



BROCHURE ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES TRANS

À destination des professionnel.le.s de santé



OBJECTIF

Cette brochure s'adresse à toutes les professionnel.le.s de santé et vise à fournir des informations et des pistes pour un accompagnement transaffirmatif, bienveillant et global des personnes trans dans leur parcours de soins.

Elle va se focaliser principalement sur l'**accompagnement des personnes majeures**. L'accompagnement des personnes mineures étant plus spécifique il relève actuellement de structures de soins spécialisées pluridisciplinaires.

Toutefois, en tant que professionnel.les de premier recours, vous pourrez rencontrer dans votre pratique des mineur.es trans, il convient de les accompagner, ainsi que leurs proches en respectant leur **autonomie et leur droit à l'autodétermination**.

Un accompagnement **bienveillant respectant l'identité de la personne** et lui permettant d'évoluer socialement dans le genre choisi permet de **diminuer les risques en santé mentale** (dépression, idées suicidaires...); et ce même en l'absence de soins d'affirmation de genre.

ENJEUX DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS

L'accès aux soins des personnes trans dépend de **facteurs économiques, sociaux et géographiques similaires à ceux des personnes cisgenres**. Cependant, les **discriminations** subies par les personnes trans augmentent leur risque de **précarité** (exclusion du domicile, discriminations à l'emploi, migration forcée, violences, travail du sexe, etc.) et d'**exclusion du système de santé**.

Des études montrent que les personnes trans rencontrent des **obstacles spécifiques** dans leur accès aux soins :

Enquête CRIPS-CIRDD (2007)

20 % des participant.e.s trans ont renoncé à des soins par crainte de discrimination

Enquête Chrysalide (2011)

16 % se sont vus refuser une consultation en raison de leur transidentité, et 33 % ont renoncé à des soins en raison de préjugés transphobes

SOMMAIRE

02

Lexique

05

Les fondamentaux de
l'accompagnement

07

Médecine générale

08

Professionnel.le. en santé
mentale

09

Pharmacie

10

Soins infirmiers

12

Laboratoire

13

Annexes

LEXIQUE

Ces définitions sont inspirées des lexiques proposés par les associations **OUTrans**, **ENIPSE**, et **Le Planning Familial**. Elles évoluent en fonction des connaissances et des expériences des personnes concernées.

- **Agendre** : Personne qui ne s'identifie à aucune identité de genre ou qui ne ressent pas d'identité de genre.
- **Assignation à la naissance** : Processus où, à la naissance, le personnel médical attribue un genre (masculin ou féminin) en fonction de caractéristiques anatomiques des organes génitaux externes.
- **Binder / Trans Tape** : Vêtement ou bandes compressives destinées à aplatir la poitrine.
- **Cisgenre (ou personne cis)** : Personne dont le genre ressenti correspond à celui qui lui a été assigné à la naissance.
- **Dicklit** : Terme désignant le clitoris qui s'est modifié sous l'effet de la testostérone. Ce terme est également utilisé par certaines personnes transmasculines ou non binaires pour nommer leur clitoris, qu'elles soient hormonées ou non.
- **Dysphorie de genre** : Sentiment de malaise ou de souffrance lié à l'inadéquation entre l'identité de genre d'une personne et son assignation à la naissance. Toutes les personnes trans ne ressentent pas nécessairement de dysphorie.
- **Genre** : Construction sociale regroupant des normes, rôles et attentes associées aux sexes. Par extension, le genre désigne aussi l'identité de genre d'une personne.
- **Identité de genre** : Sentiment profondément personnel d'appartenance à un genre, indépendant de l'assignation de naissance, de l'apparence ou de l'expression de genre.
- **Intersexuation** : Fait d'être né·e avec des caractéristiques sexuelles ou un corps qui ne correspondent pas aux définitions typiques ou normatives du masculin ou du féminin. Cela ne correspond pas à une identité de genre et on parle maintenant de "Variation du développement génital".

LEXIQUE

- **LGBTQIA+** : Acronyme désignant Lesbiennes, Gays, Bi, Trans, Queer, Intersexes, Asexuel·le·s ou Aromantiques. Le '+' symbolise l'inclusion d'autres identités de genre ou orientations marginalisées.
- **Outing** : fait de divulguer l'identité de la personne sans son consentement
- **Passing** : Fait pour une personne d'être perçue comme appartenant à une certaine catégorie sociale (genre, classe, origine ethnique, etc...).
- **Personne non binaire** : Personne dont l'identité de genre ne se situe pas dans le cadre binaire homme/femme. Les personnes non binaires peuvent s'identifier en dehors, entre, ou au-delà de ces catégories, ou rejeter toute identification de genre.
- **Personne trans** : Individu dont l'identité de genre diffère de celle qui lui a été assignée à la naissance.
 - **Personne transmasculine / Homme trans / Garçon trans** : Personne assignée femme à la naissance qui s'identifie partiellement ou entièrement comme un homme ou adopte un parcours fluide vers un genre masculin.
 - **Personne transféminine / Femme trans / Fille trans** : Personne assignée homme à la naissance qui s'identifie partiellement ou entièrement comme une femme ou adopte un parcours fluide vers un genre féminin.
- **Transidentités** : Ensemble des vécus et expériences des personnes trans, soulignant la diversité des parcours et des histoires. Aussi appelé "Incongruence de genre" dans la CIM -11.
- **Transition** : Processus social, médical, et/ou administratif par lequel une personne trans ajuste son apparence, ses documents officiels, ou ses interactions pour se sentir en adéquation avec son genre ressenti.
- **Transphobie** : Rejet, discrimination ou haine envers les personnes trans ou les transidentités. Elle peut être directe et violente ou se manifester de manière insidieuse (microagressions, préjugés...).



ACCOMPAGNER LES PERSONNES TRANS



Les termes **personnes transgenres** ou **personnes trans** désignent les individus dont l'identité de genre diffère de celle qui leur a été assignée à la naissance.

En France, bien qu'il n'existe pas de données démographiques précises concernant la population trans, la Haute Autorité de Santé estime la prévalence des transidentités entre **0,5 % et 2 %** (HAS, Sexe, genre et santé, 2020).

Les parcours des personnes trans sont **variés** et **évolutifs**, ils ne suivent pas de modèle unique ou linéaire. Ils peuvent inclure des démarches **intellectuelles, sociales, juridiques ou médico-chirurgicales**, en fonction des besoins et choix de chaque individu. Il est important de noter qu'**aucune démarche n'est obligatoire**.

Adopter une **approche transaffirmative** implique de reconnaître que les personnes trans sont les seules expertes de leur propre vécu et qu'elles doivent être libres de s'autodéterminer. Dans cette optique, depuis 2022, **il n'est plus demandé de certificat psychiatrique** afin d'avoir accès à des soins d'affirmation de genre remboursés par la sécurité sociale via l'**ALD 31**.

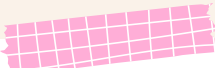
Dans cette brochure, nous utilisons le terme générique **personnes trans** pour désigner l'ensemble des personnes concernées.



FONDEMENTS D'UN ACCOMPAGNEMENT BIENVEILLANT

L'accompagnement des personnes trans doit être **médico-social, global et respectueux** de leur autodétermination.

En adoptant ces pratiques, les professionnel.le.s de santé peuvent contribuer à améliorer significativement l'accès aux soins et le bien-être des personnes trans, tout en renforçant la confiance dans le système de santé.



Respecter l'identité de genre

- Demander comment la personne souhaite être **genrée**, utiliser les pronoms (iel, elle, il...) souhaités.
- Employer, si besoin, un **prénom d'usage** différent du prénom légal.



Créer un environnement inclusif

- Afficher des **campagnes de sensibilisation à destination du public LGBT+** dans les espaces de soins



Sensibiliser les équipes

- Former les soignant.e.s à un **accueil non jugeant et bienveillant**.
- Promouvoir un **espace sécurisé** pour favoriser la libération de la parole.



Renforcer le lien ville-hôpital

- Orienter les patient.e.s vers des **structures spécialisées, communautaires ou associatives adaptées**.



Adapter la communication et les pratiques

- Approche du soin **non genrée**, éviter les termes binaires tels que M/Mme
- Limiter les questions à celles **strictement nécessaires** à l'accompagnement.
- Éviter toute **curiosité intrusive**, notamment les questions sur les organes génitaux.
- Obtenir un **consentement explicite** pour les examens physiques.
- **Ne pas outter** la personne si elle ne le souhaite pas dans la communication interprofessionnelle (ex: courrier d'adressage pour un motif indépendant de la transidentité) ou au contraire **utilisation des noms et pronoms d'usage** dans la communication si souhaité par la personne.



