gender minority respondents on population-based surveys. Los Angeles: WI; 2014. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Survey-Measures-Trans-GenIUSS-Sep-2014.pdf>
4. Picard H, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2022. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_personnes_trans_2022.pdf
5. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet* 2016;388(10042):390-400. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00683-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00683-8)
6. Becasen JS, Denard CL, Mullins MM, Higa DH, Sipe TA. Estimating the prevalence of hiv and sexual behaviors among the US transgender population: A systematic review and meta-analysis, 2006-2017. *Am J Public Health* 2019;109(1):e1-e8. <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2018.304727>
7. Cazein F, Bruyand M, Pilonel J, Stefic K, Sommen C, Lydié N, et al. Diagnostics d'infection à VIH chez des personnes trans, France 2012-2020. *Bull Epidémiol Hebd* 2021;20-21:395-400.
8. Adams NJ, Vincent B. Suicidal thoughts and behaviors among transgender adults in relation to education, ethnicity, and income: A systematic review. *Transgend Health* 2019;4(1):226-46. <http://dx.doi.org/10.1089/trgh.2019.0009>
9. Trujillo MA, Perrin PB, Sutter M, Tabaac A, Benotsch EG. The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *Int J Transgend* 2017;18(1):39-52. <http://dx.doi.org/10.1080/15532739.2016.1247405>
10. Velter A, Dumond M. Encore trop peu d'études françaises rendent compte de la transphobie et de ses conséquences en santé publique. *Bull Epidémiol Hebd* 2021;(6-7):128-9.
11. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* 2016;388(10042):412-36. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)00684-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)00684-x)
12. Haute Autorité de Santé. Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en france. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2009.
13. Thompson L, Sarovic D, Wilson P, Sämford A, Gillberg C. A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 1) Epidemiology. *PLOS Global Public Health* 2022;2(3). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pgph.0000245>
14. Mendes N, Lagrange C, Condat A. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016;64(4):240-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.04.003>
15. Thrower E, Bretherton I, Pang KC, Zajac JD, Cheung AS. Prevalence of autism spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder amongst individuals with gender dysphoria: A systematic review. *J Autism Dev Disord* 2020;50(3):695-706. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-019-04298-1>
16. Thompson L, Sarovic D, Wilson P, Sämford A, Gillberg C. A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 2) mental health. *PLOS Global Public Health* 2022;2(5). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pgph.0000426>
17. Hall R, Mitchell L, Sachdeva J. Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: retrospective case-note review. *BJPsych Open* 2021;7(6):e184. <http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>
18. Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors leading to "detransition" among transgender and gender diverse people in the united states: A mixed-methods analysis. *LGBT Health* 2021;8(4):273-80. <http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2020.0437>
19. Boyd I, Hackett T, Bewley S. Care of transgender patients: A general practice quality improvement approach. *Healthcare* 2022;10(1). <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10010121>