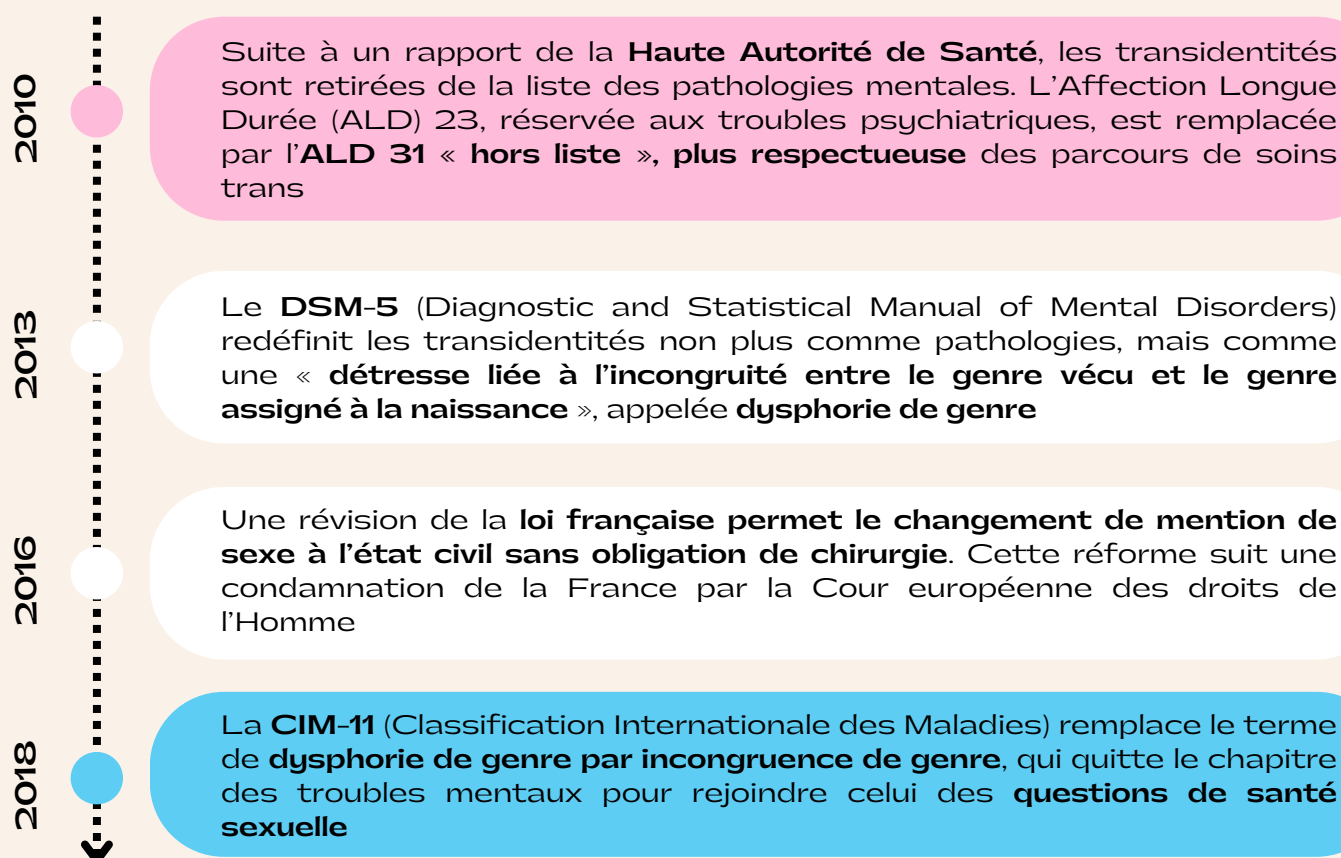
DÉPATHOLOGISATION DES PERSONNES TRANS

Longtemps pathologisées, les transidentités ont été classées au XXe siècle dans les « **perversions sexuelles** », puis dans les **maladies mentales**.

Le terme de « **transsexualisme** », désormais **obsolète et connoté négativement**, était alors utilisé en médecine. En France, un **parcours de soin normé était imposé et n'est plus d'actualité** :

- diagnostic psychiatrique
- suivi endocrinologique et chirurgical
- expérience dite de « **vie réelle** »,
- stérilisation chirurgicale obligatoire pour accéder au changement d'état civil

Cette approche a **profondément évolué au cours des dernières décennies**, sous l'impulsion des mobilisations associatives, des avancées en santé publique et des mobilisations des personnes concernées.



Ces évolutions marquent une **reconnaissance progressive des droits** des personnes trans et de la diversité des parcours de transition.

Elles permettent aujourd'hui une approche **individualisée, centrée sur l'écoute, le respect de l'autodétermination et l'accompagnement pluridisciplinaire**.

L'ACCOMPAGNEMENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Les médecins généralistes, en particulier les médecins traitant.e.s, jouent un rôle central dans l'**accès et le maintien des personnes trans dans le système de santé**. Leur accompagnement doit favoriser un parcours de soins **continu, inclusif et respectueux**. Les médecins généralistes sont des interlocuteur.ice.s essentiel.le.s pour garantir un **accès fluide et sécurisé aux soins**, tout en respectant l'**autodétermination** et la **dignité** des personnes trans.

UNE APPROCHE BIENVEILLANTE ET RESPECTUEUSE

- Adopter une **attitude non jugeante** et **éviter les questions motivées par la curiosité**, notamment sur les organes génitaux, si elles ne sont pas pertinentes pour le motif de consultation (ex. : une personne venant pour une angine).
- **Respecter la décision d'une personne de ne pas évoquer sa transidentité** lorsque cela n'est pas en lien avec le motif de consultation.

FONCTIONS CLÉS DANS LE PARCOURS DE SOINS

DEMANDE D'ALD 31

Les médecins traitant.e.s peuvent **initier cette démarche**, permettant la prise en charge à 100 % des soins liés à la transidentité, hors dépassements d'honoraires.

Des exemples pratiques sont fournis en annexe.

PRESCRIPTIONS HORMONALES

Iels peuvent **initier ou renouveler les ordonnances** de traitements hormonaux d'affirmation de genre (œstrogènes ou testostérone), **sauf pour la primo-prescription de la testostérone**, qui reste à ce jour encadrée.

Les détails de l'hormonothérapie sont disponibles en annexe.

COORDINATION DU PARCOURS DE SOIN

Les médecins généralistes sont la **pierre angulaire du parcours de soins** des patient.es. Iels ont pour rôle **d'orienter** aux mieux les patient.es vers les soins qui leurs sont nécessaires (orthophonistes, dermatologues, endocrinologues, gynécologues, chirurgien.nes...).

Les **associations d'auto-support locales et nationales** peuvent permettre d'identifier un **réseau d'adressage safe** en santé trans.

L'ACCOMPAGNEMENT EN SANTÉ MENTALE

Historiquement, les transidentités ont été pathologisées et psychiatisées.

Jusqu'en 2010, elles figuraient dans la liste des troubles mentaux avant d'être reclassées, grâce à des évolutions sociétales et au soutien des mouvements associatifs. **L'ALD 23 (troubles mentaux) a été remplacée par l'ALD 31 (hors liste).**

UNE APPROCHE BIENVEILLANTE ET RESPECTUEUSE

- Adopter une **attitude non jugeante** et **éviter les questions motivées par la curiosité**, notamment sur les organes génitaux, si elles ne sont pas pertinentes pour le motif de consultation (ex. : une personne venant pour une angine).
- **Respecter la décision d'une personne de ne pas évoquer sa transidentité** lorsque cela n'est pas en lien avec le motif de consultation.

FONCTIONS SPÉCIFIQUES AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MENTALE

PERSONNE MAJEURE

Un suivi en santé mentale **peut être proposé**, il peut permettre d'explorer des questionnements en lien ou non avec l'identité de genre.

Ce suivi n'est pas nécessaire pour obtenir une ALD ou accéder à des soins d'affirmation de genre.

Toutefois, alors que ce n'est plus obligatoire, certain.e.s professionnel.le.s **exigent encore un certificat psychiatrique** pour l'initiation d'une hormonothérapie ou une intervention chirurgicale.

PERSONNE MINEURE

L'accompagnement pluridisciplinaire incluant un **accompagnement en pédopsychiatrie** est quasi systématique. Il se fait dans des **équipes spécialisées**.



Comme toute personne, les personnes trans peuvent souffrir de troubles en santé mentale qui doivent être explorés sans devenir un frein à leur parcours de transition.

L'ACCOMPAGNEMENT EN PHARMACIE

Les pharmacienn.e.s jouent un rôle clé dans la délivrance des traitements et doivent garantir un accueil inclusif, respectueux et conforme aux besoins des patient.e.s, tout en respectant les spécificités légales liées à ces prescriptions.

UNE APPROCHE BIENVEILLANTE ET RESPECTUEUSE

- Adopter une **attitude non jugeante** et **éviter les questions motivées par la curiosité**, notamment sur les organes génitaux, si elles ne sont pas pertinentes pour le motif de consultation (ex. : une personne venant pour une angine).
- **Respecter la décision d'une personne de ne pas évoquer sa transidentité** lorsque cela n'est pas en lien avec le motif de consultation.

TRAITEMENTS HORMONAUX D'AFFIRMATION DE GENRE (THS) ET CADRE LÉGISLATIF

RÉGLEMENTATION DES THS

Les traitements hormonaux d'affirmation de genre (THS) appartiennent à la **liste 1 des médicaments**, ce qui signifie qu'ils nécessitent une **prescription médicale** pour être délivrés. Ces médicaments ne peuvent donc être obtenus qu'avec une ordonnance.

PARTICULARITÉ DE LA TESTOSTÉRONE

- Primo-prescription : Actuellement réservée aux spécialistes en endocrinologie, gynécologie, urologie et médecine de la reproduction/andrologie.
- Renouvellement : Accessible à tout.e médecin, quelle que soit sa spécialité.



PRESCRIPTION HORS AMM

Les traitements d'affirmation de genre **sont souvent prescrits hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)** tant que la mention de genre à l'état civil n'a pas été modifiée.

- La prescription hors AMM est **permise, mais non remboursable** par défaut.
- Une **prise en charge dérogatoire est toutefois possible dans le cadre d'une Affection Longue Durée (ALD)**, permettant un remboursement complet par la sécurité sociale.
- En pratique, les **traitements hormonaux sont généralement pris en charge**, même en l'absence d'ALD, pour les personnes affiliées à la sécurité sociale.

L'ACCOMPAGNEMENT EN SOINS INFIRMIERS

Les infirmier·ère.s occupent une place essentielle dans le parcours de soins des personnes trans. Leurs interventions sont variées et incluent

- Les **injections d'hormones** (androgènes, œstrogènes ou bloqueurs hormonaux).
- Les **soins post-opératoires** des chirurgies d'affirmation de genre.
- La **promotion de l'autonomie** en formant les patient·e.s aux auto-injections et à la gestion des pansements.

UNE APPROCHE BIENVEILLANTE ET RESPECTUEUSE

- Adopter une **attitude non jugeante** et **éviter les questions motivées par la curiosité**, notamment sur les organes génitaux, si elles ne sont pas pertinentes pour le motif de consultation (ex. : une personne venant pour une angine).
- **Respecter la décision d'une personne de ne pas évoquer sa transidentité** lorsque cela n'est pas en lien avec le motif de consultation.

INJECTIONS D'HORMONES : TECHNIQUES ET CONSEILS

ANDROGÈNES INJECTABLES (TESTOSTÉRONE)

- Les préparations à base d'**énanthate ou d'undécanoate de testostérone** contiennent de l'**huile de ricin**, ce qui les rend épaisses. Pour faciliter l'injection, le produit **peut être légèrement réchauffé** dans les mains avant l'administration.
- Les injections intramusculaires se font généralement dans des **muscles volumineux**, comme le quadriceps ou le muscle dorso-glutéal.
- Des injections **sous-cutanées sont possibles pour des volumes inférieurs à 0,5 mL**.
- Afin de réduire la douleur, l'**injection doit être lente** (jusqu'à 2 minutes pour 4 ml d'undécanoate de testostérone).

BLOQUEURS HORMONAUX ET ŒSTROGÈNES INJECTABLES

- Ces traitements nécessitent également une attention particulière quant à la **technique d'administration et à la gestion des effets secondaires**.

L'ACCOMPAGNEMENT EN SOINS INFIRMIERS

PROMOTION D'UN ACCOMPAGNEMENT BIENVEILLANT ET INCLUSIF

Au-delà des soins liés à la transidentité, les infirmier·ère.s interviennent dans divers contextes médicaux. Un **accueil respectueux, dépourvu de jugements ou de discrimination**, est fondamental pour garantir la continuité des soins et renforcer la relation de confiance avec les patient·e.s.

SUIVI POST-OPÉRATOIRE DES CHIRURGIES D’AFFIRMATION DE GENRE

Les infirmier·ère.s jouent un rôle clé dans la **surveillance** et les **soins** après les chirurgies :

- **Surveillance des sites opératoires** (signes d'infection, bonne cicatrisation).
- **Réfection des pansements et suivi** de l'évolution des plaies chirurgicales.
- **Soutien psychologique et technique** durant la convalescence.

Chirurgies faciales

- Féminisation faciale
- Masculinisation faciale
- Chirurgie de la pomme d'Adam

Chirurgies du torse

- Mammectomie
- Mammoplastie
- Torsoplastie
- Réduction mammaire

Chirurgies génitales

- Phalloplastie
- Métaïdoplastie
- Vulvoplastie
- Vaginoplastie
- Orchidectomie
- Hystérectomie

L'ACCOMPAGNEMENT EN LABORATOIRE

UNE APPROCHE BIENVEILLANTE ET RESPECTUEUSE

- Adopter une **attitude non jugeante** et **éviter les questions motivées par la curiosité**, notamment sur les organes génitaux, si elles ne sont pas pertinentes pour le motif de consultation (ex. : une personne venant pour un bilan biologique classique ou un test COVID).
- **Respecter la décision d'une personne de ne pas évoquer sa transidentité** lorsque cela n'est pas en lien avec le motif de consultation.

SPÉCIFICITÉS INHÉRENTES À L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES TRANS

- Les personnes trans hormonées vont réaliser des bilans biologiques réguliers, **ils ne diffèrent pas techniquement des dosages réalisées chez les personnes cis**.
- Les normes de laboratoire étant **genrées**, celles-ci peuvent être **modifiées afin de correspondre au mieux aux réalités des personnes trans**.
- Le prélèvement de certaines hormones peuvent nécessiter des **conditions particulières**. Les détails sont disponibles en annexe.

14

Points administratifs :
prénom et état civil

15

ALD 31 :
définition et modèles

18

Description des soins
d'affirmation de genre

21

Protocole
d'hormonothérapie
et modèles d'ordonnances

27

Fiches d'informations

35

Manuel auto-injection

39

Conditions de prélèvements

41

Ressources

POINTS ADMINISTRATIFS

Les personnes trans peuvent souhaiter changer leur prénom et/ou leur mention de genre à l'état civil.



CHANGEMENT DE PRÉNOM

Conformément à l'**article 60 du Code civil**, ce changement est **déclaratif** et peut être demandé à l'**officier d'état civil du lieu de résidence ou de naissance**. La demande peut être faite pour un.e mineur.e par son représentant légal, avec le consentement personnel de l'enfant à partir de 13 ans. La modification est inscrite sur le registre d'état civil.

LA DÉMARCHÉ



CHANGEMENT DE MENTION DE GENRE

Cette démarche, plus complexe, nécessite une **procédure juridique auprès du tribunal judiciaire**. Elle est accessible aux majeur.e.s et aux mineur.e.s émancipé.e.s. Depuis 2016, **elle n'exige plus de chirurgie génitale**, mais reste administrativement et juridiquement exigeante. Un accompagnement peut être proposé pour faciliter ces démarches

LA DÉMARCHÉ



ALD 31: DÉFINITION ET MODÈLES

UN PARCOURS MEDICO-ADMINISTRATIF FACILITÉ

Parce que le parcours médico-administratif des personnes trans peut être complexe, l'Assurance Maladie a mis en place un service attentionné. Vous serez ainsi accompagnés dans toutes vos démarches quel que soit votre lieu de résidence ou l'étape de votre parcours de transition.

Avec vous pour faciliter toutes vos démarches :

- la gestion du dossier administratif lié au changement d'état civil
- la prise en charge des frais de santé
- les indemnités journalières
- les relations médico-administratives



DES INTERLOCUTEURS EXPERTS

Vos interlocuteurs sont qualifiés pour vous accompagner dans toutes les étapes et démarches de votre parcours de transition.

DES MOYENS SIMPLES ET DIRECTS POUR NOUS CONTACTER

Contactez-nous : **0 806 060 106** Service gratuit

par mail : parcourstrans@assurance-maladie.fr

Horaires d'ouverture en métropole :

du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et 13h30-16h30

Les personnes trans peuvent solliciter une **ALD 31** (Affection Longue Durée hors liste) via leur médecin traitant.e ou un.e des médecins spécialistes qui les accompagne. Cette prise en charge est **facultative**.

Elle offre une **couverture des soins liés à la transidentité à 100% par la sécurité sociale** (hors dépassements d'honoraires).

Depuis 2022 l'obtention de l'ALD **n'est plus conditionnée à une évaluation psychiatrique**.

Des démarches simplifiées sont désormais disponibles via l'Assurance Maladie, avec des services dédiés.

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 féminisante à vie

épilation définitive face, cou, cuisses,

bras, mains, fesses, jambes, pieds, sexe

chirurgie de féminisation face et cou

mammoplastie bilatérale

prothèses/implants capillaires(alopécie)

chirurgies génitales

chirurgies remodelage silhouette

rééducation vocale, chirurgie voix

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 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

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

suivi psychologique

hormonothérapie masculinisante à vie

mastectomie bilatérale

épilation définitive bras et/ou jambe
pour phalloplastie

chirurgies génitales

kinésithérapie bras et/ou jambe après

phalloplastie (greffe peau)

chirurgies remodelage silhouette

note: le dermatologue est en

"para-médical" faute de place.

(1)

suivi biologique prévu (type d'actes)

(1)

bilans sanguin-hépatique-hormonal et
examens d'imagerie médicale (radio, IRM,
échographie...) réguliersrecours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type
d'acte spécialisé prévu)

(1)

psychiatre (consultations régulières)

endocrinologue (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 : à vie

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

LES SOINS D’AFFIRMATION DE GENRE

CHEZ LES MINEUR.E.S

L’accompagnement repose principalement sur une **hormonothérapie à base de bloqueurs de puberté** (analogues de la GnRH) qui peut être prescrite dès le **stade Tanner 2**, quel que soit l’âge. Ces bloqueurs mettent en pause la puberté et peuvent être suivis d’un traitement d’affirmation de genre (œstrogènes ou testostérone).

La prescription est **encadrée**, elle passe par une **équipe pluridisciplinaire** et nécessite l’**accord des titulaires de l’autorité parentale** et un accompagnement en **santé mentale**.

La **plupart des chirurgies** d’affirmation de genre se font à l’**âge adulte** mais que les **mastectomies** pour les personnes transmasculines peuvent parfois être réalisées dès **16 ans**.

CHEZ LES MAJEUR.E.S

HORMONOTHÉRAPIE MASCULINISANTE

Administration de **testostérone** (voie injectable intramusculaire, remboursée ou gel transcutané, non remboursé).

Les effets **varient** selon les individus et **incluent des changements** :

- **Physiques réversibles**

Exemples :

- Modification musculaire
- Arrêt des menstruations

- **Irréversibles**

Exemples :

- Pilosité
- Mue de la voix
- Traits du visage

HORMONOTHÉRAPIE FÉMINISANTE

Administration d’**œstrogènes en monothérapie** (gel, patch, per os) ou **associée à des bloqueurs de testostérone** (agonistes de la GnRH, progestatifs).

Les effets incluent un **développement mammaire irréversible** et des **modifications corporelles réversibles** (exemple : répartition des graisses).

Un suivi médical **régulier** est nécessaire pour évaluer les effets et prévenir les risques associés

LES SOINS D’AFFIRMATION DE GENRE

CHIRURGIES

CHEZ LES PERSONNES TRANSMASCULINES

- Mammaires (mastectomie)
- Génitales (métoïdioplastie, phalloplastie) pouvant inclure l’ablation des organes génitaux internes (utérus et ovaires).

CHEZ LES PERSONNES TRANSFÉMININES

- Mammaires (mammoplastie)
- Féminisation du visage (FFS)
- Génitales (vaginoplastie, vulvoplastie).

PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ

Avant toute hormonothérapie ou chirurgie, **une préservation de la fertilité** doit être proposée via les **CECOS**.

- Les **androgènes semblent avoir peu d’impact sur la fertilité**, mais les **œstrogènes peuvent réduire la spermatogenèse**, et garder un impact qualitatif même après l’arrêt du traitement.
- La législation actuelle **restreint l’utilisation des gamètes préservés après un changement de mention de genre à l’état civil**, limitant l’accès à l’aide médicale à la procréation (AMP) pour certaines personnes trans

AMP ENTRE	Femme cis	Femme trans	Homme trans sans utérus	Homme trans avec utérus	Homme cis
Femme cis	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible
Femme trans	Possible	Impossible	Impossible	Possible mais hors loi	Impossible
Homme trans sans utérus	Possible	Impossible	Impossible	Possible mais hors loi	Impossible
Homme trans avec utérus	Possible	Possible mais hors loi	Possible mais hors loi	Possible mais hors loi	Possible mais hors loi
Homme cis	Possible	Impossible	Impossible	Possible mais hors loi	Impossible

LES SOINS D’AFFIRMATION DE GENRE

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

POUR LES PERSONNES TRANSMASCULINES

En l’absence de chirurgie, **les dépistages des cancers restent similaires à celui des femmes cis** (col de l’utérus, sein). Des alternatives comme l’**autotest HPV** peuvent être proposées.

POUR LES PERSONNES TRANSFÉMININES

Le suivi inclut le dépistage des **cancers du sein après deux ans d’hormonothérapie** par œstrogènes (similaire aux femmes cis) et de la **prostate**.

Pour les personnes transmasculines et transféminines proposer aussi la contraception, le dépistage des IST +/- la PrEP

L’ÉPILATION DÉFINITIVE

Les personnes transféminines peuvent souhaiter avoir recours à une **épilation définitive**. Celle-ci se fait principalement par **laser, lumière pulsée ou électrolyse**. La technique est déterminée en centre expert en fonction des caractéristiques de chaque personne.

L’épilation est comprise dans l’**ALD 31** mais reste parfois inaccessible aux personnes les plus précaires du fait de dépassements d’honoraires fréquents.

Les **personnes transmasculines** peuvent également y recourir **notamment avant une chirurgie d’affirmation de genre utilisant un lambeau antébrachial**, dans le but de réaliser une phalloplastie.

LA RÉÉDUCATION DE LA VOIX

Les personnes trans peuvent avoir recours à des **séances d’orthophonie** pour une rééducation de la voix. Elle est **prise en charge dans le cadre de l’ALD 31**.

Elle peut être nécessaire pour les **personnes transféminines** pour qui l’**hormonothérapie ne va pas modifier la tessiture de la voix**. Une **chirurgie peut également être proposée** dans ce cadre en cas d’échec de la rééducation.

Pour les **personnes transmasculines**, la voix va être modifiée par l’hormonothérapie du fait d’un **épaississement des cordes vocales** sous l’effet de la testostérone. Une **rééducation peut parfois être nécessaire à la suite en cas de difficulté d’appropriation** de sa nouvelle voix.

PROTOCOLE D'HORMONOTHÉRAPIE

Protocoles rédigés
en mai 2025

Exemple de protocoles de suivi des THS (traitement hormonal substitutif) des personnes trans, basés sur les Standard Of Care version 8 (WPATH).

POUR LES PERSONNES TRANSFÉMININES

BILAN PRÉ-THÉRAPEUTIQUE

- Anamnèse, antécédents
- **Examen clinique** : taille, poids, tension artérielle
- **Bilan biologique standard** à adapter selon les points précédents (NFP, glycémie, EAL, ALAT ASAT, TP TCA, LH FSH E2 Testostérone totale, TSH, PRL, Ionogramme)

Préservation de fertilité à proposer avant de débiter



MODALITÉS DE L'HORMONOTHÉRAPIE

Les modalités d'introduction de l'hormonothérapie sont à discuter avec la personne concernée afin **qu'elle puisse choisir le schéma** qui lui convient le mieux. **Il n'existe pas de schéma unique** et tout THS peut être **modulé dans le temps** en fonction du ressenti et des **résultats biologiques**.

BILAN DE SUIVI

- **Bilan bio standard** (NFP, glycémie, EAL, ALAT ASAT, LH FSH E2, Testostérone totale, PRL, Ionogramme)
- **Suivi clinique** : signes hypo/hyper E2 / signes hypoandrogénie
- **Examen clinique** : taille, poids, TA
- Place de l'**ostéodensitométrie** (ODM): Elle n'est pas systématique et serait à réaliser selon les facteurs de risque.
- Suivi **santé sexuelle**
- **Sénologique** (autopalpations, mammographie +/- échographie 50-75ans dans le cadre du dépistage organisé)
- **Dépistage des IST**
- **Contraception**



Adaptation THS selon bilan bio à 3 mois

- cible E2 100-200ng/L, bon jusqu'à 300 selon contexte
- Testostérone selon les attentes/besoins de chaque personne

Puis suivi tous les 6 à 12 mois

TABLEAU RÉCAPITULATIF DE LA SURVEILLANCE BIOLOGIQUE

Protocoles rédigés
en mai 2025

PERSONNES TRANSFÉMININES

Pour les analyses non hormonales :

- Hémoglobine/hématocrite : utiliser les valeurs de référence féminines pour la limite inférieure normale et les valeurs de référence masculine pour la limite supérieure normale
- Créatinine : utiliser les valeurs de référence masculine pour la limite supérieure normale

Au départ	3 mois	6 mois	12 mois	Chaque année	Selon les lignes directrices pour personne cisgenre ou à la discrétion du professionnel de santé	
Examen physique ciblé (taille, poids, TA, +/-)	TA, poids, +/- examen/mensurations des seins au 12e mois			Protocole à adapter selon les besoins		
Bilan sanguin	Au départ	3 mois	6 mois	12 mois	Chaque année	Selon les lignes directrices pour personne cisgenre ou à la discrétion du professionnel de santé
NFP	x	x	x	x	x	
ASAT ALAT	x	x	x	x	x	x
Ionogramme	x	x	x	x	x	
Glycémie à jeun	x			x		x
Bilan Lipidique	x			x		x
Testostérone totale Estradiol LH FSH	x	x	x	x	x	
Prolactine	x			x	x	x
TP TCA	x					
TSH	x					
Autres	Hépatites B et C					
	Envisager : VIH, syphilis, autres IST selon les indications, la fréquence dépend du risque					

PROTOCOLE D'HORMONOTHÉRAPIE

Protocoles rédigés
en mai 2025

MONOTHÉRAPIE OESTROGÉNIQUE

Initiation selon les préférences de la personne concernée avec :

- **gel** (17 β -Estradiol : OESTRODOSE 0,06% 2 pressions)
- **patches** (estradiol : DERMESTRIL ou autre 50 μ g/24h)
- **comprimés** (estradiol : PROVAMES 2mg)

Les **comprimés** sont à éviter en cas de **facteurs de risques cardiovasculaires** dû à l'effet de premier passage hépatique

OESTROGÉNOTHÉRAPIE + BLOQUEUR DE TESTOSTÉRONE

Initiation selon les préférences de la personne concernée avec :

- **gel** (17 β -Estradiol : OESTRODOSE 0,06% 2 pressions)
- **patches** (estradiol : DERMESTRIL ou autre 50 μ g/24h)
- **comprimés** (estradiol : PROVAMES 2mg)

Les comprimés sont à éviter en cas de facteurs de risques cardiovasculaires dû à l'effet de premier passage hépatique .

⊕ **Bloqueur** => **analogues GnRH** (ex: DECAPEPTYL) **mensuels initialement** puis tous **3 à 6 mois** si la tolérance est bonne.

D'autres bloqueurs peuvent aussi être envisagés selon les besoins en faisant la **balance entre les bénéfices attendus et les risques de chaque produit** :

- Progestérone naturelle
- Macroprogestatifs
- Spironolactone

+/- PROGESTÉRONE NATURELLE

La progestérone pourrait avoir des **effets dans la maturation de la poitrine** et en **santé mentale** : il est possible de faire un essai sur quelque mois si souhaité et de faire une réévaluation des bénéfices et des effets indésirables
Elle est à initier dans un **2ème temps si souhaitée**.

QUID DES OESTROGÈNES INJECTABLES ?

Ils ne sont **pas prescriptibles mais sont parfois utilisés par les usagères**. Il convient donc de les connaître afin de limiter les risques en lien avec leur utilisation.

L'énanthate d'estradiol est à privilégier (plus stable que valérate et cypionate) avec injections de **10mg tous les 14 jours environ**. L'adaptation du traitement se fait de la même façon que pour les autres THS (attention pics post injection).

PROTOCOLE D'HORMONOTHÉRAPIE

Protocoles rédigés
en mai 2025

Exemple de protocoles de suivi des THS (traitement hormonal substitutif) des personnes trans, basés sur les Standard Of Care version 8 (WPATH).

POUR LES PERSONNES TRANSMASCULINES

BILAN PRÉ-THÉRAPEUTIQUE

- Anamnèse, antécédents
- **Bilan biologique standard à adapter selon les points précédents** (NFP, glycémie, EAL, ALAT ASAT, LH FSH E2 Testostérone totale, TSH, Ionogramme)
- **Examen clinique** : taille, poids, TA
- +/- **échographie pelvienne** (si présence de symptômes)

Préservation de fertilité à proposer avant de débiter



MODALITÉS DE L'HORMONOTHÉRAPIE

Les modalités d'introduction de l'hormonothérapie sont à discuter avec la personne concernée afin **qu'elle puisse choisir le schéma** qui lui convient le mieux. **Il n'existe pas de schéma unique** et tout THS peut être **modulé dans le temps** en fonction du ressenti et des **résultats biologiques**.

BILAN DE SUIVI

- **Bilan bio standard** (NFP, ALAT ASAT, LH FSH E2, Testostérone totale, Ionogramme)
- **Suivi clinique** : signes hypo/hyperandrogénie
- **Examen clinique** : taille, poids, TA
- **Suivi santé sexuelle**
- **Sénologique** (autopalpations, mammographie +/- échographie 50-75ans en l'absence de mastectomie)
- **Dépistage des IST**
- Dépistage **cancer du col de l'utérus**
- **Contraception**



Adaptation THS selon bilan bio à 3 mois

- cible Testostérone totale **3 à 10ng/ml** (1 à 3ng/ml en Testostérone biodisponible), à **interpréter selon le moment où la prise de sang a été effectuée** par rapport à la dernière injection



Il faut prêter attention à l'hémoglobine et à l'hématocrite

Puis suivi tous les 6 à 12 mois une fois le THS stabilisé

TABLEAU RÉCAPITULATIF DE LA SURVEILLANCE BIOLOGIQUE

Protocoles rédigés
en mai 2025

PERSONNES TRANSMASCULINES

Pour les analyses non hormonales :

- Se référer aux valeurs de référence masculines pour le Hb/Hct (la limite inférieure de la normale féminine peut se servir si le patient a des menstruations)

Au départ	3 mois	6 mois	12 mois	Chaque année	Selon les lignes directrices pour personne cisgenre ou à la discrétion du professionnel de santé	
Examen physique ciblé (taille, poids, TA)		TA, poids			Protocole à adapter selon les besoins	
Bilan sanguin	Au départ	3 mois	6 mois	12 mois	Chaque année	Selon les lignes directrices pour personne cisgenre ou à la discrétion du professionnel de santé
NFP	x	x	x	x	x	
ASAT ALAT	x		x	x		x
Ionogramme	x	x	x	x	x	
Glycémie à jeun	x		x	x		x
Bilan Lipidique	x		x	x		x
Testostérone totale Estradiol LH FSH	x	x	x	x	x	
TSH	x					
Autres	Hépatites B et C HCG					
	Envisager : VIH, syphilis, autres IST selon les indications, la fréquence dépend du risque					

PROTOCOLE D'HORMONOTHÉRAPIE

Protocoles rédigés
en mai 2025

ENANTHATE DE TESTOSTÉRONE (EdT)

Initiation **progressive** souvent proposée:

- **0,2mL/15j un mois**
- **puis 0,3mL/15j**
- puis adaptation selon le ressenti et le bilan biologique

Ou initiation avec **fréquence toutes les 3 semaines** :

- **0,5mL/3semaines**
- puis adaptation selon le ressenti et le bilan biologique

Possible en **IM ou SC** (jusqu'à 0.5mL)

UNDÉCANOATE DE TESTOSTÉRONE

Dose standard :

- **1 ampoule de 1g/4mL** à renouveler à **6 semaines** en dose de charge
- puis toutes les **10 à 14 semaines**

Initiation progressive souvent proposée :

- Faisable en **THS d'initiation**
- ou en **relai de l'EdT** qui permet une initiation plus progressive.

Injectons IM très lentes (2 minutes), dans la fesse idéalement. Fractionnable en 2mL par fesse.

Puis adaptation selon le ressenti et le bilan biologique

ANDROGEL (NR)

Dose standard :

- **2 pressions par jour**

A adapter selon le bilan biologique et le ressenti



Non remboursé par la sécurité sociale

Formulaire d'information

à destination des usager.ère.s



Hormonothérapie féminisante

23 rue des capucins 69001 LYON

Du lundi au vendredi **12/21h**
Le mardi **14/21h**

Accès bus, métro, vélo | Accès PMR



Pour prendre RDV



04.28.29.04.87
bonjour@c2s-legriffon.fr

Parcours trans les mardis, jeudis et vendredis

Actuellement, tous les traitements prescrits dans le cadre d'une transition le sont **hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)**, tant qu'il n'y a pas eu de changement d'état civil. Malgré une augmentation des études dans la population trans et non binaire, nous manquons encore d'études scientifiques sur la sécurité d'emploi et l'efficacité des médicaments prescrits dans les transitions. Les décisions de prescriptions se fondent donc aussi sur d'autres prises en charge médicale avec les mêmes hormones: comme par exemple la prescription de traitement hormonal de la ménopause ou la prise en charge des hypogonadismes.

Les études montrent une amélioration de la santé globale des personnes trans sous hormonothérapie.

Les **œstrogènes** et les **inhibiteurs de testostérone** sont utilisés pour réduire les effets liés à la testostérone (érections spontanées, masse musculaire, pilosité...) et pour induire des effets directement liés à l'œstrogène (croissance mammaire, distribution des graisses...).

Les œstrogènes sont disponibles sous plusieurs formes : les **comprimés**, les **formes transdermiques** (timbre), **percutané** (gel) et **l'injection** (pas de commercialisation en France).

Les œstrogènes seuls peuvent permettre d'obtenir une **diminution satisfaisante de la testostérone**, mais ils sont alors souvent prescrits à dose supra-physiologique, ce qui augmenterait les risques liés aux œstrogènes.

Les taux biologiques de testostérone totale et d'œstrogène attendus sont en général les taux physiologiques "femelle"; ils peuvent varier d'un laboratoire à l'autre.



Œstrogène : 100 à 200 pg/mL
Testostérone totale < 0,5ng/mL

L'utilisation de la PrEP (prophylaxie préexposition au VIH) ou d'un traitement pour une infection par le VIH ne sont pas une contre-indication à l'hormonothérapie féminisante



Il existe quelques contre-indications aux œstrogènes qui peuvent nécessiter un avis spécialisé (cardiologue, hématologue, oncologue...) pour évaluer la possibilité d'une prescription :

- Cancer œstrogéno-dépendant et cancer du sein ou antécédent de cancer du sein
- Antécédent personnel voire familial thromboembolique (phlébite et embolie pulmonaire)
- Troubles thrombophiliques connus
- Antécédent personnel de maladie artérielle récent ou en évolution (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...)
- Affection hépatique aiguë ou antécédents d'affection hépatique, jusqu'à normalisation des tests hépatiques
- Hypersensibilité connue à la substance active ou à l'un des excipients
- Porphyrie

Principaux effets du traitement féminisant

Chaque personne répond différemment à l'hormonothérapie.
Les changements varient d'une personne à l'autre et sont progressifs

Effet attendu	Début d'apparition	Effet maximal attendu	Réversibilité
Développement mammaire	3-6 mois	1 à 3 ans (bonnet A, rarement B)	IRRÉVERSIBLE
Diminution de la taille des testicules et de la production de testostérone (arrêt de production de testostérone possible)	3-6 mois	variable	VARIABLE Potentiellement irréversible et nécessitant alors un traitement hormonal substitutif à vie
Diminution de la production spermatique, fertilité diminuée ou infertilité	Variable	variable	VARIABLE Potentiellement irréversible Préservation de la fertilité recommandé avant le traitement pour les personnes qui le désirent. Finalement, nous ne pouvons pas savoir si une personne est fertile ou non et recommandons d'utiliser une contraception si besoin.
Redistribution de la masse graisseuse (hanche, graisse sous cutanée dont visage...) ainsi qu'une possible perte ou gain de poids	3-6 mois	2-5 ans	RÉVERSIBLE
Diminution de la masse musculaire, perte de force (possible courbature)	3-6 mois	1 à 2 ans	RÉVERSIBLE
Assouplissement de la peau, peau moins grasse, peau plus fine (Possible sécheresse cutanée)	3-6 mois	inconnu	RÉVERSIBLE
Modification de la pilosité (ralentissement de croissance, poil plus fin)	6 à 12 mois	3 à 7 ans	RÉVERSIBLE
Arrêt de l'évolution d'une calvitie (pas de repousse)	1 à 3 mois	1 à 2 ans	RÉVERSIBLE
Changements émotionnels	Variable	Variable	RÉVERSIBLE
Baisse de libido	1 à 3 mois	inconnu	RÉVERSIBLE
Diminution des érections spontanées	1 à 3 mois	3 à 6 mois	RÉVERSIBLE

D'après WPATH (World Professional Association for Transgender Health) Standards of Care 8, et l'Endocrine Society Clinical Practice Guideline (2017)

Des baisses de la tension artérielle, une hausse de la sensibilité à l'alcool et aux excitants, une frilosité, des flatulences, un changement de l'odeur corporelle, des bouffées de chaleur, des sueurs nocturnes, de la fatigue, des changements du sens olfactif, des ongles cassants, une instabilité émotionnelle, des sautes d'humeur et une sensibilité des seins sont des effets décrits. **Il n'y a pas de modification de la voix.**

Selon votre sensibilité, les œstrogènes **peuvent favoriser la nausée, les céphalées, des jambes lourdes, des douleurs aux seins.**

Principaux risques du traitement féminisant

Les preuves disponibles aux États-Unis et en Europe suggèrent que l'hormonothérapie initiée et surveillée sous la supervision d'un.e professionnel.le de la santé est associée à de très faibles taux d'événements indésirables.

A noter qu'il manque d'études de forte puissance et de longue durée pour disposer de conclusions définitives.

	Risque
Probablement augmenté	Complications thromboemboliques veineuses
	Infertilité
	Hyperkaliémies (si traitement par la spironolactone)
	Hypertriglycéridémie
	Prise de poids
Probablement augmenté en présence de facteur de risque personnel	Maladie cardiovasculaire
	Maladie cérébrovasculaire
	Méningiome (si traitement par acétate de cyprotérone)
	Polyurie/Déshydratations (si traitement par la spironolactone)
	Cholélithiase
Possiblement augmenté	Hypertension
	Dysfonction érectile
Possiblement augmenté en présence facteur de risque personnel	Diabète de type 2
	Faible masse osseuse/Ostéoporose
	Hyperprolactinémie (aggravé par un traitement par acétate de cyprotérone)
Risque peu concluant ou pas de risque accru	Cancer du sein et de la prostate

D'après WPATH (World Professional Association for Transgender Health) Standards of Care 8

Recommandations

- Arrêter de **fumer** et limiter la **consommation de toxiques**
- Faire attention à son **alimentation** et à son **poids**
- Pratiquer une **activité physique**, dont une **activité physique en charge**
- Utiliser les œstrogènes par **voie cutanée après 40 ans** et en cas de **facteur de risque cardiovasculaire**
- Utiliser une **contraception** si besoin
- Faire un point régulier sur les **infections sexuellement transmissibles** si besoin
- Discuter avec votre médecin des **examens de prévention** qui peuvent vous être proposé
- **Avoir un suivi médical régulier** : tous les 3 mois la première année, puis tous les 6 à 12 mois

Formulaire d'information

à destination des usager.ère.s



Hormonothérapie Masculinisante

23 rue des capucins 69001 LYON

Du lundi au vendredi **12/21h**
Le mardi **14/21h**

Accès bus, métro, vélo | Accès PMR



Pour prendre RDV



04.28.29.04.87
bonjour@c2s-legriffon.fr

Parcours trans les mardis, jeudis et vendredis

Actuellement, tous les traitements prescrits dans le cadre d'une transition le sont **hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)**, tant qu'il n'y a pas eu de changement d'état civil. Malgré une augmentation des études dans la population trans et non binaire, nous manquons encore d'études scientifiques sur la sécurité d'emploi et l'efficacité des médicaments prescrits dans les transitions. Les décisions de prescriptions se fondent donc aussi sur d'autres prises en charge médicales avec les mêmes hormones : comme par exemple la prescription de traitement hormonal dans la prise en charge des hypogonadismes.

Les études montrent une amélioration de la santé globale des personnes trans sous hormonothérapie.

La **testostérone** est utilisée pour aider à développer les caractères sexuels secondaire associés au genre « mâle ».

La testostérone est disponible en France sous deux formes : les formes **percutanées** (gel) et les **formes injectables en intramusculaire** de courte (2 à 4 semaines) et longue (10 à 14 semaines) durée d'action. En France **les formes injectables peuvent être remboursée** par la sécurité sociale.

Les taux biologiques de testostérone attendus sont en général le profil hormonal « mâle »; ils peuvent varier d'un laboratoire à l'autre



Testostérone totale
3ng/ml à 10 ng/mL

L'utilisation de la PrEP (prophylaxie préexposition au VIH) ou d'un traitement pour une infection par le VIH ne sont pas une contre-indication à l'hormonothérapie masculinisante



Il existe **quelques contre-indications à la testostérone qui peuvent nécessiter un avis spécialisé** (cardiologue, hématologue, oncologue...) pour évaluer la possibilité d'une prescription.

Les contre-indications absolues:

- Grossesse : effet tératogène (effet malformatif sur l'embryon)
- Cancers hormonaux dépendant (aromatisation de la testostérone en œstrogène)
- Hypercalcémie associée à un cancer
- Antécédent personnel de tumeur hépatique.
- Antécédent personnel d'insuffisance hépatique, rénal ou cardiaque sévère
- Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique

Les contre-indications relatives:

- Hypertension artérielle sévère
- Polyglobulie
- Apnée du sommeil

Principaux effets du traitement masculinissant

Chaque personne répond différemment à l'hormonothérapie.
Les changements varient d'une personne à l'autre et sont progressifs

Effet attendu	Début d'apparition	Effet maximal attendu	Réversibilité
Accroissement clitoridien dicklit	1-6 mois	1 à 2 ans	IRRÉVERSIBLE
Pilosité faciale	6-12 mois	> 5 ans	IRRÉVERSIBLE
Mue de la voix avec voix plus grave	6 à 12 mois	1 à 2 ans	IRRÉVERSIBLE
Calvitie selon facteur génétique	6-12 mois	> 5 ans	IRRÉVERSIBLE
Redistribution de la masse graisseuse (<u>sur</u> la ceinture abdominale)	1-6 mois	1 à 5 ans	RÉVERSIBLE
Augmentation de la masse musculaire, augmentation de la force physique : dépendante de l'activité physique	6-12 mois	2 à 5 ans	RÉVERSIBLE
Peau grasse/acné	1-6 mois	1 à 2 ans	RÉVERSIBLE
Développement du système pileux corporel	6 à 12 mois	4 à 5 ans	RÉVERSIBLE
Arrêt des menstruations	1 à 6 mois	1 à 2 ans	RÉVERSIBLE
Augmentation de la libido	1 à 3 mois	inconnu	RÉVERSIBLE
Atrophie vaginale	1 à 6 mois	1 à 2 ans	RÉVERSIBLE

D'après WPATH(World Professional Association for Transgender Health) Standards of Care 8, et l'Endocrine Society Clinical Practice Guideline (2017)^(11,13)

Des sensations d'énergie accrue, une réduction des besoins en sommeil, un changement de l'odeur corporelle, une augmentation de la température, des sueurs nocturnes, des bouffées de chaleur, des douleurs clitoridiennes, des douleurs pelviennes sont des effets également décrits.

Principaux risques du traitement masculinisant

Les preuves disponibles aux États-Unis et en Europe suggèrent que l'hormonothérapie initiée et surveillée sous la supervision d'un.e professionnel.le de la santé est associée à de très faibles taux d'événements indésirables.

A noter qu'il manque d'études de forte puissance et de longue durée pour disposer de conclusions définitives.

	Risque
Probablement augmenté	Polyglobulie
	Infertilité
	Acné
	Calvitie
	HTA
	Apnée du sommeil
	Prise de poids
	Hypercholestérolémie
Probablement augmenté en présence de facteur de risque personnel	Maladie cardiovasculaire
	Hypertriglycémie
Possiblement augmenté en présence de facteur de risque personnel	Diabète de type 2
Aucune augmentation de risque ou peu concluant	Baisse de la densité osseuse
	Cancer du sein, du col de l'utérus, des ovaires ou de l'endomètre

D'après WPATH (World Professional Association for Transgender Health), Standards of Care 8 et l'Endocrine Society Clinical Practice Guideline

Recommandations

- Arrêter de **fumer** et limiter la **consommation de toxiques**
- Faire attention à son **alimentation** et à son **poids**
- Pratiquer une **activité physique**, dont une **activité physique** en charge
- Utiliser une **contraception** si besoin
- Avoir un **suivi médical régulier** : tous les 3 mois la première année, puis tous les 6 à 12 mois
- Faire un point régulier sur les **infections sexuellement transmissibles** si besoin
- Poursuivre les **suivis de prévention**. En particulier la **prévention du HPV** (Human PapillomaVirus) par **frottis** ou par **recherche de HPV** en l'absence de chirurgie (hystérectomie). Et la **prévention du cancer du sein** qui varie selon que vous ayez eu ou non une mastectomie. Parlez-en à votre médecin.



Manuel auto-injection hormonothérapie

Contenu du kit

- 1 seringue 2,5 ml
- 1 aiguille de prélèvement 18 ou 19G* (photo ci dessous)
- 2 aiguilles d'injection 21, 22, 23 G
- 2 lingettes désinfectantes
- 1 pansement individuel
- 1 sachet compresse
- 1 petite boîte recueil aiguilles (DASRI) pour plusieurs auto-injections

*** Le G signifie Gauge c'est-à-dire la taille de ton aiguille (plus le chiffre est haut, plus l'aiguille est fine).**



Auto-injections

1 Préparation

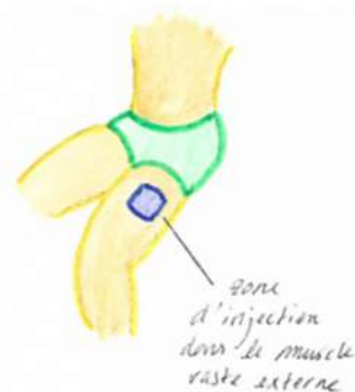
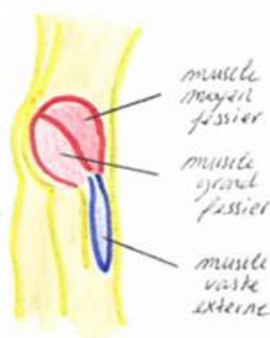
- Se laver les mains à l'eau et au savon. A défaut, utiliser de la solution hydra-alcoolique.
- Bien se sécher les mains.
- Disposer le matériel sur une surface propre.
- S'assurer que le matériel n'est pas périmé et a conservé son emballage intact.
- Réchauffer l'ampoule dans les mains, et enlever le produit bloqué dans la tête de l'ampoule (soit en secouant le flacon bien fort de haut en bas, soit en faisant glisser l'ampoule sur une surface).

2 Préparation de l'injection

- Ouvrir l'emballage de la seringue coté piston.
- Ouvrir l'emballage de l'aiguille 18 ou 19G du côté opposé de l'embout coloré.
- Fixer l'aiguille 18 ou 19G sur la seringue.
- Casser la partie supérieure de l'ampoule avec la compresse (en appuyant vers l'arrière au niveau du petit point coloré). Poser l'ampoule sur une surface stable.
- Chasser l'air de la seringue en appuyant sur le piston, plonger l'aiguille 18G ou 19G dans le flacon.
- Aspirer lentement le produit jusqu'au dosage indiqué sur votre ordonnance.
- Retirer et jeter l'aiguille dans le recueil à DASRI.
- Changer l'aiguille 18G ou 19G avec l'aiguille 21 ou 22G en gardant le capuchon. Tapoter la seringue, aiguille tournée vers le haut, pour que tout l'air remonte en haut, puis chasser l'air de la seringue jusqu'une perle de produit affleure au sommet de l'aiguille. Poser la seringue sur une compresse.

3 Choix de l'emplacement

- Repérer la zone d'injection sur les images ci-dessous (cuisse ou muscle fessier).
- Alternier régulièrement les sites d'injection.

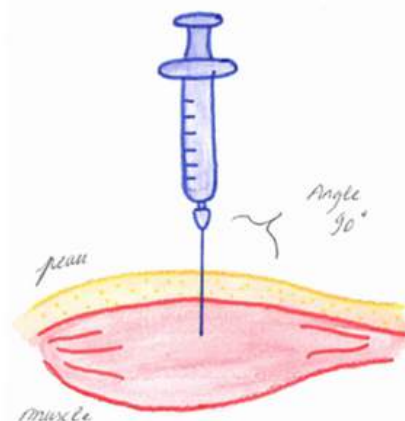


4 Nettoyage de la zone d'injection

- Nettoyer la zone d'injection avec la lingette désinfectante.
- Laisser sécher.

5 Repérer la zone d'injection

- Pour l'injection dans la fesse, piquer d'un geste sur le coin supérieur externe.
- Pour l'injection dans la cuisse (à éviter pour les personnes minces), viser le bord latéral de la cuisse.
- Tenir la seringue comme une fléchette et enfoncer l'aiguille à un angle de 90° dans le muscle.
- Tirer légèrement sur le piston de la seringue pour s'assurer qu'il n'y a pas de sang (pour ne pas injecter le produit dans une veine).
- Si du sang remonte dans la seringue, recommencer l'injection à coté en changeant l'aiguille 21G ou 22G.
- Si ces conditions sont réunies, injectez lentement le produit.



6 Retrait de l'aiguille et élimination du matériel

- Retirer l'aiguille.
- Jeter la seringue montée avec l'aiguille et l'ampoule dans le conteneur à aiguilles usagées fourni.
- Appliquer une pression sur le site d'injection avec une compresse et masser la zone pour une bonne pénétration du produit.
- Poser le pansement sur le point d'injection.
- Ramener ce conteneur une fois plein (bien le fermer) dans votre pharmacie.



Ne pas le jeter avec les déchets ménagers

Pour finir

Dans la mesure du possible **être suivi(e) par un(e) médecin permet un suivi biologique et d'écarter des contre-indications** et surveiller si le produit ne crée pas de problème de santé.

Il est **peu conseillé de partager les ampoules**.

Il est **primordial de ne pas partager les aiguilles et seringues** avec une autre personne car le risque de transmission du VIH et des hépatites B et C est grand. Chaque personne utilise sa propre aiguille et sa propre seringue.

En **cas de partage d'ampoule, il doit être réalisé simultanément**. Il ne faut pas conserver une ampoule déjà ouverte plus de quelques minutes.

Si besoin n'hésitez pas à nous joindre

- alex.verge@c2s-legriffon.fr
- camille.steinhilber@c2s-legriffon.fr

23 rue des capucins 69001 LYON

Du lundi au vendredi **12/21h**
Le mardi **14/21h**

Accès bus, métro, vélo | Accès PMR



Pour prendre RDV



04.28.29.04.87

bonjour@c2s-legriffon.fr

Parcours trans les mardis, jeudis et vendredis

CONDITIONS DE PRÉLÈVEMENT

Analyses à jeun ?	
Définition de l'état de jeûne	L'état de jeûne strict est défini par une absence de prise de nourriture depuis au moins 8 heures. Il est possible de boire un verre d'eau, du café ou du thé sans sucre, ni lait. Il est recommandé de prendre un repas léger la veille au soir.
Examens nécessitant un jeûne strict	• Testostérone (prélèvement entre 6h30 et 13h cf. FT) • EAL • Glycémie dans le cas de prescription de glycémie à jeun. • Phosphore. <u>Autres analyses</u> (liste non exhaustive, consulter le manuel de prélèvement Biogroup) : • CTX / NTX <u>avant 9 heures</u> / Parathormone / Calcitonine / Homocystéine / Insuline
Pour les autres analyses	• Une période de jeûne de 4 heures est recommandée mais non obligatoire. • A défaut un repas léger, pauvre en matières grasses est à prévoir.
Analyses soumises à un rythme circadien	
Horaire de prélèvement à respecter	• Prolactine : sujet au repos 20 minutes avant le prélèvement. Le jeûne est inutile. • HORMONES : LH / FSH / Œstradiol / Progestérone, le matin. Indiquer le jour du cycle pour l'interprétation des résultats. • TSH : De préférence le matin avant 10h et/ou à la même heure en cas de suivi • T4 Libre : A prélever à distance de la prise de Levothyrox (> 4h)
Bilan IST	
	<u>Prise de sang non à jeun</u> • Sérologies HIV, Hépatite B, Hépatite C et syphilis. <u>Recherche de chlamydiae et gonocoque par PCR</u> • Localisations : Urines – Vaginal – Oropharyngé – Anal • Pour les urines prendre de préférence le 1^{er} jet des premières urines du matin, à défaut à distance de 3h de la dernière miction.

CONDITIONS DE PRÉLÈVEMENT

Bilan pré-thérapeutique personne transféminine	
A jeun depuis 12h00 Le matin avant 10h00 Après 20 min de repos au laboratoire	<u>Analyses à réaliser</u> NFP – Testostérone totale – Œstradiol – LH – FSH – EAL – Glycémie à jeun – TSH – Prolactine – Ionogramme – ASAT – ALAT – TP - TCA
Bilan pré-thérapeutique personne transmasculine	
A jeun depuis 12h00 Le matin avant 10h00 Après 20 min de repos au laboratoire	<u>Analyses à réaliser</u> NFP – Testostérone totale – EAL – Glycémie à jeun – TSH – Ionogramme – ASAT – ALAT – LH – FSH – Œstradiol (+/-) HCG
Bilan de suivi personne transféminine	
A jeun depuis 12h00 Le matin Après 20 min de repos au laboratoire	<u>Analyses à réaliser</u> NFP – Testostérone totale – Œstradiol – EAL – Glycémie à jeun – Prolactine – Ionogramme – ASAT – ALAT- LH- FSH
Bilan de suivi personne transmasculine ayant une prescription d'Enanthate de testostérone (Androtardyl)	
A jeun depuis 08h00 Le matin	<u>Analyses à réaliser</u> Dosage la semaine précédant une injection NFP – Testostérone totale – Œstradiol – LH – FSH – ASAT – ALAT- Ionogramme
Bilan de suivi personne transmasculine ayant une prescription d'Undecanoate de testostérone	
A jeun depuis 08h00 Le matin Après 20 min de repos au laboratoire	<u>Analyses à réaliser</u> Dosage la semaine précédant une injection : NFP – Testostérone totale – Œstradiol – LH – FSH – Ionogramme – ASAT – ALAT Dosage de Testostérone totale 7 jours après une injection : Le matin à jeun depuis 08h00

RESSOURCES

La liste des ressources est non exhaustive. Elle vous indique plusieurs ressources internet ainsi que les structures Lyonnaises proposant l'hormonothérapie.



STRUCTURES LYONNAISES PROPOSANT L'HORMONOTHÉRAPIE

Le Griffon

23 rue des Capucins 69001 LYON
accueil@c2s-legriffon.fr
04 28 29 04 87

Planning familial du Rhône

2 rue Lakanal 69100 Villeurbanne
contact@planningfamilial69.fr
04 78 89 50 61

Service de médecine et de la reproduction

Hospices Civils de Lyon

59 Boulevard Pinel 69500 Bron
Ghe.rdvandro@chu-lyon.fr
04 72 12 94 10

Le Jardin de Bron

4 rue Edgar Quinet 69500 Bron
04 78 41 26 44

RESSOURCES INTERNET

Acceptess-T

<https://www.acceptess-t.com/>

BDDtrans

<https://bddtrans.fr/>

Chrysalide

<https://chrysalide-asso.fr/>

Fransgenre

<https://fransgenre.fr/>

OUTRANS

<https://www.outrains.org/>

Réseau Santé Trans

<https://reseausantetrans.fr>

Trans Santé France

<https://trans-sante-france.org//>

Wikitrans

<https://wikitrans.co/>

Centre de Santé et de Médiation en Santé Sexuelle

- 23 rue des Capucins 69001 LYON
- 04 28 29 04 87
- bonjour@c2s-legriffon.fr
- <https://c2s-legriffon.fr/>

virageSanté



amour, safe sex,
et plus encore.

Ont participé à l'élaboration de cette brochure

Pour la rédaction


BIOGROUP
biologie médicale

Pour la relecture


**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*


Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes