



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION
DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE
DU TRANSSEXUALISME EN FRANCE**

NOVEMBRE 2009

Service évaluation des actes professionnels

L'EQUIPE

Service évaluation des actes professionnels

Analyse et synthèse des données

Chargés de projet : Béatrice CUZIN (Praticien, Lyon), Jean-Dominique DOUBLET (Praticien – Hospitalier, TENON Paris) pour la chirurgie, Marcela IACUB (chargée de recherche au CNRS, enseignante à l'École des hautes études en sciences sociales, Paris) pour le Transsexualisme et la société, Jacques GLIKMAN (Centre médico-psychologique, Épinay sur Seine) et Jean-Louis TERRA (Centre hospitalier Le Vinatier, Bron), pour les *Focus groups*.

Chefs de projet : Valérie LINDECKER, pour l'hormonothérapie, Françoise SAINT-PIERRE pour le diagnostic.

Soutien logistique

Mireille EKLO, Colette PERREVE, Jessica RAMDINE, assistantes.

Harmonisation des différentes parties et coordination globale

Denis Jean DAVID, adjoint au chef de service, Sun Hae LEE-ROBIN, chef de service.

Rédaction médicale

Révision de la rédaction

Frank STORA, rédacteur médical.

Service documentation et information des publics

Recherche documentaire et gestion documentaire

Christine DEVAUD, documentaliste et Renée CARDOSO assistante-documentaliste.

Mission Études Marketing

Consultation publique

Brigitte LE COSSEC, responsable de mission.

Mission juridique

Analyse de la situation en France et à l'étranger

Caroline MASCRET, chef de projet, assistée de Méllila BELLENCOURT et Cendrine BARTHELME.

La HAS remercie l'ensemble des personnes avec qui elle a été en contact au cours de l'élaboration de ce rapport (associations de transsexuels et personnes transsexuelles, caisses d'Assurance maladie, ministère de la justice, ministère de la santé, professionnels de santé français et étrangers, personnes ayant participé à la consultation publique, relecteurs de ce rapport, ...)

SOMMAIRE

L'EQUIPE.....	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	9
INTRODUCTION.....	11
DEFINITIONS	12
TERMINOLOGIE.....	13
LES DEMANDES D'EVALUATION.....	14
I. LES DEMANDES INITIALES	14
II. LES DEMANDES RENCONTREES AU COURS DE L'EVALUATION.....	15
LA REPOSE DE LA HAS.....	16
I. LE CHAMP DU RAPPORT	16
II. PRESENTATION GENERALE DE LA METHODE D'ELABORATION DU RAPPORT	17
CONTEXTE.....	19
DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES.....	20
HYPOTHESES ETIOLOGIQUES	22
I. HYPOTHESES PSYCHO-FAMILIALES.....	22
I.1. FACTEURS PARENTAUX ET FAMILIAUX DANS LE DEVELOPPEMENT DU TRANSSEXUALISME	22
I.2. UN MODELE THEORIQUE POUR COMPRENDRE LE DEVELOPPEMENT DU TRANSSEXUALISME CHEZ L'ENFANT	22
II. HYPOTHESES BIOLOGIQUES.....	23
II.1. DIFFERENCE ENTRE TRANSSEXUALISME ET INTERSEXUALITE.....	23
II.2. HYPOTHESES LIEES A UNE ANOMALIE DES DETERMINANTS HORMONO-CEREBRAUX DURANT LA PERIODE FŒTALE.....	23
II.3. L'HYPOTHESE D'UNE COMPOSANTE HEREDITAIRE EST EGALEMENT AVANCEE.....	24
II.4. HYPOTHESE DE L'EXPOSITION CHIMIQUE PRENATALE	24
TRANSSEXUALISME ET SOCIETE	25
I. INTRODUCTION	25
II. ORIGINES ET EVOLUTIONS DU TRANSSEXUALISME	26
II.1. ORIGINES ET EVOLUTION DU CONTEXTE	26
II.2. ÉVOLUTIONS MEDICALES – CHIRURGIE, HORMONOSUBSTITUTION, PSYCHIATRIE	28
II.3. LE TRANSSEXUALISME ET LA REVOLUTION DES MŒURS.....	29
III. COMMENT LEGIFERER SUR LE TRANSSEXUALISME EN FRANCE ?	32
IV. PERSPECTIVE ?	36
ASPECTS JURIDIQUES ACTUELS EN FRANCE ET EN EUROPE	38
I. LES QUESTIONS JURIDIQUES SOULEVEES EN FRANCE PAR LE TRANSSEXUALISME.....	38
I.1. L'ÉTAT CIVIL	38
I.1.1. La modification du prénom	38
I.1.2. La modification de la mention du sexe dans l'état civil.....	40
I.2. LES INCIDENCES SUR LA VIE FAMILIALE.....	42
I.2.1. Le droit au mariage et le sort du mariage non dissous.....	42
I.2.2. La filiation.....	42
I.2.3. Les incidences sur la vie professionnelle	43
I.2.4. Les incidences sur les pensions de réversion	43
I.2.5. Conclusions sur les questions liées à l'état des personnes	44
II. LE TRAITEMENT JURIDIQUE DU SYNDROME DE DYSPHORIE DE GENRE EN EUROPE	45
II.1. LA POSITION DES INSTITUTIONS INTERGOUVERNEMENTALES.....	45
II.1.1. La position des institutions européennes face au syndrome de dysphorie de genre.....	45
II.1.2. La jurisprudence européenne et communautaire	50
II.2. LA PRATIQUE JURIDIQUE DES ÉTATS EUROPEENS FACE A LA QUESTION DU SYNDROME DE DYSPHORIE DE GENRE	56
II.2.1. Les pays dotés d'une législation.....	56

II.2.2.	Les pays en cours d'adoption de législation : la Lituanie.....	61
II.2.3.	Les pays sans législation	61
II.2.4.	Conclusions sur la pratique des états européens.....	62
III.	L'ASPECT MEDICO-LEGAL DU SYNDROME DE DYSPHORIE DE GENRE	62
III.1.	SYNDROME DE DYSPHORIE DE GENRE ET CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE	63
III.2.	LA RESPONSABILITE DU CHIRURGIEN.....	64
III.3.	LA QUESTION DE L'ENCADREMENT LEGAL DE L'HORMONOSUBSTITUTION PRESCRITE DANS LE CADRE DU SYNDROME DE DYSPHORIE DE GENRE	65
III.3.1.	Prescription hors AMM et liberté de prescription du médecin dans la dysphorie de genre	65
III.3.2.	Les conséquences de la prescription en dehors du cadre de l'AMM	67
III.3.3.	Conclusions sur la prescription hors AMM dans la dysphorie de genre.....	69
	LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE PAR L'ASSURANCE MALADIE	70
I.	LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE L'OPERATION DE REASSIGNATION SEXUELLE PAR LA CAISSE NATIONALE.....	70
II.	LE PROBLEME DU REMBOURSEMENT DES SOINS AUTRES QUE L'OPERATION DE REASSIGNATION SEXUELLE	74
III.	CONCLUSIONS SUR LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE PAR L'ASSURANCE MALADIE	76
	OPINION DE PROFESSIONNELS DE SANTE ET DE TRANSSEXUELS SUR LA SITUATION ACTUELLE	77
I.	L'OPINION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	77
I.1.	CE QUI SEMBLE BIEN FONCTIONNER	77
I.1.1.	Le point de vue des psychiatres	77
I.1.2.	Le point de vue des endocrinologues	77
I.1.3.	Le point de vue des chirurgiens	78
I.2.	CE QUI POSE PROBLEME	78
I.2.1.	Le point de vue des psychiatres	79
I.2.2.	Le point de vue des endocrinologues	79
I.2.3.	Le point de vue des chirurgiens	80
I.3.	LES PERSPECTIVES D'AMELIORATION DU PARCOURS DE SOINS	81
II.	L'OPINION DES TRANSSEXUELS	81
II.1.	LES TRANSSEXUELS SUIVIS PAR LES EQUIPES FRANÇAISES MULTIDISCIPLINAIRES CONSTITUEES.....	82
II.1.1.	Le premier contact avec un professionnel de santé	82
II.1.2.	L'étape diagnostique	83
II.1.3.	Les traitements hormonaux	84
II.1.4.	L'étape chirurgicale.....	84
II.1.5.	Les problèmes administratifs et financiers.....	85
II.2.	LES MEMBRES ET REPRESENTANTS D'ASSOCIATIONS DE TRANSSEXUELS	85
II.2.1.	Le premier contact avec un professionnel de santé	85
II.2.2.	L'étape diagnostique.....	86
II.2.3.	Les traitements hormonaux	87
II.2.4.	L'étape chirurgicale	87
II.2.5.	Les problèmes administratifs et financiers.....	88
	LES GRANDES ETAPES DU PARCOURS DE SOINS.....	89
	ETAPE DIAGNOSTIQUE	90
I.	RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET LIMITES METHODOLOGIQUES	90
II.	PREAMBULE	90
III.	DIAGNOSTIC	90
III.1.	LES OUTILS DIAGNOSTIQUES.....	91
III.1.1.	Selon le DSM IV	91
III.1.2.	Selon la CIM-10	92
III.2.	CONTRIBUTION DES TESTS PSYCHOLOGIQUES AU DIAGNOSTIC	92
III.2.1.	Test de Rorschach	93
III.2.2.	Test MMPI (version 1 ou version 2)	93
III.2.3.	Résultats comparatifs	93
III.3.	DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE DIFFERENTIEL	94
III.4.	DUREE DE L'ETAPE DIAGNOSTIQUE	94

III.5. <i>NECESSITE D'UN DIAGNOSTIC CONFIRME</i>	94
IV. <i>COMORBIDITE AVEC DES TROUBLES MENTAUX</i>	95
V. <i>L'ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE</i>	95
V.1. <i>CIBLE</i>	95
V.2. <i>RESULTATS DE L'ENQUETE</i>	95
VI. <i>CONCLUSION SUR L'ETAPE DIAGNOSTIQUE</i>	97
EXPERIENCE EN VIE REELLE	98
I. <i>RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET LIMITES METHODOLOGIQUES</i>	98
II. <i>PREAMBULE</i>	98
III. <i>FAUT-IL INTRODUIRE A CE STADE UN TRAITEMENT HORMONAL ?</i>	98
IV. <i>RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DE PROFESSIONNELS DE SANTE</i>	99
V. <i>CONCLUSION SUR L'EXPERIENCE EN VIE REELLE</i>	100
HORMONOSUBSTITUTION	101
I. <i>RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET LIMITES METHODOLOGIQUES</i>	101
II. <i>PREAMBULE</i>	102
III. <i>PRINCIPES DU TRAITEMENT</i>	102
IV. <i>MOLECULES DISPONIBLES</i>	103
IV.1. <i>SUPPRESSION DES CARACTERES SEXUELS DU SEXE REFUSE</i>	103
IV.1.1. <i>Analogues de la Gn-RH</i>	103
IV.1.2. <i>Anti-androgènes</i>	103
IV.1.3. <i>Progestatifs de synthèse</i>	103
IV.2. <i>INDUCTION DES CARACTERES SEXUELS DU SEXE DESIRE</i>	103
IV.2.1. <i>Estrogènes</i>	103
IV.2.2. <i>Androgènes</i>	104
V. <i>EFFETS ATTENDUS DES TRAITEMENTS HORMONAUX</i>	104
V.1. <i>TRAITEMENTS DES MTF</i>	104
V.1.1. <i>Modifications biologiques hormonales</i>	104
V.1.2. <i>Modifications physiques et physiologiques</i>	104
V.1.3. <i>Modifications psychologiques</i>	104
V.1.4. <i>Conclusion</i>	104
V.2. <i>TRAITEMENTS DES FTM</i>	105
V.2.1. <i>Modifications biologiques hormonales</i>	105
V.2.2. <i>Modifications physiques et physiologiques</i>	105
V.2.3. <i>Modifications psychologiques</i>	105
V.2.4. <i>Conclusion</i>	105
VI. <i>EFFETS INDESIRABLES DES TRAITEMENTS HORMONAUX</i>	105
VI.1. <i>MORTALITE</i>	105
VI.2. <i>MORBIDITE CHEZ LES MTF</i>	106
VI.2.1. <i>Données issues du traitement hormonal de la ménopause</i>	106
VI.2.2. <i>Données spécifiques au traitement des transsexuels</i>	106
VI.3. <i>MORBIDITE CHEZ LES FTM</i>	111
VI.3.1. <i>Complications métaboliques et risque cardiovasculaire</i>	111
VI.3.2. <i>Complications hépato-biliaires</i>	112
VI.3.3. <i>Polyglobulie</i>	112
VI.3.4. <i>Acné</i>	112
VI.3.5. <i>Cancers</i>	112
VI.3.6. <i>Modifications de la densité osseuse</i>	113
VI.3.7. <i>Effets psychologiques</i>	114
VI.4. <i>IMPACT DU TRAITEMENT HORMONAL SUR LA FERTILITE, CHEZ LES MTF ET LES FTM</i>	114
VII. <i>LA PRESCRIPTION DES TRAITEMENTS HORMONAUX MTF ET FTM EN PRATIQUE</i>	114
VII.1. <i>LE PRATICIEN EN CHARGE DU TRAITEMENT HORMONAL ET DE SON SUIVI</i>	114
VII.2. <i>INFORMATION DU PATIENT</i>	114
VII.3. <i>ÉVALUATION MEDICALE INITIALE</i>	115
VII.4. <i>TRAITEMENTS PRECONISES</i>	116
VII.5. <i>TRAITEMENT DES MTF</i>	116
VII.5.1. <i>Avant orchidectomie : première étape, de dévirilisation</i>	116
VII.5.2. <i>Avant orchidectomie : deuxième étape, de féminisation</i>	117
VII.5.3. <i>Après orchidectomie</i>	118

VII.5.4.	Autres traitements	118
VII.5.5.	Conclusion sur le traitement des MtF	118
VII.6.	<i>TRAITEMENT DES FTM</i>	119
VII.6.1.	Avant ovariectomie : Première étape, de déféminisation	119
VII.6.2.	Avant ovariectomie : Deuxième étape, de virilisation	119
VII.6.3.	Après ovariectomie	119
VII.6.4.	Autres traitements	119
VII.6.5.	Conclusion sur le traitement des FtM	119
VII.7.	<i>SUIVI DU TRAITEMENT</i>	119
VII.8.	<i>CAS PARTICULIER DU PATIENT INFECTE PAR LE VIH</i>	121
VIII.	L'ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE	121
VIII.1.	<i>CIBLE</i>	121
VIII.2.	<i>RESULTATS DE L'ENQUETE</i>	121
	CHIRURGIE DE REASSIGNATION	125
I.	RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET LIMITES METHODOLOGIQUES	125
II.	PREAMBULE	125
III.	CHIRURGIE MTF	125
III.1.	<i>INDICATIONS ET BUTS DE LA CHIRURGIE DE REASSIGNATION SEXUELLE POUR LES MTF</i>	125
III.2.	<i>LES TECHNIQUES CHIRURGICALES</i>	125
III.2.1.	Vaginoplastie	126
III.2.2.	Clitorolabioplastie	126
III.2.3.	Uréthroplastie	126
III.2.4.	Mammoplastie	127
III.2.5.	Modifications de la voix	127
III.3.	<i>RESULTATS EN TERME D'EFFICACITE ET DE SECURITE DE LA CHIRURGIE GENITALE</i>	127
III.4.	<i>CONCLUSION</i>	128
IV.	CHIRURGIE FTM	130
IV.1.	<i>INDICATIONS ET BUTS DE LA CHIRURGIE DE REASSIGNATION SEXUELLE POUR LES FTM</i>	130
IV.2.	<i>LES TECHNIQUES CHIRURGICALES</i>	130
IV.2.1.	Chirurgie mammaire	130
IV.2.2.	Hystérectomie, ovariectomie, colpectomie	131
IV.2.3.	Création d'organes génito-urinaires masculins	131
IV.2.4.	Fonction érectile	133
IV.2.5.	Fonction urinaire	133
IV.2.6.	Chirurgie du scrotum	133
IV.3.	<i>RESULTATS EN MATIERE D'EFFICACITE ET SECURITE DE LA CHIRURGIE GENITALE</i>	134
IV.3.1.	Résultats plastiques	134
IV.3.2.	Résultats urinaires	134
IV.3.3.	Résultats sur la fonction sexuelle	137
IV.3.4.	Résultats sur la satisfaction sexuelle	137
IV.4.	<i>CONCLUSION</i>	138
V.	L'ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE	139
V.1.	<i>CIBLE</i>	139
V.2.	<i>RESULTATS DE L'ENQUETE</i>	139
	ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE	140
I.	PRINCIPES	140
II.	L'ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE	140
III.	CONCLUSION SUR L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE	141
	PRISE EN CHARGE GLOBALE	142
	EXEMPLE DE STRUCTURE DE SOINS ET DE PARCOURS DE SOINS A L'ETRANGER ...	144
	CONCLUSIONS, PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES POUR UNE STRUCTURE D'OFFRE DE SOINS ET UN PARCOURS DE SOINS	145
I.	PROPOSITION D'UNE STRUCTURE D'OFFRE DE SOINS	146
I.1.	<i>EQUIPES DE REFERENCE MULTIDISCIPLINAIRES</i>	146
I.2.	<i>RESEAU DE SOINS</i>	147
I.3.	<i>MOYENS NECESSAIRES</i>	148
I.4.	<i>SOINS A L'ETRANGER</i>	148

I.5.	ASPECTS JURIDICO-ADMINISTRATIFS.....	148
I.6.	ACQUISITION DE NOUVELLES DONNEES.....	149
II.	PROPOSITION D'UN PARCOURS DE SOINS.....	150
II.1.	PHASE DIAGNOSTIQUE : LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.....	150
II.2.	L'EXPERIENCE EN VIE REELLE.....	152
II.3.	HORMONOSUBSTITUTION.....	153
II.3.1.	Information du patient et évaluation médicale initiale.....	153
II.3.2.	Prescription, suivi et précautions d'emploi.....	153
II.3.3.	Principes du traitement des MtF.....	153
II.3.4.	Principes du traitement des FtM.....	154
II.4.	CHIRURGIE DE REASSIGNATION.....	155
II.4.1.	Chirurgie MtF.....	156
II.4.2.	Chirurgie FtM.....	156
II.5.	L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE.....	157
II.6.	L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ENTOURAGE.....	157
II.7.	COMMUNICATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LES TRANSSEXUELS.....	157
II.8.	ETAPES DU PARCOURS DE SOINS A APPROFONDIR.....	157
	ANNEXES.....	159
	ANNEXE 1 – METHODE DES FOCUS GROUPS.....	160
I.	GENERALITES SUR LES FOCUS GROUPS.....	160
II.	QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX FOCUS GROUPS DES PATIENTS.....	160
II.1.	ENTREE DANS LA PROCEDURE DE SOINS.....	160
II.2.	ÉTAPE EVALUATION : DIAGNOSTIC ET EXPERIENCE EN VIE REELLE.....	160
III.	QUESTIONNAIRE ENVOYE AU FOCUS GROUP AVEC DES PROFESSIONNELS.....	163
	ANNEXE 2 – RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	164
I.	SOURCES D'INFORMATION.....	164
II.	STRATEGIE DE RECHERCHE.....	164
	ANNEXE 3 – ENQUETES AUPRES DES PROFESSIONNELS.....	166
I.	QUESTIONNAIRE ENVOYE POUR L'ENQUETE SUR LE DIAGNOSTIC.....	166
II.	QUESTIONNAIRE ENVOYE POUR L'ENQUETE HORMONOSUBSTITUTION.....	168
II.1.	NOM DU PRATICIEN :.....	168
II.2.	ACTIVITE.....	168
II.3.	QUAND ESTIMEZ-VOUS QUE L'HORMONOSUBSTITUTION PEUT ETRE MISE EN ŒUVRE ?.....	168
II.4.	TRAITEMENTS ADMINISTRES.....	168
II.5.	PRINCIPALES CONTRE-INDICATIONS AU TRAITEMENT.....	168
II.6.	PROBLEMES RENCONTRES.....	169
II.7.	PRESCRIPTION ET SUIVI DE L'HORMONOSUBSTITUTION.....	169
II.8.	REUNIONS PERIODIQUES.....	169
II.9.	REMETTEZ-VOUS UN DOCUMENT D'INFORMATION AUX PATIENTS AVANT LE DEBUT DU TRAITEMENT ?.....	169
II.10.	AVEZ-VOUS PUBLIE A PROPOS DE VOTRE EXPERIENCE DU TRAITEMENT DES TRANSSEXUELS ?.....	169
II.11.	QUELLES SONT VOS SUGGESTIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DE CES PATIENTS ?.....	169
III.	QUESTIONNAIRE ENVOYE POUR L'ENQUETE CHIRURGIE.....	169
	ANNEXE 4 - GROUPE DE TRAVAIL.....	172
	ANNEXE 5 – CONSULTATION PUBLIQUE.....	173
I.	NOMBRE DE REPONSES.....	173
II.	REACTIONS SUR LE CHAMP DU RAPPORT.....	173
III.	IMPACT DE L'INSATISFACTION ENVERS L'ETAT ACTUEL DU SYSTEME DE PRISE EN CHARGE SUR DES REACTIONS.....	175
IV.	REACTIONS NEGATIVES SUR LE BIEN FONDE DE LA PRISE EN CHARGE DU TRANSSEXUALISME.....	177
IV.1.	PRISE EN CHARGE HORMONOCIRURGICALE.....	177
IV.2.	PRISE EN CHARGE FINANCIERE.....	177
V.	REACTIONS SUR LA METHODE DU RAPPORT.....	177
VI.	REACTIONS SUR LES PROPOSITIONS DU RAPPORT.....	178
VII.	CONCLUSION SUR LA CONSULTATION PUBLIQUE.....	179

ANNEXE 6 – ANALYSE METHODOLOGIQUE DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TRANSSEXUELS	180
ANNEXE 7 - TABLEAUX D'EVIDENCE DES ETUDES ORIGINALES SUR L'HORMONOSUBSTITUTION	181
ANNEXE 8 : LEGISLATIONS DE PLUSIEURS PAYS	215
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	216

LISTE DES ABREVIATIONS

- AC : acétate de cyprotérone
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM : autorisation de mise sur le marché
Anaes : Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé
AVC : accident vasculaire cérébral
BSTc : noyau du plancher de la Stria Terminalis de l'hypothalamus
CMP : centre médico-psychologique
CEDH : Commission européenne des droits de l'Homme
DGS : Direction générale de la santé
DHT : 5 α dihydrotestostérone
EE : éthinyl-estradiol
E2 : 17 bêta estradiol
FSH : hormone folliculo-stimuline
FtM : abréviation anglo-saxonne : « *Female to Male* », individu initialement féminin en cours de réassignation en tant qu'être masculin
Gn-RH : *Gonadotropisme releasing hormon*
 γ G : *gamma glutamyl transpeptidase*
HAART: *highly active antiretroviral therapy*
HbA1c : hémoglobine glyquée
HBIGDA: *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*
HGPO : hyperglycémie provoquée par voie orale
HTA : hypertension artérielle
IDM : infarctus du myocarde
IMC : indice de masse corporelle
IRM : imagerie par résonance magnétique
JMC: *body mass index*
LH : hormone lutéinique
MMPI : *Minnesota Multiphasic Personality Inventera*
MtF : abréviation anglo-saxonne : « *Male to Female* », individu initialement masculin en cours de réassignation en tant qu'être féminin
NEOPI-R : Inventaire de Personnalité-Révisé
NR : non renseigné
PA : pression artérielle
PO : per os
PH. ALC. : phosphatases alcalines
PRL : prolactine
SGOT : Transaminase Glutamino-Oxaloacétique Sérique
SGPT : Transaminase Glutamique-Pyruvique Sérique
SHBG : sex hormon binding globulin
TCA : temps de céphaline activé
Td : transdermique
TP : taux de prothrombine
Ts : transsexualisme
Wais-R : *Wechsler Adult Intelligence Scale Revised*
WPATH : *World Professional Association for Transgender Health*

Introduction

DEFINITIONS

De multiples définitions du transsexualisme existent dans la littérature. L'obtention d'une définition précise et complète apparaît donc comme difficile.

Trois définitions simples peuvent être rappelées ici :

- celle de la version 10 de la classification internationale des maladies (CIM10)¹ qui décrit le transsexualisme comme « le désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré » (1) ;
- celle du Conseil de l'Europe qui définit le transsexualisme comme « un syndrome caractérisé par une personnalité double, l'une physique, l'autre psychique, la personne transsexuelle ayant la conviction profonde d'appartenir à l'autre sexe, ce qui l'entraîne à demander que son corps soit « corrigé » en conséquence »² ;
- celle de la Cour Européenne des Droits de l'homme, selon laquelle : « On entend par transsexuels les personnes qui, tout en appartenant physiquement à un sexe, ont le sentiment d'appartenir à un autre ; elles essaient souvent d'accéder à une identité plus cohérente et moins équivoque en se soumettant à des soins médicaux et à des interventions chirurgicales afin d'adapter leurs caractères physiques à leur caractère psychique. Les transsexuels ainsi opérés forment un groupe assez bien déterminé et déterminable. »³

¹ L'appel à la CIM10 n'implique pas que le transsexualisme soit considéré comme une pathologie, comme cela a d'ailleurs été précisé par les professionnels de santé consultés lors de ce travail. De même, l'utilisation par ces professionnels de la classification américaine (DSM-IV *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder* – 4^{ème} révision leur permet simplement d'établir un diagnostic différentiel (voir ci-dessous, partie « étape diagnostique »).

² Considérant 1 de la recommandation 1117 (1989) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, relative à la condition des transsexuels.

³ Point I – B / Observation de l'article 8, de l'affaire Rees c/Royaume-Uni du 10 octobre 1986, requête n°9532/81.

TERMINOLOGIE

Par convention, dans l'écriture de ce rapport, les termes suivant ont été employés :

- le terme transsexualisme (ainsi que les termes transsexuel et transsexuelle) a été le plus souvent choisi parmi les nombreux autres termes comme transgenre, trans, dysphorie de genre, trouble de l'identité sexuelle, trouble de l'identité de genre, ... ; il s'agit en effet d'un terme, bien qu'ancien, fréquemment retrouvé dans la littérature scientifique ; ceci ne signifie pas néanmoins que le rapport se limite uniquement aux seules personnes souhaitant une chirurgie de réassignation sexuelle, qui est un des emplois du terme transsexuel (voir ci-dessous les limites du champ du rapport) ; le terme transgenre aurait aussi pu être utilisé mais les définitions qui lui sont données sont très variables ;
- comme pour l'ensemble des rapports de la HAS, les termes issus du langage médical et scientifique (patient, épidémiologie, prévalence, hypothèses étiologiques, diagnostic, soins, ...) sont utilisés dans ce rapport ; ces termes sont d'ailleurs les mêmes que ceux de la littérature internationale traitant du transsexualisme (notamment les recommandations de la *World Professional Association for Transgender Health* - WPATH) et évaluant les soins reçus par les personnes transsexuelles ;
- les abréviations MtF et FtM sont utilisées pour désigner les personnes de sexe masculin voulant devenir (ou étant devenues, suivant le stade de la transition) du sexe féminin (*Male to Female*) et inversement (*Female to Male*).

LES DEMANDES D'ÉVALUATION

Plusieurs demandes ont conduit à l'élaboration de ce rapport. Certaines en sont à l'origine, ce sont les demandes initiales, d'autres sont apparues au cours de son élaboration.

I. LES DEMANDES INITIALES

Le Ministère de la Santé, représenté par la Direction générale de la santé (DGS), des associations de transsexuels (dont les requêtes étaient relayées par la DGS) et les caisses d'Assurance maladie ont demandé à la HAS de préciser les étapes et les modalités du parcours de soin des transsexuels.

- Pour **la DGS**, les protocoles de soins sont incertains.

Il n'existe pas de consensus récent explicite entre les différentes équipes françaises, les données des expériences étrangères semblent mal connues et l'on peut craindre que certains patients recourent à des traitements sans prescription ni suivi médical (hormonosubstitution en particulier).

Un état des lieux scientifique, en France et à l'étranger, apparaît nécessaire dans les trois domaines (psychiatrique, hormonal, chirurgical) de la prise en charge médicale du transsexualisme. Cet état des lieux pourrait permettre de proposer une ligne de conduite pour le diagnostic, le traitement et le suivi des transsexuels (critères diagnostiques, plateau technique, qualifications de l'équipe soignante...).

- Pour **les associations de transsexuels**, les procédures françaises actuelles sont trop lourdes.

Ces associations refusent que la définition du transsexualisme l'inclue dans les troubles mentaux. Elles critiquent souvent sa prise en charge sociale et administrative, qu'elles estiment trop limitée et trop rigide. Certaines mettent en cause des protocoles de soins utilisés en France, qui conduiraient à de mauvais résultats fonctionnels et esthétiques.

Elles aimeraient que le délai de deux ans entre le début du parcours de soins et la réassignation sexuelle retenu par certains protocoles soit réduit (le délai de mise en place du traitement hormono-chirurgical, jugé trop long, aurait conduit selon elles, certains patients à des gestes d'auto-mutilation). Elles souhaitent l'ouverture des équipes françaises aux pratiques internationales, censées être meilleures et réclament une prise en charge sociale et administrative plus souple (par exemple, remboursement de l'hormonosubstitution hors AMM, changement d'état-civil et de numéro de Sécurité sociale sans obligation de subir une intervention chirurgicale, liberté de choix des professionnels de santé, en France ou à l'étranger...).

Les demandes des associations⁴ ont été recueillies lors d'une réunion avec elles, avant le début de ce travail.

- **Les caisses d'Assurance maladie** s'interrogent sur les conditions dans lesquelles elles ont légitimité à prendre en charge les soins des patients transsexuels.

Les caisses font face à une forte augmentation des demandes de soins à l'étranger (notamment en Belgique, mais aussi en Thaïlande...) pour les actes chirurgicaux⁵, des

⁴ ASB, Autres Regards, Cabiria, CARITIG, Commission Trans d'Act Up-Paris, PASTT, Support Transgenre Strasbourg, Trans'Act, Vigitrans

⁵ En 2006, 47 demandes de prise en charge de la chirurgie de réassignation à l'étranger ont été traitées par la CNAMTS contre 32 demandes en 2000 (données de la CNAMTS) : 77 % des demandes concernaient la Belgique, 18 % la Thaïlande.

demandes de prise en charge de soins dispensés dans le secteur privé, ainsi que des demandes de prise en charge d'hormonosubstitutions prescrites hors AMM. Or, les médecins conseils n'ont pas de référentiel pour répondre à ces demandes et constatent que tout refus est très mal accepté.

Elles s'interrogent sur l'opportunité d'agréer un nombre limité d'équipes médico-chirurgicales en France, espèrent l'établissement d'un protocole de soins précis servant de guide pour les décisions des médecins conseils.

II. LES DEMANDES RENCONTREES AU COURS DE L'ÉVALUATION

Au cours de son travail d'évaluation, la HAS a également rencontré les personnes transsexuelles ainsi que les professionnels de santé qui les prennent en charge pour connaître leurs demandes et attentes (au cours de réunions de *Focus group*).

Les demandes exprimées par la plupart des transsexuels interrogés sont globalement celles que la DGS avait recueillies, puis transmises à la HAS. A savoir, une incompréhension (qui au fil des ans s'est transformée en hostilité) face à leur prise en charge médicale, sociale et financière, ainsi qu'aux démarches juridico-administratives à entreprendre parallèlement aux soins, qu'ils considèrent inadaptée, en retard par rapport à celles d'autres pays, hétérogène d'un lieu de soins à l'autre, d'un département ou région administrative, ou d'une juridiction à l'autre. Ces critiques s'adressent non seulement aux professionnels de santé mais plus largement à l'ensemble des institutions auxquelles ils doivent s'adresser : Assurance maladie et système judiciaire notamment.

Bien qu'ils n'aient pas d'eux-mêmes demandé une évaluation à la HAS, les professionnels de santé en ont exprimé le besoin avec force dès qu'ils ont été interrogés. Ils se considèrent en effet dans une situation difficile et ce pour trois principales raisons :

- relations médecin-patient parfois difficiles ;
- manque patent de moyens mis à leur disposition par le système de santé pour prendre correctement en charge leurs patients ;
- absence de reconnaissance (voire un certain ostracisme) par leurs collègues et pairs.

Au total, l'ensemble des parties prenantes dans la prise en charge médicale et médico-sociale du transsexualisme – les transsexuels, les professionnels de santé, les caisses d'Assurance maladie et le Ministère de la Santé – estiment que le système présente actuellement de nombreuses imperfections. Leurs demandes, bien que différentes, ne s'opposent que rarement et sont finalement complémentaires.

LA REPONSE DE LA HAS

I. LE CHAMP DU RAPPORT

La réponse de la HAS a consisté dans un premier temps à faire un état des lieux médico-scientifique dans les trois principaux domaines de la prise en charge médicale du transsexualisme avec l'établissement du diagnostic positif et différentiel de transsexualisme, ainsi que les techniques actuelles de « réassignation sexuelle », hormonales et chirurgicales, leurs indications, leurs contre-indications et leur ordonnancement.

Parallèlement, et conformément aux missions de la HAS, une approche plus globale a été jugée nécessaire. En effet, ce sujet ne se limite pas à sa dimension médicale, fût-elle à la fois psychique, endocrinologique et chirurgicale. C'est pourquoi les aspects socioculturels et éthiques du transsexualisme, ainsi que les multiples aspects juridiques, sont également évoqués dans le contexte. Ces deux chapitres ont pour but de définir les problèmes et poser les questions, relatifs à ces dimensions.

Cette approche globale a pour ambition non seulement de favoriser une amélioration de la qualité des soins (diagnostic, traitement et suivi), mais aussi de répondre aux autres attentes formulées par les différents partenaires. Les transsexuels souhaitent le meilleur résultat. Les équipes soignantes pluridisciplinaires, engagées dans une tâche difficile, soumises à des exigences croissantes, veulent pouvoir y répondre au mieux. Les caisses d'Assurance maladie, décideuses de la prise en charge financière des soins prescrits, sont soucieuses de fonder solidement leurs choix. Les pouvoirs publics, garants du respect des droits de la personne, et de l'offre des meilleurs soins, sont désireux d'être bien informés sur toutes les facettes d'un sujet complexe.

Pour tenter de répondre à cette problématique complexe, **la HAS a choisi de faire intervenir l'ensemble des acteurs** afin d'écouter leurs points de vue et de proposer une position acceptable pour tous.

S'agissant d'un des premiers rapports en France sur le transsexualisme, son champ a été limité aux personnes adultes désirant vivre et être reconnues comme des personnes appartenant au sexe opposé à leur sexe biologique, qu'elles souhaitent ou pas réaliser une chirurgie de réassignation sexuelle. Il n'aborde donc pas la prise en charge des enfants naissant avec des ambiguïtés sexuelles, des mineurs transsexuels et celle des adultes ne se considérant pas exclusivement homme ou femme. Au niveau des interventions, sont quasi uniquement traitées l'hormonosubstitution et la chirurgie de réassignation ; les autres soins comme les interventions sur le visage ou la rééducation orthophonique, ne sont pas abordés. Ces thèmes non abordés pourront être traités par ailleurs et dans un second temps.

Au total, ce rapport traitera de l'ensemble de la prise en charge du transsexualisme de l'adulte par le système de santé. Du point de vue médical, trois points seront particulièrement étudiés : le diagnostic, l'hormonosubstitution et la chirurgie de réassignation. Le sujet du transsexualisme débordant le seul cadre médical, seront aussi soulevées les questions socioculturelles et les questions juridiques.

Dans tous les cas, des propositions tenteront d'éclairer les décideurs et les professionnels pour une amélioration de la prise en charge des transsexuels.

II. PRESENTATION GENERALE DE LA METHODE D'ELABORATION DU RAPPORT

Plusieurs étapes ont conduit à l'élaboration de ce rapport :

- les positions et attentes des différents acteurs et demandeurs ont été recueillies lors des réunions avec les décideurs institutionnels (le ministère de la Santé et les caisses d'Assurance Maladie, les associations de transsexuels et les professionnels de santé ; elles ont été résumées et présentées dans l'Introduction ;
- l'opinion de professionnels de santé et de transsexuels sur la situation actuelle a également été recueillie lors de réunions de *Focus group* (Annexe 1) ;
- les données de la littérature scientifique concernant le diagnostic, l'hormonosubstitution et la chirurgie de réassignation ont été analysées selon les règles de la médecine fondée sur les preuves (*Evidence-Based Medicine*) après une recherche documentaire systématique (Annexe 2) ;
- trois enquêtes ont été menées auprès des praticiens français (psychiatres, endocrinologues et chirurgiens) prenant en charge des transsexuels, afin d'avoir des données de pratique, de connaître et d'intégrer leur expérience (Annexe 3) ;
- l'analyse des données de la littérature et les résultats de l'enquête ont été discutés lors de deux réunions avec un groupe de travail constitué de représentants des équipes pluridisciplinaires françaises publiques constituées (Annexe 4) ;
- des contacts ont été pris avec des pays européens pour connaître l'offre de soins et le parcours existant dans leurs pays ;
- enfin, le rapport issu de ces étapes a été présenté aux professionnels de santé du groupe de travail et aux associations de transsexuels identifiées⁶, puis soumis à la relecture d'une des équipes les plus reconnues (celle du Pr MONSTREY à Gand, Belgique) et à une consultation publique sur le site Internet de la HAS ; les commentaires de l'équipe belge et les avis recueillis lors de la consultation publique ont été analysés et le cas échéant intégrés dans le rapport (Annexe 5).

Le rapport intègre et synthétise les résultats de chacune de ces étapes.

⁶ ASB, CARITIG, C'est pas mon genre, Chrysalide, Commission Trans d'Act Up-Paris, Mutatis Mutandis, PASTT, Trans-Aide

Contexte

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Il n'existe pas d'études épidémiologiques concernant la prévalence du transsexualisme dans l'enfance. Pour les populations âgées de 15 ans ou plus, les estimations de prévalence / incidence sont basées sur le nombre de transsexuels traités dans des centres ou sur des enquêtes auprès de psychiatres concernant le nombre de transsexuels traités dans un pays ou une région précise.

En Europe, une revue de la littérature de 1996 (2) a comparé les données d'incidence, de prévalence et de sex-ratio sur plusieurs périodes (1960-1996). L'incidence semblait demeurer constante tandis que la prévalence augmentait sur les périodes étudiées. Les premières données (années 70-80) rapportaient des prévalences très variables selon les études : 1 : 100 000 à 1 : 24 000 pour les MtF et 1 : 400 000 à 1 : 100 000 pour les FtM. Les études plus récentes rapportaient les prévalences suivantes : 1 : 30 000 pour les MtF et 1 : 100 000 pour les FtM. Alors que le sex-ratio MtF/FtM était estimé à 3 : 1, les données les plus récentes montraient dans certains pays (Suède, Angleterre) une différence plus modérée voire une égalité.

Une revue récente de la littérature (3) a répertorié les principales études de prévalence. Toutefois la méthodologie de recherche n'était pas précisée, d'autres études ont été retrouvées, l'ensemble des études est résumé dans le *Tableau 1*.

Tableau 1. Taux de prévalence du transsexualisme.

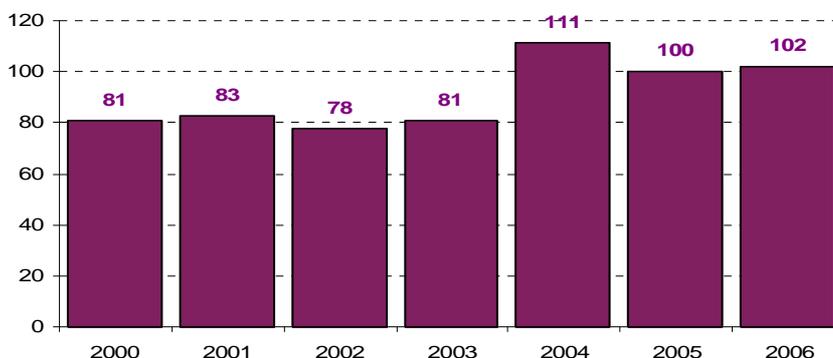
Auteurs	Année	Pays	MtF	FtM	Homme : femme
Tsoi (4)	1988	Singapour	1 : 2 900	1 : 8 300	3 : 1
Bakker <i>et al.</i> (5)	1993	Pays Bas	1 : 11 900	1 : 30 400	2,5 : 1
Weitze et Osburg (6)	1996	Allemagne	1 : 36 000	1 : 94 000	2,3 : 1
Wilson <i>et al.</i> (7)	1999	Ecosse	1 : 7 400	1 : 31150	4 : 1
Cohen- Kettenis et Gooren (8).	1999	Pays bas	1 : 11 900	1 : 30400	2,5 : 1
<i>Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición</i> (9).	2002	Espagne	1 : 17304	1 : 43 260	2,5 : 1
De Cuyper <i>et al.</i> (10)	2007	Belgique	1 : 12 900	1 : 33800	2,4 : 1

Dans l'étude écossaise de 1999 (7), un tiers des patients concernés avaient consulté dans les 12 mois écoulés, ce qui souligne une augmentation récente de la demande de soins.

L'étude belge (10) a été réalisée par les équipes médicales de ce pays auprès de leurs patientèles.

La littérature actuelle (2,11) met donc en évidence un nombre croissant de demandes de traitement par des patients, ce qui peut refléter à la fois une meilleure accessibilité des soins et une moindre stigmatisation sociale des transsexuels.

En France, aucune donnée épidémiologique précise et récente n'a été identifiée. On dispose seulement du bilan chiffré réalisé par l'Assurance maladie, des demandes de prise en charge de chirurgie de réassignation pour des assurés du Régime général de 2000 à 2006 (*Figure 1*). Ces chiffres ne peuvent toutefois pas être corrélés au nombre réel de nouveaux cas de transsexuels par an.

Figure 1. : Nombre total de demandes par an, de 2000 à 2006

Au total, les données épidémiologiques actuelles, et en particulier les données françaises, sont insuffisantes pour obtenir une estimation fiable de la prévalence et de l'incidence des personnes transsexuelles. Néanmoins, à partir des données les plus récentes, l'approximation d'une prévalence située entre 1 : 10 000 et 1 : 50 000 pourrait être faite, ce qui indiquerait alors que le transsexualisme n'est pas un phénomène exceptionnel.

Des études épidémiologiques seraient nécessaires pour apprécier assez précisément le nombre de transsexuels pour adapter l'offre de soins à fournir aux transsexuels en France.

Prévalence de l'infection à VIH

Dans une revue systématique de la littérature (12), la prévalence du VIH et les attitudes à risques ont été recherchées dans la population transsexuelle des Etats-Unis. Une méta-analyse a été réalisée permettant de calculer une prévalence de 27,7 % de patients VIH MtF (IC 95% 24,8-30,6) (testés), et de 11,8 % en déclaratif (IC 95 % 10,5-13,3). Les taux sont plus élevés chez les afro-américains. Des pourcentages importants de MtF (27-48 %) rapportent des attitudes à risques (rapports non protégés, partenaires multiples, prostitution). Les taux de prévalence de l'infection au VIH et l'attitude à risques sont bas chez les FtM (12).

Une deuxième méta-analyse a été réalisée (13), sur la prévalence de l'infection au VIH chez les prostitués MtF. La prévalence est de 27,3 % chez les prostitués transsexuels, 14,7 % chez les transsexuels MtF non prostitués, 15,1 % chez les prostitués hommes et 4.5% chez les prostitués femmes. Le risque relatif est significativement plus important chez les prostitués MtF (RR = 4,02, IC 95 % : 1,6 à 10,11) que chez les prostituées non transsexuelles, cependant les études sont hétérogènes.

De ces études, il ressort que la prévalence de l'infection à VIH peut être élevée chez les MtF ; des campagnes d'information (prévention, soins, ...) sont donc nécessaires. Pour la prévalence de l'infection à VIH également, les données publiées sont peu nombreuses.

HYPOTHESES ETIOLOGIQUES

La définition du transsexualisme est purement clinique et son étiologie exacte n'est pas encore connue. Plusieurs hypothèses sont avancées, et parfois vivement controversées. Il semblerait que la survenue du transsexualisme résulte de processus biologiques, psychologiques et sociaux interférant avec la construction de l'identité sexuelle (14).

I. HYPOTHESES PSYCHO-FAMILIALES

I.1. Facteurs parentaux et familiaux dans le développement du transsexualisme

Il est admis que les parents influencent le développement du comportement sexuel dimorphique, mais d'une façon beaucoup plus complexe que dans la théorie de l'apprentissage social. L'étude du devenir d'enfants porteurs de malformations ambiguës des organes génitaux externes montrent qu'un enfant s'adapte au rôle sexuel dans lequel il est éduqué, même si son sexe génétique et/ou gonadique est différent (15).

Une réponse positive des parents au comportement transsexuel de leurs enfants serait un facteur de renforcement et d'encouragement (15). Le manque de réactivité parentale semble avoir une valeur étiologique. Les raisons de cette tolérance parentale peuvent être liées aux valeurs attribuées au développement psychosexuel, au retour des professionnels considérant le comportement de l'enfant comme dans les limites de la normalité ou comme une phase passagère, aux conflits parentaux concernant masculinité et féminité ou au désaccord des parents quant à la réponse à donner à l'attitude de leur enfant (16).

Des cliniciens ont également suggéré que les parents de transsexuels auraient trop désiré un enfant du sexe opposé et l'auraient élevé comme tel (16).

Les relations mère-enfant et père-enfant montrent de fréquentes altérations chez les enfants avec un trouble de l'identité sexuelle (16).

Les mères de garçons seraient plus dépressives et auraient des troubles discrets de la personnalité avec une attitude parentale encourageant la symbiose et décourageant l'autonomie (17).

Une étude incluant 124 enfants et adolescents référés à une clinique spécialisée (18) montrait la présence, dans les familles concernées, d'un très fort pourcentage de problèmes de santé mentale (38 %, y compris les parents) et de problèmes de santé physique (38 % également). Ces jeunes patients présentaient des difficultés relationnelles avec les parents dans 57 % des cas et avec leurs pairs dans 52 % des cas. Parmi eux et plus particulièrement parmi les garçons, 33 % étaient victimes de persécutions ou de harcèlement.

I.2. Un modèle théorique pour comprendre le développement du transsexualisme chez l'enfant

Bradley et Zucker (15) ont suggéré qu'une réactivité constitutionnelle au stress, des difficultés précoces d'attachement et des facteurs familiaux ou situationnels provoquent une vulnérabilité et aggravent une anxiété et un sentiment d'insécurité chez l'enfant. L'apparition spécifique du trouble de l'identité sexuelle plus que d'un autre trouble pourrait être liée à des facteurs dynamiques parentaux (tolérance du comportement transsexuel de l'enfant) ou à des facteurs dynamiques propres à l'enfant lui-même (niveau d'activité ou sensibilité). Une fois engagé dans un comportement transsexuel, et notamment si son identité sexuelle n'est pas encore consolidée, l'enfant pourrait évoluer avec sa propre identité transsexuelle, qui revêtirait une fonction défensive, particulièrement en l'absence d'amélioration des facteurs aggravants.

II. HYPOTHESES BIOLOGIQUES

II.1. Différence entre transsexualisme et Intersexualité

Le DSM IV précise que le transsexualisme doit être différencié de l'intersexualité, qui s'accompagne de caractéristiques physiques et hormonales telles que le sujet se trouve anatomiquement et physiologiquement, entre l'homme et la femme.

Une revue de la littérature (19) a estimé que la fréquence d'une telle indifférenciation sexuelle (sujets se trouvant en dehors de la normalité dimorphique mâle ou femelle aux niveaux chromosomique, gonadique, génital ou hormonal) pourrait atteindre 2 % des naissances. Cette étude souligne que seulement 0,1 à 0,2 % de ces naissances reçoivent une chirurgie génitale « correctrice ».

Des recommandations (20,21) ont été émises quant à la prise en charge de ces enfants. Ils doivent être adressés le plus tôt possible à un groupe pluridisciplinaire de spécialistes : chirurgiens, urologues, gynécologues et endocrinologues pédiatriques avec leurs équipes d'infirmières spécialisées, généticiens, biochimistes et psychologues.

L'approche thérapeutique de ces cas d'intersexualité a été modifiée : on attend désormais que l'identité sexuelle de l'enfant se développe avant de recourir à une chirurgie arbitraire irréversible. Cette position, étayée par des échecs liés à « l'imposition d'une identité sexuelle » dès 2 ans, souligne que les facteurs qui affectent la différenciation sexuelle des organes génitaux, des gonades et du cerveau sont à la fois génétiques, hormonaux et environnementaux (22,23). Le neurodéveloppement cérébral est un facteur déterminant dans l'identité sexuelle, au delà des caractéristiques génitales et du rôle social attribué dès la petite enfance.

II.2. Hypothèses liées à une anomalie des déterminants hormono-cérébraux durant la période fœtale.

Selon certaines hypothèses, l'identité sexuelle pourrait être perturbée par une exposition hormonale anormale *in utero*, par une insensibilité cérébrale aux hormones sexuelles ou aux neurotransmetteurs correspondants, ou par une modification des noyaux centraux de l'hypothalamus. Toutefois, les processus de différenciation sexuelle au niveau cérébral sont encore peu connus et les incertitudes sont nombreuses (14).

L'hypothèse avancée dans le transsexualisme évoque une anomalie dans l'exposition aux androgènes prénataux.

Le syndrome d'insensibilité aux androgènes (SIA) se caractérise par une incapacité totale ou partielle des organes d'un fœtus ayant des chromosomes XY à répondre aux androgènes, ce malgré la présence de testicules fonctionnels, avec production, transport et métabolisme normaux de la testostérone. Il existe un déficit plus ou moins important de masculinisation ; on peut rencontrer des caractéristiques sexuelles typiquement féminines (SIA complète) ou ambiguës (SIA partielle). Selon le degré de masculinisation des organes génitaux, l'enfant peut être alors élevé comme une fille ou un garçon (24). Une forme de SIA limitée à certaines structures cérébrales, peut-être hypothalamiques, pourrait être en cause dans le transsexualisme.

Cette hypothèse neurobiologique a été soutenue par les résultats d'une seule étude post-mortem sur le cerveau (25) qui montrait chez des transsexuels MtF une structure cérébrale de type féminin (volume réduit de la partie centrale du plancher de la *stria terminalis* de l'hypothalamus). Néanmoins il n'a pas été identifié d'autres études soutenant cette hypothèse.

Le résultat ne peut donc, être considéré comme définitif. En effet, comme la taille des structures cérébrales peut être modifiée par des facteurs pré-mortem (type d'agonie) ou post-mortem (temps de fixation), certains auteurs estiment que les mesures de volume

seules sont insuffisantes et qu'il faut évaluer le nombre de cellules de ces structures cérébrales (23).

Ainsi, une autre étude (26) a déterminé le nombre de neurones exprimant la somatostatine dans la partie centrale du plancher de la *stria terminalis* de l'hypothalamus (BSTc) en fonction du sexe, de l'orientation sexuelle, de l'identité sexuelle et du statut hormonal présent ou passé. Il en ressortait que les hommes avaient deux fois plus de neurones exprimant la somatostatine que les femmes ($p < 0,006$). Le nombre de neurones dans le BSTc des transsexuels MtF était comparable à celui des femmes ($p = 0,83$, différence non significative) et celui des transsexuels FtM était comparable à celui des hommes. Le traitement hormonal ou les variations du taux d'hormone sexuelle à l'âge adulte ne semblait pas avoir influencé le nombre de neurones du BSTc.

La mise en cause du rôle possible de neurones à somatostatine a conduit à étudier *in vivo* la densité de récepteurs à la somatostatine dans certaines régions du cerveau (frontal et cérébral) dans les deux sexes (27) ; il semblerait que les récepteurs à la somatostatine soient plus nombreux chez l'homme.

Tous ces mécanismes potentiellement impliqués dans la différenciation sexuelle des noyaux hypothalamiques, les facteurs pré et postnataux influençant ce processus et les conséquences fonctionnelles de ces différences morphologiques et fonctionnelles méritent toutefois d'être élucidés et confirmés.

II.3. L'hypothèse d'une composante héréditaire est également avancée.

Une étude rétrospective a estimé la prévalence de trouble de l'identité de genre à 2,3 % dans une population de 314 jumeaux (28). Des cas de co-occurrence au sein de familles ont été également rapportés ; les auteurs suggèrent que les marqueurs génétiques pourraient apporter de l'aide (29).

II.4. Hypothèse de l'exposition chimique prénatale

L'exposition à certains anti-épileptiques (phénobarbital et phénytoïne) pourrait affecter le niveau d'hormones stéroïdes et en conséquence la différenciation sexuelle. Une étude rétrospective (30) a montré que certains sujets exposés rapportaient des troubles de l'identité sexuelle, actuels ou passés.

Au total, de multiples hypothèses de différents ordres (psycho-familiaux, génétiques, hormonaux...) ont été avancées dans le but de trouver la (ou les) origine(s) du transsexualisme, mais aucune ne s'appuie encore aujourd'hui sur un corpus suffisant de données (elles sont encore en effet très parcellaires et de qualité méthodologique médiocre) pour être considérées comme validées.

TRANSSEXUALISME ET SOCIETE

Le transsexualisme comporte une dimension qui dépasse la seule dimension médico-scientifique. De ce fait, il est apparu nécessaire d'intégrer un chapitre ouvrant sur la dimension sociétale du transsexualisme pour apporter un aperçu possible des questions de société que suscite ce sujet.

Pour ce faire, Mme Marcela IACOUB, auteur de nombreux articles et ouvrages sur ce sujet a été invitée à écrire ce chapitre. D'autres points de vue à coup sûr différents, existent ; le but ici n'était cependant pas d'en faire un panorama complet et exhaustif mais seulement de donner une illustration de cette dimension sociétale.

Ce chapitre n'engage donc que la vision de l'auteur et ne sert qu'à indiquer que le sujet suscite un débat de société ; il ne s'agit pas d'une position formelle de la HAS.

I. INTRODUCTION

Les revendications que les personnes qu'on appelle « transsexuelles » adressent aux pouvoirs publics se formulent dans le langage contemporain des minorités. Pourtant, on exige ici de l'État bien plus que de garantir l'égalité, octroyer des droits ou empêcher des discriminations ; on lui demande d'intervenir activement pour aider, aussi bien médicalement que financièrement, les personnes transsexuelles à réaliser leur propre transsexualisme, d'abord, à faire entériner juridiquement ce changement ensuite. La revendication n'est donc pas seulement de reconnaissance d'un état de fait, mais aussi de *transformation* d'un état de fait. L'État doit non seulement autoriser ou interdire les atteintes irréversibles sur le corps de ces personnes que la réassignation sexuelle implique, mais aussi décider de la prise en charge ou non par la communauté des frais des actes médicaux qu'elle nécessite. Cela relève d'autant plus de sa responsabilité qu'en France, ces interventions hormonales et chirurgicales sont actuellement des conditions pour que les personnes transsexuelles aient le droit de demander un changement de sexe à l'État civil, et puissent aspirer ainsi à harmoniser leur existence juridique avec leur apparence physique. Cette ambiguïté entre le fait accompli et la transformation à accomplir fait toute la difficulté éthique des politiques publiques sur cette question.

Depuis plusieurs années, des personnes transsexuelles, mais aussi des professionnels de santé et les institutions qui s'occupent de prendre en charge leur demande se plaignent des insuffisances et des incohérences de l'encadrement normatif. Les procédures médicales et administratives de prise en charge sont, selon eux, trop coûteuses, lentes, inévitables voire même insatisfaisantes du point de vue de leurs résultats fonctionnels et esthétiques et font l'objet de litiges toujours plus nombreux. Il en va de même des procédures judiciaires, jugées toujours selon eux arbitraires, imprévisibles et lourdes. Il est vrai que, comme bien d'autres pays européens, la France manque d'une législation sur cette question. Le dispositif actuel est le résultat d'un ensemble de procédures et de pratiques établies au coup par coup, ce qui explique en partie leur manque de cohérence et d'unité.

Ces dysfonctionnements font naître une insatisfaction de plus en plus vive, car ils sont perçus comme la conséquence non des difficultés techniques, mais d'une position morale et politique à l'égard du transsexualisme qui est perçue comme dépassée. En effet, ce dispositif semble le produit d'une époque dans laquelle cette minorité sexuelle éveillait moins la compréhension et le respect que la crainte et le désarroi. On sait qu'en France, pendant de longues années, les médecins ne pouvaient justifier une intervention de réassignation sexuelle que par la crainte que le patient mette fin à ses jours si sa demande était repoussée. Et les juges refusaient souvent d'admettre les changements

d'état civil, jusqu'à ce que la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) les oblige à le faire, en 1992.

Depuis, la situation de la minorité transsexuelle en Europe n'a cessé de s'améliorer, grâce aux décisions de la CEDH et aux changements de législation des Etats de l'Union qui ont suivi et parfois anticipé ces décisions. Une telle évolution s'explique par celle des règles sexuelles, procréatives et familiales advenues dans le passé récent. En effet, la réponse d'une société à une demande de changement de sexe est directement liée à la manière dont elle organise les mœurs, c'est-à-dire aux politiques des sexes et des sexualités.

Il semble aujourd'hui opportun de repenser le dispositif français actuel pour construire un nouveau cadre capable de prendre en considération ces évolutions.

Dans ces quelques réflexions, nous ferons d'abord brièvement référence aux origines du transsexualisme et à son évolution médicale, politique, juridique et morale afin d'expliquer pourquoi la situation que la France réserve aujourd'hui à cette minorité peut paraître incohérente.

Puis, nous envisagerons les différentes issues qui s'offrent à la France pour combler l'écart que l'histoire a ouvert entre la réponse française à la demande transsexuelle et l'état actuel de la société, tout en insistant sur le fait qu'il n'y a pas une seule solution mais plusieurs pour atteindre cet objectif de mise en cohérence. Aucune trajectoire historique n'est fatale, le présent est traversé par des forces contradictoires qui nous mettent dans des situations où nous avons à choisir entre plusieurs solutions, donc entre plusieurs avenir. Mais ces choix, comme celui que la société française devrait faire aujourd'hui à propos des transsexuels, ne se font pas entre une infinité de possibilités. Les conséquences de celles-ci doivent être précisées, pour permettre le choix le plus éclairé possible. Dans ce but, nous serons attentifs aux solutions choisies très récemment par l'Espagne et la Grande Bretagne et à leurs implications morales et politiques.

Enfin, nous évoquerons d'autres voies plus radicales, qui pourraient faire un jour de la question du transsexualisme non pas seulement un problème, mais aussi un élément de la solution de certaines des contradictions qui hantent l'ordre de la société actuelle.⁷

II. ORIGINES ET EVOLUTIONS DU TRANSEXUALISME

II.1. Origines et évolution du contexte

Le 1^{er} décembre 1952, le public apprenait, à travers un article publié dans le *Daily News* de New York, la métamorphose de George W. Jorgensen devenu, par la grâce d'une intervention médico-chirurgicale réussie, Christine Jorgensen, première transsexuelle « officielle » de l'histoire. Christine Jorgensen n'était pourtant pas la première à avoir fait l'objet d'une réassignation sexuelle. Mais grâce à la médiatisation de sa conversion, le transsexualisme devenait une réelle alternative pour des milliers d'individus souffrant de dysphorie de genre, confrontant ainsi les sociétés occidentales à une nouvelle question politique et sociale.

Le mot transsexualisme, qui devait définir cette conversion si médiatisée ainsi que le syndrome auquel elle répondait, fut mis en vedette quelques mois plus tard dans un article du sexologue Harry Benjamin : *Travestism and Transsexualism*⁸. Dans son célèbre ouvrage *The Transsexual Phenomenon*, écrit en 1966, Harry Benjamin proposa une étiologie somatique et non pas psychiatrique du transsexualisme, l'attribuant à des

⁷ Pour les arrêts nationaux et européens ainsi que pour la législation des différents pays à propos du transsexualisme, voir ci-dessous, partie « Aspects juridiques actuels en France et en Europe ».

⁸ *International Journal of Sexology*, 1953, vol 1, n°7, p 12-13.

accidents hormonaux subis par le fœtus pendant la vie intra-utérine et rattachant ce syndrome aux états intersexuels⁹.

Cependant, Benjamin n'avait pas inventé ce néologisme, déjà employé en 1949 par David. O. Cauldwell, dans un article intitulé *Psychopathia transsexualis*¹⁰ en hommage implicite à l'œuvre de Krafft-Ebing.

Bien avant que la nouvelle de la transformation de Christine Jorgensen ne fasse le tour du monde, le fait de chercher à emprunter les apparences du sexe opposé pour mieux ressembler à soi-même, dans la conviction inébranlable d'être emprisonné dans un corps qui n'est pas le sien, a été décrit au moins une fois, dès le milieu du 18^{ème} siècle¹¹. Plus tard, dans la première moitié du 19^{ème} siècle, Esquirol rapporte le cas de deux sujets tenus pour fous, un homme et une femme qui avaient été jusqu'à leur mort taraudés par la conviction d'habiter un corps sexué de façon erronée¹². Néanmoins, jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, la psychiatrie n'a pas la même clarté qu'Esquirol pour décrire les symptômes de ceux qui se pensent enfermés dans un corps inadapté et elle n'est pas en mesure d'établir une distinction claire entre l'homosexualité, le travestisme et le transsexualisme.

Ce n'est qu'en 1910 que Magnus Hirschfeld, dans son essai *Die Transvestiten*, définit les individus qui ont la conviction d'appartenir au sexe opposé comme une catégorie différente des hermaphrodites et des homosexuels. Mais Hirschfeld ne se contente pas de spécifier les caractéristiques de ce syndrome. Il donne au désir de changer de sexe la possibilité de devenir une réalité. Ainsi, il procède en 1912 à une mammectomie et une hystérectomie, suivies en 1921 d'une ovariectomie, à la demande d'une patiente qui désirait une réassignation sexuelle. Selon Joanne Meyerowitz, il y aurait eu un précédent à ces premières interventions à New York en 1902, date à laquelle Earl Lind réussit à convaincre son médecin de le castrer. En sens inverse, c'est en 1917, toujours à New York, qu'une femme persuade le psychiatre Joshua Gilbert de faire pratiquer chez elle une hystérectomie, d'abord justifiée par des règles douloureuses, ensuite parce que, depuis sa plus tendre enfance, cette femme se sent un garçon. C'est en connaissance de cause et pour « guérir » le malaise dans le genre dont sa patiente est victime que Gilbert préconise l'ablation de son utérus¹³.

⁹ Cette théorie a eu un grand succès car elle revenait à faire du transsexuel un malade du corps et non pas de l'esprit et donc à faciliter la viabilité de la demande de changement de sexe. L'une des premières associations de défense du transsexualisme en France, créée en 1993 choisit de s'appeler L'ASB, l'Association du Syndrome de Benjamin.

¹⁰ *Sexology*, décembre 1949. Cité par Laure Murat, *La loi du genre, Une histoire culturelle du « troisième sexe »*, Paris, Fayard, 2007, p 193. En 1923, Hirschfeld avait inventé le terme de « transsexualisme spirituel », mais il ne l'employait que pour signaler une forme d'inversion.

¹¹ L'auteur de ce récit est le célèbre avocat François Gayot de Pitaval. « Mademoiselle Rosetta », née homme en 1678, est morte « presque femme » en 1725, laissant un testament que ses héritiers firent casser. Pour cela, ils avaient affirmé que cet individu était fou et pour le prouver, l'on s'était contenté d'invoquer que « Mademoiselle Rosetta » se déguisait selon les accoutrements de l'autre sexe, auquel « il » empruntait aussi les manières et la voix, se plaignant en outre de ses « incommodités ». Sans faire appel à aucune expertise médicale, on avait déduit la folie de cet homme de sa conviction d'être femme. Sa raison ne pouvait être qu'absente, vu l'incongruité et l'absurdité qui consistaient à faire des choses contre ses propres intérêts. C'est en ces termes que l'auteur de ce récit rapporte, dans ses *Causes célèbres*, la folie de Mademoiselle Rosetta : « Voici un homme dont le cerveau est autrement fabriqué que celui des autres, qui, méconnaissant les prérogatives de son sexe, s'imagine que celui qui est le plus faible lui est supérieur. On rapporte le trait d'un homme qui remerciait Dieu tous les jours de ce qu'il était né catholique, et non d'une autre religion ; homme, et non femme ; Français, et non Italien. En un mot, en comparant les deux conditions d'homme et de femme : quelle est la femme qui ne gémit de sa sujétion, de sa dépendance, et de son esclavage. » Cf. Alain Chevrier, *Histoire de Mademoiselle Rosetta* (Paris, Gallimard, 2007, pp 22 et 23). Ce livre contient le « Testament cassé d'un homme qui croyait être fille », paru dans « *Causes célèbres et intéressantes, avec les jugements qui les ont décidées* », recueillies par M. *** , Avocat au Parlement, t XVIII, Paris, Theodore Legras, 1741, pp 226-306 (BN 16°F 3121, 18).

¹² E. Esquirol, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et medico-légal*, t 1, JB Baillière, 1838, p 522. Ce texte avait été repris du mémoire rédigé en 1811 par le même auteur et intitulé « *De la dénomomanie* ».

¹³ Après l'opération, la patiente, devenue Allan Hart, réussit à changer d'état civil, se marie deux fois et mourra d'une crise cardiaque en 1962 à l'âge de soixante-douze ans, après une vie et une carrière heureuse de médecin et d'écrivain. Cf *How Sex Changed : A History of Transsexuality in the United States*, Cambridge, Massachusetts, Londres, Angleterre, Harvard University Press, 2002.

La première opération de construction d'un vagin artificiel a lieu en 1931 sur Rudolf Richter, devenu Dora, une patiente de l'Institut de Hirschfeld. La castration, réalisée en 1922, avait eu pour effet le développement des seins de Dora, la régression de sa pilosité et la féminisation de ses formes et de ses tissus. En 1931, à l'âge de quarante ans, cette patiente obtint du Docteur Levy-Lentz, qui avait rejoint le centre d'Hirschfeld en 1925, une ablation du pénis. Quelques mois plus tard, Dora se fit construire un vagin artificiel par le Professeur Gohrbandt à l'Urban Krakenhaus de Berlin, achevant ainsi la première réassignation sexuelle complète de l'histoire.

Les phalloplasties furent plus tardives et beaucoup moins réussies que les vaginoplasties. Les premières – sans rapport avec le transsexualisme – avaient été tentées dès 1916 sur des mutilés de guerre. En 1936, le médecin russe Nikolai Bogoraz réussit la première phalloplastie réparatrice avec un tube et des greffes de peau prélevés sur l'abdomen chez un homme dont la femme avait sectionné le pénis. Mais il faut attendre 1948 pour que le premier transsexuel bénéficie d'une telle intervention, qui reste difficile, complexe, et aux résultats aléatoires.

L'apparition de ces nouvelles notions et de ces nouvelles pratiques au début du 20^{ème} siècle est étroitement liée à d'importantes évolutions des idées dans le domaine médical aussi bien que politique, social aussi bien que juridique. Ces évolutions se sont poursuivies depuis et leur bref examen nous sera utile pour mieux comprendre la situation actuelle.

II.2. Évolutions médicales – chirurgie, hormonosubstitution, psychiatrie

Le transsexualisme, en tant qu'intervention médicale sur le corps, est lié à un contexte précis dans lequel il est admis de procéder à une intervention sur les organes sexuels pour les supprimer, voire les transformer.

Au début du 20^{ème} siècle, certains pays comme l'Allemagne ou les Etats-Unis ont mis en place des thérapeutiques visant à intervenir sur les organes sexuels de criminels, ainsi que de personnes présentant des états intersexuels¹⁴. Ce qui veut dire, en substance, que lorsque Magnus Hirschfeld pratique les premières interventions de réassignation sexuelle, il le fait dans un contexte où ces interventions sont admises pour d'autres fins, ce qui les rend acceptables. De plus, ces interventions sont facilitées par l'essor de la chirurgie esthétique, (1870-1900) grâce à l'utilisation de l'anesthésie et de l'asepsie. La nouvelle philosophie médicale liée au triomphe de cette nouvelle branche de la chirurgie est particulièrement importante pour l'apparition du transsexualisme et pour son développement ultérieur. L'idée selon laquelle il est légitime d'intervenir sur un corps sain pour guérir le psychisme malade de ce corps, l'idée selon laquelle l'apparence corporelle n'est pas une donnée naturelle et intouchable mais qu'elle doit obtenir l'approbation de celui qui s'y trouve « enrhumé » est fondamentale pour l'essor de ces nouvelles interventions médicales¹⁵.

Même si, au début du XX^{ème} siècle, l'endocrinologie n'est qu'à ses débuts, la découverte du rôle des hormones sexuelles en 1910 est un autre apport fondamental dans l'apparition du transsexualisme. Magnus Hirschfeld suit au début des années 1910 les expériences du Dr Steinach à Vienne sur des rats dont les mâles ont été féminisés par des greffes d'ovaires et les femelles virilisées par des greffes de testicules. Il pratiquera

¹⁴ Sander L. Gilman, *L'incroyable histoire de la chirurgie esthétique*, in Angelika Taschen (ed) *La chirurgie esthétique*, Köln, Londres, Los Angeles, Madrid, Paris, Tokio, Taschen, 2005, pp 60 à 108.

¹⁵ Voir à ce sujet la très intéressante étude de Bernard Devauchelle *La Chirurgie esthétique*, in Dominique Lecourt (dir) *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF 2004, pp237 à 243. Cet auteur rappelle les liens entre la naissance de la chirurgie esthétique et celle de la psychanalyse par le biais des réflexions d'Adler, disciple et ami de Freud, lequel se serait disputé avec lui à ce sujet. La chirurgie esthétique retrouvait dans « *la théorie d'infériorité organique qu'Adler faisait de la réponse psychologique du corps à la maladie et à la dégénérescence, ses références somatiques (...) Ainsi justifiée, déculpabilisée d'être un acte contre nature, la chirurgie se développa à partir de cette période et entre les deux guerres.* »

lui-même des injections hormonales sur ses patients. Néanmoins, il faudra attendre la fin des années 1930 pour que des hormones synthétiques soient disponibles.

En dehors de ce contexte technico-scientifique, l'apparition du transsexualisme est héritière de l'énorme travail théorique et politique réalisé par des médecins allemands entre la fin du 19^{ème} et le début du 20^{ème} siècle¹⁶.

La psychiatrie européenne, qui s'est très peu préoccupée de la sexualité pendant la première moitié du 19^{ème} siècle, s'en empare à partir de 1850. Peu à peu, la place qui revenait aux doctrines religieuses pour condamner la sexualité déviante échoit aux médecins, qui s'appuient sur l'autorité incontestable de la science¹⁷. Les paramètres à l'aune desquels ils établissent les notions de normalité et d'anormalité pour qualifier les comportements sexuels viennent néanmoins encore des anciennes théories chrétiennes, qui ont établi une fois pour toutes que la seule sexualité qui ne tombe pas dans le péché est celle techniquement apte à faire naître des enfants.

C'est ainsi que naît la théorie des perversions, ouvrant une ère nouvelle dans l'histoire de la sexualité. Car cette théorie détermine non seulement de nouvelles pratiques médicales et sociales, mais aussi *des formes d'être sexué* (homosexuel, fétichiste, exhibitionniste, etc) dans lesquelles les individus qualifiés de « déviants » commencent eux-mêmes à se reconnaître¹⁸. De plus, en réaction à ces nouvelles thèses et dans leur prolongement, d'autres réflexions médicales voient le jour qui ne cherchent pas à définir le mal pour mieux le redresser, le détecter et le punir, mais au contraire à penser certaines de ces déviations comme des formes admissibles que peut emprunter le désir érotique. L'homosexualité, punie par la loi pénale dans beaucoup de pays, est l'objet principal des nouvelles théorisations et des campagnes politiques visant à finir avec sa répression. C'est en Allemagne que ces débats critiques sont les plus riches et les plus vives – jusqu'à l'avènement du nazisme.

Les liens étroits établis par la médecine de l'époque entre le sexe biologique et les pratiques sexuelles conduisent à l'idée selon laquelle il y aurait non pas deux sexes, mais trois. Le « troisième sexe » est composé par tous ceux et celles qui, pour des raisons physiques (hermaphrodites) ou psychiques (« une âme de femme dans un corps d'homme »), ne s'adaptent pas aux deux destinées que la société propose comme seule alternative aux hommes et aux femmes. En un mot, ce « troisième sexe » tente d'expliquer, mais aussi de rendre socialement et juridiquement acceptable que les individus n'aient pas des comportements cohérents avec la structure de leurs corps et de leurs organes. Il inclut donc tout aussi bien l'homosexualité et le travestissement que le transsexualisme, car on n'est pas encore en mesure de distinguer parfaitement ces écarts entre les organes, les positions sexuées et les désirs. Cette théorie du troisième sexe va jusqu'à englober les femmes qui, pour des raisons non pas sexuelles mais sociales, professionnelles ou esthétiques, ne se conforment pas aux modèles que la société prévoit pour elles – ces femmes dont la figure de la « garçonne » devient le prototype dans les années 20.

II.3. Le transsexualisme et la révolution des mœurs

L'apparition du transsexualisme comme pratique et comme théorie de l'identité sexuelle n'aurait peut-être pas été possible si le modèle de la division des sexes tel qu'il avait été dessiné après la Révolution française n'avait connu à partir du début du 20^{ème} siècle une crise majeure. Celle-ci allait rendre de moins en moins important, d'un point de vue juridique, politique et social le fait de naître homme ou de naître femme.

¹⁶ Voir à ce sujet Florence Tamagne, *Histoire de l'homosexualité en Europe, Berlin, Londres, Paris, 1919-1939*, Seuil, 2000, Laure Murat, op.cit et Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie, 1850-1900*, Paris, Audibert, 2007.

¹⁷ Voir sur cette question Georges Lantéri-Laura, *Lectures des perversions, histoire de leur appropriation médicale*, Paris, Masson, 1979.

¹⁸ Voir notamment, Michel Foucault, *Histoire de la sexualité, La volonté de savoir*, Gallimard, 1976.

On sait à quel point les institutions issues de la codification napoléonienne avaient dessiné un monde dans lequel les femmes étaient minorées et assujetties aux pouvoirs des maris¹⁹. Cette différence de statut avait même des répercussions sur les vêtements que les femmes pouvaient porter. Une ordonnance de police du début du 19^{ème} siècle leur interdisait le port des vêtements masculins²⁰. Ainsi, George Sand avait dû demander l'autorisation du préfet pour se « travestir ». Et les médecins de l'époque croyaient tellement que les lois reflétaient la véritable nature des femmes que certains d'entre eux pensaient même que, si jamais l'on autopsiait des dames comme George Sand, on découvrirait qu'elles possédaient aussi des organes sexuels masculins, comme si les activités de l'esprit étaient un épiphénomène des organes sexuels. Ainsi, le fait d'être désigné homme ou femme à la naissance à partir des signes du corps impliquait deux destins implacablement différents, que l'on ne pouvait traverser que dans les fictions romanesques et jamais dans la réalité.

Mais ce modèle entre en crise vers la fin du 19^{ème} siècle. Peu à peu se met en place un processus lent mais inéluctable grâce auquel les femmes vont acquérir une autonomie toujours plus marquée dans les domaines professionnel, familial et politique, jusqu'à rendre les hommes et les femmes parfaitement égaux devant la loi. Mais il faut attendre les années 1960 pour que commence le processus d'émancipation sexuelle, qui va toucher et révolutionner du fond en comble la culture des pays occidentaux. D'abord, les libertés sexuelles, procréatives et familiales : la libéralisation du divorce, la légalisation de la contraception et de l'avortement, l'égalité des enfants naturels et légitimes, sont devenues de véritables symboles de la révolution des mœurs en ce qui concerne les majorités hétérosexuelles. Sont venues ensuite les libertés concernant l'orientation sexuelle des minorités homosexuelles : dépénalisation, dépsychiatisation et ouverture progressive des institutions familiales aux couples du même sexe. La France ne leur a pas encore ouvert le mariage ni la filiation, mais l'évolution du Pacte civil de solidarité (PACS) tend à rapprocher ses avantages de ceux de l'institution du mariage. Les anciens « pervers » et « dégénérés » sont devenus aux yeux de la société des « minorités discriminées » recherchant à obtenir des Etats les mêmes droits que les majorités « normales ».

Ces changements institutionnels ont été accompagnés par des nouvelles théorisations concernant le genre, qui allaient contribuer à renforcer la dissociation entre le corps, les dispositions psychiques et les désirs. **La théorie des genres** est née des travaux des sexologues nord-américains à partir des problèmes théoriques et pratiques posés par les états intersexués et le transsexualisme²¹. Celui-ci fut défini non pas comme un ensemble de comportements, de dispositions, de caractères et de désirs « traduisant » les organes du corps, mais plutôt comme le résultat du processus d'assignation sociale et d'identification subjective des individus aux catégories d'homme et de femme.

La philosophie féministe popularisa la théorie des genres à partir des années 1960 en lui donnant une audience qui dépassait le cadre de ceux qui s'intéressaient aux états intersexuels et au transsexualisme. La célèbre phrase de Simone de Beauvoir « *On ne naît pas femme, on le devient* », dont on connaît l'influence et le retentissement, est à ce titre paradigmatique. Les femmes sont ce qu'elles sont, non par une quelconque prédestination à laquelle leurs organes les voueraient, mais par l'influence des processus culturels de domination et d'assujettissement. La culture ne s'appuie sur la nature que pour asseoir, à partir du déchiffrement des signes anatomiques des corps à la naissance, l'appartenance à un groupe ou à un autre. Ainsi, la théorie féministe contribua à produire une approche culturelle du genre et donc à séparer les processus de sexuation et

¹⁹ Voir pour l'ensemble de ces questions Georges Duby et Michelle Perrot, *Histoire des femmes en Occident*, t IV, Le XIX^{ème} siècle, Paris, Plon, 1991.

²⁰ L'interdiction pour les hommes de porter des vêtements féminins est plus tardive, elle date des années 1910 et était liée à des raisons plus sexuelles que statutaires.

²¹ Bernice L. Hausman, *Changing Sex, Transsexualism, Technology and the Idea of Gender*, Duke University Press, Durham and London, 1995.

d'identité de leurs supports organiques. Ceux-ci apparaissaient non comme des causes des identités, mais plutôt comme des justifications idéologiques des processus de domination cherchant à vouer les femmes à une place mineure dans la société.

A partir des années 1990 ont vu le jour de nouvelles problématiques politiques du genre. Le mouvement dit « transgenre » est venu exprimer les contradictions d'une société qui continue à classer les individus en hommes et femmes. L'apparence sciemment ambiguë des transgenres, ni hommes ni femmes mais hommes et femmes tout à la fois, vient défier la logique de classification des êtres humains en deux catégories de genre. Elle exprime en substance qu'être homme ou être femme ne sont pas des positions pures et exclusives l'une de l'autre, mais au contraire impures et inclusives. Chaque individu est un peu homme et un peu femme et le fait de classer les personnes en deux groupes opposés est une manière de dénier à la réalité sa complexité et sa richesse.

Au terme de ce processus, les sociétés démocratiques ont pu rompre définitivement avec le 19^{ème} siècle en procédant à une série de dissociations entre le corps et le destin. L'essor spectaculaire de la médecine a donné à ces dissociations une ampleur considérable. La massification et la banalisation de la chirurgie esthétique ont renforcé l'emprise de la volonté et du désir sur les déterminismes corporels. Les nouvelles techniques médicales de procréation ont permis de faire naître lorsque le corps l'interdisait, grâce à des dispositifs et des combinatoires inédites. La mise en question de la politique des âges, qui déterminait à l'avance les comportements privés et publics des personnes selon la distance temporelle qui les séparait de la naissance, couronne ces nouveaux rapports que notre culture a établis entre le corps et la vie. Le slogan féministe « Notre corps nous appartient » semble être devenu non pas une simple revendication procréative et sexuelle des femmes, mais la maxime qui synthétise l'éthos de notre culture à l'égard de la place du corps dans la vie de chacun, énorme mais en même temps instrumentale.

Très différent a été en revanche le sort subi pendant cette période par les personnes cherchant à changer de sexe. Dans son ouvrage *Histoire des transsexuels*, Maxime Foerster rend compte des nouvelles difficultés qu'ils eurent à subir depuis le début des années 1970, c'est-à-dire en pleine révolution des mœurs. La lecture psychanalytique a été pour beaucoup dans l'apparition de ce nouveau rejet, fondé non plus, comme jadis, sur l'identification du transsexualisme à une perversion sexuelle, mais sur la nature psychotique de cette demande²².

Pourtant, les premières opérations de réassignation sexuelles commencèrent en France au début des années 1970. Léon Pérel aurait opéré dès le 4 juin 1971 un transsexuel à vocation masculine, jusque là étudiante en médecine. Depuis, ce chirurgien est intervenu sur nombre de personnes, mais toujours dans ce sens femme-homme. Pierre Banzet est le premier à avoir réalisé une réassignation sexuelle dans le sens homme-femme, à l'hôpital Saint-Louis à Paris, en raison « *du risque grave de suicide et d'autocastration qu'il présentait...* »²³ Donc, ce n'est que pour éviter la mort de personnes transsexuelles que l'on commença à admettre les interventions de réassignation sexuelle, sans pour autant reconnaître la réalité de la dysphorie de genre.

Depuis que la France a été condamnée en 1992 par la Cour européenne des Droits de l'Homme, la Cour de Cassation a dû admettre les changements d'état-civil à la suite d'une transformation corporelle. Mais cette décision a été critiquée, jamais véritablement

²² Jean Marc Alby a été le premier psychiatre français à écrire une thèse de médecine sur le transsexualisme, en 1956 : *Contribution à l'étude du transsexualisme*, Faculté de Médecine de Paris. Jacques Lacan a écrit sa première condamnation claire et vigoureuse contre le transsexualisme en 1972 dans *Le séminaire...ou pire*. Ses prises de position ont été suivies par ses disciples. Ainsi, *Horsexe, Essai sur le transsexualisme*, Point Hors Ligne, 1983 et plus récemment Pierre-Henri Castel, *La métamorphose impensable*, Paris, Gallimard, 2003.

²³ En 1987 ce chirurgien reconnaissait avoir opéré une cinquantaine de transsexuels désirant accéder à l'état de femme Cf Jean Paul Branlard, *Le sexe et l'état des personnes, aspects historique, sociologique et juridique*, Paris, LGDJ, 1993, p 423.

acceptée et cette attitude est sans doute pour beaucoup dans la stagnation du dispositif français depuis 1992. La proposition de loi déposée en 1982 par Henri Caillavet, qui ressemble aux législations les plus novatrices votées tout récemment par l'Espagne et la Grande-Bretagne, n'a jamais été examinée²⁴ et lors du vote des lois Bioéthique de 1994, on a choisi sciemment de laisser de côté toute initiative dans ce sens.

III. COMMENT LEGIFERER SUR LE TRANSSEXUALISME EN FRANCE ?

Le droit français concernant les transsexuels semble être inexorablement appelée à se modifier pour se conformer aux recommandations européennes. Depuis que la France a été condamnée par la CEDH en 1992, la demande transsexuelle est bel et bien reconnue. Mais les dysfonctionnements du dispositif en vigueur font penser que cette reconnaissance est contrainte.

De cette attitude paradoxale résulte une stratégie où l'on accepte ces demandes tout en cherchant à dissuader le plus grand nombre de personnes possibles par les contraintes qui leur sont imposées. Mais en pratique, ces tentatives de découragement ne suscitent guère que de la persévérance, du désarroi et du malheur pour les personnes transsexuelles et leur entourage. Les professionnels de santé et les administrations qui s'occupent de prendre en charge ces demandes ainsi subissent eux aussi les conséquences de la situation actuelle. En effet, l'absence d'une loi encadrant les conversions sexuelles d'une manière claire, explicite et rationnelle peut produire chez les tiers le sentiment qu'ils sont en train d'œuvrer vers des objectifs que la société ne partage pas.

Cette attitude semble correspondre à une opinion issue des théories psychanalytiques d'inspiration lacanienne, opinion partagée par certains juristes et magistrats, selon laquelle les transsexuels ne sont que des psychotiques, qui risquent non seulement d'accroître leur folie si on leur accorde ce qu'ils demandent, mais de surcroît de rendre malade la société qui agit de la sorte²⁵. Selon cette opinion, un Etat qui ne refuse pas d'entrer dans le « délire » des transsexuels est foncièrement incapable de structurer le psychisme de tous ses citoyens. N'est-il pas vrai que les transsexuels nient la différence des sexes, fondement même de la constitution des humains en espèce parlante ? N'est-il pas certain que ces individus au discours « délirant » se croient tout autorisé, qu'ils prennent – comme le dit le juriste et psychanalyste Pierre Legendre – la position du « sujet roi », celui qui ne se sent pas traversé par l'ordre du signifiant, par la castration, par cette forme de structuration psychique qui suppose que l'on n'est pas maître de la loi qui nous distribue en deux catégories, hommes et femmes ?

Il ne faut pourtant pas oublier que ces positions extrêmes, qui ne laissent pas une grande marge à la discussion et à la négociation démocratiques, furent tour à tour adoptées, avant d'être critiquées et réfutées, lorsqu'il fut question de légaliser les procréations médicalement assistées, mais aussi et surtout lors des vifs débats auxquels donna lieu le PaCS²⁶. Avec le recul, on sait à quel point aujourd'hui ces pratiques et ces institutions sont consensuelles et comment ceux qui prirent ces positions sont devenus minoritaires, quand ils n'ont pas carrément regretté eux-mêmes leur rigidité et leur intolérance. Beaucoup de parlementaires qui s'étaient opposés à la première version du PaCS en ont eux-mêmes voté des aménagements bienvenus dès la législature suivante. Mais comme le transsexualisme est plus minoritaire et plus mystérieux pour la population que la

²⁴ Voir à ce sujet la préface d'Henri Caillavet à l'ouvrage de Maxime Foerster, *Histoire des transsexuels en France*, Béziers, H&O, 2006.

²⁵ L'exemple le plus paradigmatique de cette position prise par un grand nombre de juristes et de magistrats français est sans doute l'ouvrage de Denis Salas, *Sujet de chair, sujet de droit, La justice face au transsexualisme*, Paris, PUF, 1994.

²⁶ Pour une critique très sévère de ces « homophobies psychanalytiques » voir Didier Eribon, *Echapper à la psychanalyse*, Paris, Léo Scheer, 2005.

procréation médicalement assistée ou l'homosexualité, ces positions continuent à être revendiquées par beaucoup de gens, tout en étant devenues de fait intenable.

- D'une part, parce que la France a d'ores et déjà accepté le changement d'état-civil des transsexuels, ce qui implique qu'elle a reconnu qu'ils ne sont pas psychotiques : si c'était le cas, ils ne pourraient demander un changement d'état-civil.
- D'autre part, parce que les études faites sur les populations ayant subi ces transformations, aussi bien en France qu'à l'étranger, montrent un taux de suicide beaucoup plus bas que lorsque ces changements ne sont pas faits, ainsi qu'une intégration sociale plutôt réussie²⁷. Ce sont les seules données dont il faille tenir compte pour décider de faciliter la vie de ces personnes qui ont eu des parcours personnels longs et difficiles et qui ont dû subir des années de rejet et d'incompréhension avant d'arriver à articuler leur demande.

Quoi qu'il en soit, le transsexualisme est né dans un contexte philosophique et médical très différent de celui que nous connaissons aujourd'hui. Afin de légiférer d'une manière juste et équitable, il n'est pas nécessaire de se mettre d'accord sur l'origine de la demande transsexuelle, s'il s'agit d'une maladie ou d'un avatar de la sexuation et si elle a des racines biologiques ou simplement psychiques. Le fait de procéder à une réassignation sexuelle peut être compatible avec les théories les plus diverses sur l'origine de la conviction d'appartenir à un autre sexe, qui motive cette réassignation. Faire dépendre un acte aussi important pour la vie des personnes d'hypothèses scientifiques non démontrées sur cette origine semble très dangereux.

- En effet, une telle démarche risque de faire dépendre les décisions politiques des aléas des théories scientifiques, lesquelles sont avant tout un domaine d'expérimentation dans lequel on produit des vérités souvent provisoires et réfutables. Et l'on sait bien à quel point il peut être immoral de faire de la trajectoire de vie des personnes concrètes un domaine d'expérimentation.
- Mais le fait d'allier science et politique peut aussi s'avérer très dangereux pour la première. Cela implique que le gouvernement hiérarchise les vérités, ce qui peut aller à l'encontre de la liberté d'expression et de discussion scientifiques. En effet, si les scientifiques savent que leurs conclusions vont être immédiatement transposées dans le domaine politique, leur réflexion risque de s'enraidir, transformée qu'elle est par l'attitude des gouvernants en une sorte d'antichambre de la décision parlementaire. Et quelle sera la possibilité de contester une théorie scientifique transposée en loi ?

Ce qui précède n'implique pas que les décisions politiques doivent être indifférentes aux théories et aux découvertes scientifiques, car cette posture serait, elle aussi, intenable. Mais il semble important d'affirmer que **la politique a son royaume dans un autre niveau de la réalité que celui du savoir scientifique**. Sa mission est d'articuler les relations sociales, de résoudre des conflits, de permettre aux gens de vivre, de penser et de se développer. C'est pour cela que le droit a souvent fait appel aux fictions, aux présomptions, et qu'il a dans maints domaines décidé de ne pas savoir, de ne pas approfondir une connaissance, pour mieux aménager les institutions qui organisent notre existence. Le Droit, dans les sociétés démocratiques, doit construire ses propres vérités pragmatiques, de façon à permettre aux gens de vivre le mieux possible la vie qu'ils croient devoir vivre, dans la mesure où ils ne causent pas de torts injustifiés à autrui. Dans cet autre niveau de réalité qui est celui de la culture, scientifique ou non, le Droit doit simplement assurer que les vérités et les croyances produites par les sciences, les idéologies, les religions puissent coexister et éventuellement s'affronter pacifiquement pour s'imposer.

²⁷ Pour l'ensemble de ces études et enquêtes, voir le très intéressant ouvrage d'Aude Michel, *Les troubles de l'identité sexuée*, Paris, Armand Colin, 2006.

Ce qui doit donc compter avant tout à l'heure de bâtir une législation sur le transsexualisme est de trouver des dispositifs susceptibles d'assurer que le demandeur exprime un consentement éclairé, lequel, en raison des conséquences irréversibles qu'il implique sur son corps, doit être validé par un diagnostic différentiel efficace. La quête de typologies psychiatriques telles que le transsexualisme « vrai », « primaire », « secondaire » etc. semble, au contraire, susciter la production de discours stéréotypés et défensifs qui vont à l'encontre d'un consentement libre et éclairé.

Le Droit aura comme fonction, dans ce nouveau contexte, non pas de corroborer des théories scientifiques, lesquelles seront toujours contradictoires et plurielles, mais de garantir la mise en place d'un dispositif commun dont le but sera de protéger le demandeur des illusions, des fausses identifications, des symptômes passagers ou des demandes irréfléchies. Rappelons que l'expression « dysphorie de genre », élaborée par Fisk en 1973, est elle-même le résultat du renoncement au purisme d'une entité nosographique « transsexualisme » des personnes demandant une conversion sexuelle. La dysphorie de genre est donc venue qualifier d'une manière neutre et pragmatique un état, celui dans lequel se trouvent les personnes désirant changer de sexe et espérant la satisfaction post prise en charge consécutive²⁸.

On comprend ici qu'il faut aborder la question, non à partir du seul registre médical, mais en y ajoutant d'emblée la dimension juridique. Dans la mesure où le changement d'état civil est possible en France, qu'il peut être donc considéré comme un droit, et que ce droit est conditionné par le fait que le sujet subisse certains traitements médicaux, le fait de ne point rembourser ces traitements impliquerait que seules les personnes ayant certaines ressources puissent exercer leur droit.

Dans ce sens, on doit rapprocher le remboursement des interventions de réassignation sexuelle de celui d'autres actes qui ne sont pas des traitements de maladies du corps ou de l'esprit, tels que la contraception, l'avortement ou la procréation médicalement assistée. Ces procédés sont proches de la conversion sexuelle dans la mesure où ils ne sont pas voués à combattre un quelconque dysfonctionnement de la « nature », mais au contraire à aller contre son fonctionnement « normal ». Si ces interventions sont financées par la Société, ce n'est point pour la suppression d'une plus ou moins grande souffrance psychique, mais parce que les pays européens ont décidé que l'épanouissement des individus dans leur vie sexuelle et familiale est une priorité pour les Etats. Ce qui veut dire qu'ils ne se contentent pas de ne pas interdire la contraception, l'avortement, l'insémination artificielle etc., mais qu'ils cherchent à donner aux individus les moyens d'exercer ces droits et ces libertés pour que ceux-ci ne soient pas réservés à ceux qui peuvent se les payer.

Aujourd'hui que la France semble obligée de légiférer, plusieurs voies semblent s'ouvrir.

Notre pays pourrait difficilement faire le choix des législations dites de première génération votées dans les années 1970 et 1980, comme en Allemagne, en Italie ou en Suède, car elles semblent à certains égards plus défavorables pour les transsexuels que le flou actuel du droit français. Ainsi, ces législations restreignent la possibilité d'accéder à la réassignation sexuelle lorsqu'une personne est mariée ou qu'elle a déjà procréé. Si nous évoquons ces lois qui semblent déjà désuètes, c'est qu'il apparaît qu'en France à l'heure actuelle, certains spécialistes n'acceptent d'entamer une réassignation sexuelle que si la personne transsexuelle est célibataire et n'a pas d'enfant. Si l'on laisse de côté la question du célibat – condition de nos jours très facile à satisfaire compte tenu des procédures d'accélération de la rupture du lien matrimonial, votées depuis quelques

²⁸ Pierre Henri Castel, *Transsexualisme*, in Dominique Lecourt, *Dictionnaire de la pensée médicale*, op.cit., pp. 1148-52.

années²⁹ – il reste à examiner la question des enfants, dont celui ou celle qui demande une réassignation sexuelle ne peut et ne souhaite d'ailleurs pas forcément « divorcer ».

Le changement de sexe n'agit que sur l'avenir et ne modifie pas le passé. Ce que la logique juridique rejette est le fait qu'au moment de devenir père ou mère d'un enfant, l'individu en question puisse être d'un sexe qui contredit ce statut. En d'autres termes, on ne peut pas, au moment de devenir père, être une femme (ou être un homme au moment de devenir mère). Mais une fois la filiation établie, un changement de sexe ultérieur ne saurait la modifier, car ce changement n'est pas rétroactif.

On invoque cependant pour interdire une réassignation sexuelle à un parent le fait que ce n'est point la logique juridique qui est atteinte, mais qu'il s'agit de ne pas faire de tort à autrui, en l'espèce à l'enfant, qui risquerait des troubles psychologiques à la suite d'une réassignation sexuelle d'un de ses parents. Mais cet argument semble fallacieux. D'abord, la souffrance psychologique de l'enfant sera sans doute la même si son parent change de pays pour changer d'apparence, prendre des hormones et se faire opérer. La seule différence sera que ce parent transsexuel non reconnu comme tel dans son pays sera plus malheureux. En outre, si l'on peut imaginer qu'il sera toujours difficile pour un enfant d'accepter un tel changement, sa situation sera bien pire si la société dans laquelle il vit, en refusant de l'admettre, ne l'aide pas à dédramatiser la situation.

Nous savons d'ailleurs pertinemment que l'évolution récente des mœurs des sociétés occidentales ne s'est pas faite sans faire de peine à quiconque. Les sociétés démocratiques qui ont tant promu l'autonomie des individus n'ont jamais cru possible d'en finir avec toutes les souffrances psychologiques. Bien au contraire. Elles ont parié sur le fait que chaque individu doit être juge des moyens d'atteindre son bonheur dans sa vie personnelle sans produire de torts injustifiés aux autres. Mais les souffrances psychologiques causées par l'exercice légitime d'une prérogative juridique ne sont pas des torts « injustifiés ».

Enfin, dans la mesure où les fonctions parentales tendent à se ressembler de plus en plus, aussi bien dans le droit que dans les faits, il est possible que le bouleversement produit par un changement de sexe d'un parent semble moins lourd. C'est dans cet esprit que plusieurs pays européens ont autorisé la filiation homoparentale.

Autre source possible d'inspiration : le modèle des récentes législations espagnole et anglaise. Ces législations dites de deuxième génération n'interdisent pas le changement d'état-civil aux personnes mariées ou qui ont eu des enfants dans leur sexe d'origine. Mais surtout, elles limitent les conditions pour faire reconnaître le changement de sexe, notamment en ne rendant plus nécessaire une intervention chirurgicale. Elles se contentent de ce que la personne transsexuelle ait subi un traitement hormonal ayant modifié son apparence. Les traitements hormonaux leur semblent en effet suffisants, dans la mesure où ils produisent pour la plupart des effets irréversibles, sur les caractères sexuels secondaires comme sur la fécondité. Ces traitements doivent cependant être accompagnés par une expertise médico-psychiatrique attestant de la réalité clinique de la dysphorie de genre ; de plus, la personne transsexuelle doit passer le test d'une période de vie quotidienne dans le rôle du sexe désiré. Ces conditions n'ont pas pour but d'éviter que les intéressés veuillent changer d'état-civil tous les cinq ans comme on change de voiture ou de hobby, mais plutôt d'écarter certains troubles psychiatriques, dont le désir de changer de sexe pourrait être un des symptômes.

La législation anglaise échange aussi la chirurgie, toujours irréversible, contre la promesse que le sujet en question vivra jusqu'à la fin de ses jours dans son nouveau sexe. Les législations qui exigent une réassignation chirurgicale demandent ainsi de

²⁹ Tout en sachant que si le mariage homosexuel est voté, comme c'est le cas pour des pays comme l'Espagne, l'Angleterre ou la Belgique, celui d'une personne transsexuelle ne devrait pas forcément être annulé lors d'une éventuelle réassignation sexuelle ultérieure...

promettre avec de la chair, tandis que la législation anglaise considère qu'on peut promettre par la parole donnée, avec les mêmes effets indélébiles que la chirurgie.

Il ne paraît pas illogique de ne pas exiger de réassignation chirurgicale pour affirmer un changement de sexe. Les apparences, qui semblent si importantes dans ce domaine où la « vérité » du sexe physique n'a pas lieu d'être, sont en effet satisfaites. Dans la vie sociale quotidienne, chacun montre son visage, ses vêtements, ses papiers d'identité et fait entendre sa voix, mais nul ne montre ses organes sexuels. Le faire est même un délit pénal, l'exhibition sexuelle, puni d'un an d'emprisonnement!

Par ailleurs, le fait de ne pas avoir à faire appel systématiquement à une réassignation sexuelle chirurgicale introduit une certaine égalité entre les deux sortes de transsexuels. Car lorsqu'une femme souhaite devenir un homme, on n'exige pas une phalloplastie, connaissant les problèmes et les échecs de telles interventions. Pourquoi donc demander systématiquement une plastie vaginale aux hommes qui cherchent à devenir des femmes ?

De plus, on sait que lorsque des problèmes de santé contre-indiquèrent une intervention chirurgicale, même la jurisprudence française admit que l'on ne doit pas l'exiger pour reconnaître un changement de sexe. Si les personnes malades ne portent pas atteinte à l'ordre public en gardant leurs organes sexuels « d'origine », pourquoi les personnes saines le feraient-elles ?

Enfin, d'un point de vue éthique, la nécessité de l'intervention chirurgicale peut apparaître comme une sorte de chantage organisé par l'Etat pour octroyer aux personnes transsexuelles le droit de s'intégrer dans la société avec le genre qu'elles souhaitent. Au contraire, compte tenu du développement de la protection de la vie privée, l'Etat devrait respecter des décisions très intimes et très personnelles concernant la manière dont on souhaite agir sur son propre corps et donner un sens à ses propres organes sexuels.

Le législateur français, le jour sans doute assez proche où il se saisira du problème, ne sera bien entendu pas obligé de recopier une législation étrangère. A lui, à la lumière de documents tels que celui-ci, de régler sa réflexion et les conditions mises à la confirmation légale d'un changement de sexe.

IV. PERSPECTIVE ?

Une solution plus radicale avait été envisagée il y a quelques années par le Parti Socialiste espagnol, pour être ensuite abandonnée : supprimer « tout simplement » l'inscription du sexe sur l'état-civil à la naissance. Cela n'impliquait pas, bien entendu, d'effacer la différence de sexe de la réalité sociale, mais de faire du genre une affaire vraiment privée, comme la religion ou le groupe ethnique. Certes, la question de la transsexualité se poserait encore à l'Etat par le biais du remboursement des soins, mais d'une manière moins épineuse. Les transsexuels pourraient s'intégrer plus facilement dans leur nouveau genre et leurs papiers d'identité ne seraient plus un enjeu de leur processus de sexualité.

Cependant, cette solution semble aujourd'hui difficilement envisageable. Si l'Etat exige l'inscription des personnes dans un sexe ou dans un autre à la naissance, ce n'est pas pour des questions symboliques, mais pratiques. Lorsque le droit distingue en catégories, c'est parce que cette distinction est fonctionnelle à une attribution différentielle des droits et des obligations. Or, en dépit des énormes bouleversements en matière d'égalité des sexes et des sexualités, il reste encore des domaines où elle n'est pas réalisée, comme c'est le cas pour la procréation et la filiation³⁰, dans lesquelles les statuts différentiels d'homme et de femme semblent s'être au contraire renforcés.

³⁰ Voir à ce sujet Marcela Iacub, *La division de sexes dans le droit français*, in *Le crime était presque sexuel et autres essais de casuistique juridique*, Paris, Champs - Flammarion, 2003.

Les femmes ont aujourd'hui le pouvoir, sans demander l'avis de leur partenaire, de faire ou non naître un enfant et peuvent, de surcroît, contraindre le géniteur à en devenir le père. En revanche, pour une femme, le fait de reconnaître comme sien un enfant dont elle n'a pas accouché est passible d'une sanction pénale, tandis qu'il est parfaitement licite pour un homme de reconnaître comme sien un enfant qu'il n'a pas engendré. D'ailleurs, une femme dont le corps est incapable de porter un enfant ne peut faire appel à la procréation médicalement assistée, car les maternités pour autrui (les mères porteuses) sont interdites chez nous, à la différence de ce qui se passe dans d'autres pays ; au contraire, un homme n'a besoin de faire preuve d'aucune performance corporelle pour devenir père, grâce à la procréation médicalement assistée, qui va jusqu'à l'insémination artificielle avec donneur.

Cette situation crée une véritable inégalité entre les femmes, car certaines d'entre elles ne pourront jamais devenir mères biologiques, c'est-à-dire décider de la naissance ou de la non naissance d'un enfant.

Mais elle crée aussi une véritable inégalité entre les sexes³¹. On peut voir ces différences en acte dans le cas des personnes transsexuelles. Un homme qui devient une femme ne peut pas accéder au statut de mère biologique, tandis qu'une femme peut devenir père « biologique » (du point de vue de la loi) une fois transformée en homme³².

Mais ces dispositions sont-elles vouées à rester inchangées ?

En tout état de cause, l'évolution de la législation en matière de transsexualisme, facilitant la réassignation d'un sexe à l'autre, même si elle ne concerne que la vie d'une petite minorité de personnes, peut favoriser l'évolution vers la non-différenciation juridique des sexes. La relativité des positions de genre que cette évolution suppose, le fait que l'on puisse passer de l'un à l'autre genre sans que la société se sente menacée de perdre ses assises et sa capacité à faire vivre ses membres dans un ordre raisonnable, peut fournir une preuve convaincante que la question de l'identité sexuelle pourrait être non plus une affaire qui concerne le statut juridique des personnes, comme aujourd'hui, mais une question d'ordre privé à l'image de la religion, des préférences sexuelles ou des convictions morales, que personne ne souhaite désormais voir inscrire sur nos papiers d'identité.

³¹Pour une analyse historique et juridique de cette question, voir Marcela Iacub, *L'empire du ventre, Pour une autre histoire de la maternité*, Paris, Fayard, 2004.

³² Cependant, s'il a connaissance de la reconnaissance souscrite par un transexuel, le parquet peut engager une action en annulation sur le fondement de l'article 336 du code civil qui dispose que « la filiation légalement établie peut être contestée par le ministère public si des indices tirés des actes eux-mêmes la rendent invraisemblable ou en cas de fraude à la loi »

ASPECTS JURIDIQUES ACTUELS EN FRANCE ET EN EUROPE

I. LES QUESTIONS JURIDIQUES SOULEVEES EN FRANCE PAR LE TRANSSEXUALISME

La reconnaissance du syndrome de dysphorie de genre engendre de nombreuses questions d'ordre juridique. En effet, le droit applicable aux personnes présentant un syndrome de dysphorie de genre en France est un droit issu uniquement de la jurisprudence, puisque la loi française n'a jamais traité directement du sujet³³, la question du transsexualisme ayant été exclue de façon délibérée des débats lors de l'adoption des lois dites bioéthiques³⁴ en 1994.

Les premières difficultés auxquelles se heurtent les personnes présentant un syndrome de dysphorie de genre sont liées à l'état des personnes, notamment la mention du sexe sur les actes de l'état civil.

La deuxième source d'incertitudes juridiques a trait à l'aspect médico-légal du syndrome de dysphorie de genre : en l'absence de texte réglementaire, se pose la question de la responsabilité du chirurgien, des fondements juridiques de la prise en charge de l'opération de réassignation sexuelle, ainsi que celle de l'hormonosubstitution prescrite hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

I.1. L'état civil

L'état civil est soumis au principe d'« indisponibilité de l'état des personnes ». Toutefois, indisponibilité ne veut pas dire immutabilité. Il existe deux procédures distinctes permettant de mettre en adéquation l'état civil et la réalité sociale : le changement de prénom et la modification de la mention du sexe.

I.1.1. La modification du prénom

Le prénom est un élément obligatoire de l'identification des personnes. Comme le nom, il est en principe immuable³⁵.

Progressivement, eu égard à l'importance du prénom pour l'identification des personnes, il est apparu que certains intérêts particuliers pouvaient présider à un changement de prénom (par exemple, la lutte contre la discrimination).

La seule exigence « d'intérêt légitime » conditionne le changement de prénom. Ainsi, l'article 60 du Code Civil dispose que toute personne qui justifie d'un intérêt légitime peut demander à changer de prénom. Cette demande s'apprécie par le juge *in concreto* et à la date de la demande.

Ainsi, en cas de dysphorie de genre ou de situations voisines, les juges ont autorisé une substitution des prénoms masculins/féminins, sans pour autant modifier la mention du sexe portée sur l'acte d'état civil³⁶.

Toute personne qui souhaite changer de prénom se voit appliquer la procédure classique de changement de prénom et devra donc justifier d'un intérêt légitime. La Cour de

³³ Une proposition de loi tendant à autoriser les traitements médicaux chirurgicaux pour les anomalies de la transsexualité et à reconnaître le changement d'état civil des transsexuels, présentée par Henri Caillavet, avait été déposée au Sénat en 1982, mais n'a jamais abouti.

³⁴ Sur ce sujet, cf. D. Salas, *Sujet de chair et sujet de droit : la justice face au transsexualisme*, PUF, 1994, p. 35.

³⁵ Ainsi, selon l'article 1^{er} de la loi du 6 Fructidor An II : « Aucun citoyen ne pourra porter de nom, ni de prénom autres que ceux exprimés dans son acte de naissance. »

³⁶ CA Paris, 24 février 1978, JCP 1979, II, 19202, note Penneau – C.Cass., 16 décembre 1975, D. 1976, 397, note Lindon.

Cassation exerce un contrôle léger de cet intérêt légitime³⁷. Il convient à nouveau de préciser que le texte exige seulement un intérêt « légitime » et non « majeur »³⁸. Les juges doivent se placer au moment où ils statuent, l'intérêt pouvant évoluer avec le temps, ce qui peut justifier que le porteur du prénom change d'avis³⁹. Cependant, les juges ne peuvent se contenter d'un motif d'ordre général⁴⁰.

En l'absence de toute réglementation sur le syndrome de dysphorie de genre, on mesure pleinement l'appréciation souveraine du juge. En effet, si la plupart des tribunaux de grande instance (TGI) procèdent de façon quasi automatique au changement de prénom, une fois démontré l'intérêt légitime de celui-ci (la dysphorie de genre) et sans tenir compte de l'existence d'une opération de réassignation sexuelle, d'autres (une minorité) sont réticents et n'accèdent à la demande de changement de prénom qu'une fois la modification de la mention du sexe effectuée sur l'état civil.

Or, la jurisprudence de la Cour de Cassation n'oblige à une opération de réassignation sexuelle qu'en cas de demande de modification de la mention du sexe à l'état civil, et n'a jamais imposé une telle obligation à une demande de changement de prénom. La nouvelle jurisprudence de 1992, suite à la condamnation de la France par la CEDH, a sans doute entraîné une confusion dans l'esprit de certains juges.

On peut citer à cet égard un arrêt de la CA de Nancy⁴¹, reflétant parfaitement l'absence de prise en compte de la nouvelle doctrine de la Cour de Cassation mais qui demeure un cas isolé : « *Attendu qu'il n'est pas contestable [-] et comme cela est confirmé tant par le psychiatre [-] dans le cadre de l'expertise judiciaire que par celui qui le suit habituellement, que M.C. est atteint d'un syndrome psychique de transsexualisme masculin versus féminin ; [-] qu'il n'est plus contestable que son apparence physique première est celle d'une femme, un traitement hormonal (l')ayant provoqué [-] ; Mais attendu que sa morphologie reste celle d'un homme, puisqu'il n'a pas eu recours à la chirurgie, qui aurait apporté une modification définitive à son corps ; Attendu qu'il est admis depuis les arrêts pris le 11 décembre 1992 par l'assemblée plénière de la Cour de Cassation que le transsexuel qui a subi une intervention chirurgicale et qui possède en conséquence, l'apparence physique du sexe opposé, justifie que son état civil indique désormais le sexe dont il a l'apparence ; Attendu qu'alors seulement, et lorsque le sexe est modifié à l'état civil, il peut faire valoir l'intérêt légitime prévu à l'article 60 du Code Civil, afin de mettre son prénom en harmonie avec sa nouvelle appartenance ; Attendu que la demande de modification du seul prénom, en ce qu'elle est fondée sur une transformation réversible, ne peut être en l'état accueillie (...).* ».

Cet arrêt va largement au-delà de la jurisprudence de la Cour de Cassation sur la dysphorie de genre⁴². De plus, d'une façon générale, la Cour de Cassation n'a jamais admis, en matière de changement de prénom, une situation irréversible, ayant reconnu que l'intérêt pouvait varier avec le temps, l'intéressé pouvant changer d'avis et demander à nouveau un changement de prénom⁴³.

La Cour de Cassation n'a pas, à l'heure actuelle, été saisie de la question de la modification du prénom dans le cadre du syndrome de dysphorie de genre.

³⁷ Cass. 1^{re} civ., 26 janvier 1965 ; Cass. 1^{re} civ., 16 novembre 1996.

³⁸ Cass. 1^{re} civ., 20 octobre 1981 ; CA Nancy, 7 février 1997.

³⁹ Cass. 1^{er} civ., 22 juin 1999 ; CA Toulouse, 16 janvier 2001.

⁴⁰ Cass. 1^{re} civ., 2 mars 1999 ; Cass. 1^{re} civ., 3 juin 2003.

⁴¹ CA Nancy, 3^{ème} chambre civile, 14 novembre 2003.

⁴² Dans le même registre, on peut citer l'arrêt de la CA de Grenoble, chambre des urgences, RG n°02/0381 7 du 2 septembre 2003.

⁴³ Cass Civ 1^{ère} chambre du 22 juin 1999, n°97-14.794.

I.1.2. La modification de la mention du sexe dans l'état civil

La première demande et revendication des personnes présentant un syndrome de dysphorie de genre porte sur la modification de la mention du sexe inscrite dans leur état civil.

En France, l'état civil est régi par le principe « d'indisponibilité de l'état des personnes ». Appliqué à la lettre, ce principe signifie que la mention du sexe dans l'état civil (sexe déterminé à la naissance par l'examen des organes génitaux externes) ne peut faire l'objet d'une modification. La seule exception à la règle serait celle de « l'erreur manifeste ». Ainsi, la demande de modification du sexe dans l'état civil ne peut reposer sur la seule volonté du demandeur⁴⁴.

Ce principe d'indisponibilité de l'état des personnes a, en outre, été élevé au rang de principe d'ordre public par la Cour de Cassation⁴⁵. Cela signifie que nul ne peut déroger à cette règle, et que le juge peut l'invoquer d'office lors de l'audience de jugement⁴⁶.

Face aux demandes de modification de la mention du sexe dans l'état civil de la part des personnes présentant un syndrome de dysphorie de genre, certains tribunaux, puis cours d'appel, ont pourtant autorisé cette rectification des registres, si la personne avait subi une opération de réassignation sexuelle leur conférant l'apparence physique du sexe opposé⁴⁷. En revanche, d'autres tribunaux refusaient systématiquement toute modification de la mention du sexe dans l'acte de naissance⁴⁸.

Conformément au principe d'indisponibilité de l'état des personnes, la Cour de Cassation a longtemps refusé le changement d'état des transsexuels⁴⁹, même lorsque l'intéressé avait subi une intervention de réassignation sexuelle et suivait un traitement hormonal⁵⁰.

La France, traduite devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) pour non respect de l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme⁵¹ (non respect de la vie privée) s'est trouvée dans l'obligation de s'incliner et de modifier sa jurisprudence en 1992.

Se pliant à la décision de la CEDH, la Cour de Cassation, par un arrêt rendu en assemblée plénière le 11 décembre 1992, admit, que « *lorsque, à la suite d'un traitement médico-chirurgical subi dans un but thérapeutique, une personne présentant le syndrome du transsexualisme ne possède plus tous les caractères de son sexe d'origine et a pris une apparence physique la rapprochant de l'autre sexe, auquel correspond son*

⁴⁴ Afin d'illustrer ce principe, on peut citer utilement le substitut Fabre, qui énonçait dans une des premières affaires liées à la question du transsexualisme : « *La vie juridique serait impossible dans l'individualisation de chaque personne physique et morale. Ses contours juridiques doivent être fixés, précisés ; elle doit pouvoir être individualisée, être reconnaissable. (...) L'état est donc lié à la personne comme l'ombre au corps. Il est l'image juridique de la personne.* ». Il ajoute que la différence des sexes est « *la base fondamentale de toute vie et par conséquent aussi de toute organisation des groupes humains. (...) C'est le doigt de Dieu qui à chaque instant fait ce tri, qui crée cette summa divisio et l'impose aux hommes.* » TGI Seine, 18 janvier 1965, conclusions Fabre, JCP 1965, II, 14420-14421

⁴⁵ Cass. Ass. Plen., 31 mai 1991, RTD civ. 92, p. 489, note M. Gobert.

⁴⁶ Dans une procédure normale, le juge doit se prononcer sur les seuls moyens soulevés par les parties au procès. Il ne peut soulever de nouveaux moyens – sauf ceux d'ordre public, qui s'imposent à tous.

⁴⁷ CA Toulouse, 11 octobre et 25 mai 1978 ; CA Paris, 24 novembre 1981.

⁴⁸ CA Paris, 18 janvier 1974 ; CA Versailles, 25 mai 1987.

⁴⁹ Cass. Civ. I, 16 décembre 1975, JCP 1976, II, 18503, D. 1976, p. 397. La Cour de Cassation a rendu deux arrêts le même jour, mais nous mettrons de côté volontairement le second, qui n'entre pas dans notre champ de discussion. En effet, s'agissant d'une personne ayant subi des mutilations chirurgicales suite à son internement dans un camp de concentration, la Cour de Cassation laisse entendre que le changement morphologique involontaire, dans de telles circonstances, pourrait être pris en compte.

⁵⁰ Et ce malgré l'argument soulevé, notamment par le monde médical, que la discordance entre la mention du sexe inscrite à l'état civil de la personne et sa réelle apparence rendait l'identification incomplète et fragile, et que de plus, la personne transsexuelle n'était pas responsable « de façon volontaire » de son état de dysphorie de genre, subissant celui-ci plus qu'elle ne le provoquait.

⁵¹ Aff. Botella c/ France, série A, n°231c ; D. 1992 Somm . P. 325, obs. Renucci.

*comportement social, le principe du respect dû à la vie privée justifie que son état civil indique désormais le sexe dont elle a l'apparence. »*⁵²

La Cour de Cassation impose cependant trois conditions⁵³ cumulatives à cette reconnaissance :

- le syndrome de dysphorie de genre doit avoir été médicalement constaté ;
- l'intéressé doit avoir subi une opération de réassignation sexuelle ;
- l'intéressé doit avoir adopté, outre l'apparence physique du sexe opposé, le comportement social de celui-ci⁵⁴.

Une fois ces conditions remplies, la demande de rectification de la mention du sexe figurant sur l'état civil⁵⁵ conduit à l'inscription du nouveau sexe en mention marginale⁵⁶, celle-ci ne valant que pour l'avenir.

Cependant, certains tribunaux ont atténué l'application stricte de ces conditions, en les adaptant aux situations d'espèces. Ainsi, la cour d'appel de Rennes⁵⁷ a admis la rectification de l'acte de naissance d'un transsexuel alors que celui-ci n'avait subi aucune intervention chirurgicale lui ayant donné l'apparence physique du sexe opposé. Dans cette affaire, la cour d'appel s'est appuyée sur l'existence d'un transsexualisme vrai, constaté par un expert, ainsi que sur « *une morphologie générale très féminine* » et « *l'apparence physique et le comportement social d'une femme* ». Mais la solution de la CA semble justifiée eu égard à l'état de santé de l'intéressé, atteint d'une infection à VIH constituant un obstacle à l'intervention.

Le ministère public n'ayant pas formé de pourvoi contre de cette décision, celle-ci possède en théorie l'autorité de la chose jugée.

En conséquence, il semble qu'une absence d'opération de réassignation sexuelle, lorsqu'elle est justifiée par un motif médical, pourrait ne pas constituer un obstacle à la rectification de la mention du sexe à l'état civil, dès lors que le demandeur remplit les autres critères exigés par la Cour de Cassation.

⁵² C. Cass. Ass. Plén. 11 décembre 1992, pourvoi n°91- 12373, JCP G 1993, II, 21991, concl. Jéol, note Mémeteau.

⁵³ Cass. Ass. Plén., 11 décembre 1992, pourvoi n°91- 12373, « attendu cependant, que si l'appartenance apparente de M. X au sexe féminin était attestée par un certificat du chirurgien ayant pratiqué l'intervention et l'avis officieux d'un médecin consulté par l'intéressé, la réalité du syndrome transsexuel ne pouvait être établie que par une expertise judiciaire ; qu'en s'abstenant de prescrire cette mesure et en considérant comme démontré l'état dont se prévalait M. X, la Cour d'Appel n'a pas donné de base légale à sa décision. »

La nécessité d'une expertise juridique a été plusieurs fois réaffirmée – Cf. CA Agen, 13 décembre 1994 : « Si l'appartenance apparente de D. B. au sexe féminin résulte de l'attestation du chirurgien ayant procédé à l'ablation de la verge et la création d'une cavité néo-vaginale [...], la réalité du syndrome transsexuel ne peut être établie que par une expertise judiciaire. » L'expert a pour mission de « déterminer si D. B. a acquis toutes les caractéristiques psychologiques et morphologiques du sexe opposé à celui de sa naissance » et de rechercher « les éléments permettant de déterminer en cas de transsexualisme, notamment, l'existence d'un sexe cérébral féminin (...) ». »

⁵⁴ Cass. Ass. Plén., 11 décembre 1992, pourvoi n°91-1 2373. Cette condition a été plusieurs fois réaffirmée. On peut citer à cet effet TGI Paris, 23 février et 24 octobre 1995, RTD civ. 1996, p. 129, note J. Hauser.

⁵⁵ Du point de vue administratif, la modification de la mention du sexe s'analyse comme une action en réclamation d'état, qui se distingue d'une simple action rectificative de l'état civil prévue par l'article 99 du Code civil. Le jugement est donc constitutif et non pas déclaratif. Cette action relève de la compétence du TGI, la demande est automatiquement transmise au Ministère public.

⁵⁶ La mention marginale est une mesure de publicité destinée à établir une relation entre deux actes de l'état civil ou entre un acte et une décision judiciaire ou administrative. Elle consiste en l'apposition en marge d'un acte antérieurement dressé ou transcrit, d'une référence sommaire au nouvel acte.

⁵⁷ CA Rennes, 26 octobre 1998, Dalloz 1999 n°35 p.508, note Friant Perrot Marine.

I.2. Les incidences sur la vie familiale

I.2.1. Le droit au mariage et le sort du mariage non dissous

En France, le transsexualisme n'a pas de conséquence sur le droit au mariage. En effet, dès lors qu'il a été procédé à la rectification de la mention du sexe en marge de l'acte de naissance de l'intéressé, rien ne s'oppose légalement à ce qu'une personne transsexuelle entre dans les liens du mariage avec une personne du sexe opposé à son nouvel état civil.

Il est à noter que la CEDH a reconnu le droit au mariage des transsexuels⁵⁸ avec une personne de leur sexe d'origine, dès lors que leur état civil a été modifié, la question étant débattue dans d'autres Etats en Europe.

Se pose en revanche la question de la dissolution des liens du mariage, lorsque la personne, avant la modification de son état civil, était mariée. Il pourrait être envisagé que le divorce soit un préalable nécessaire avant le changement de sexe à l'état civil, mais cette question n'est pas tranchée par la jurisprudence. En cas de désaccord des époux sur le divorce, la question se pose de savoir si le transsexualisme peut constituer une faute justifiant le prononcé du divorce sur ce fondement.

Certains tribunaux⁵⁹, sans considérer que le transsexualisme soit en lui-même une faute, retiennent que la non prise en compte, par l'époux devenu femme, des implications conjugales générées par son nouvel état de transsexuel, de même que son éloignement volontaire pendant plusieurs années, constituent bien une violation grave et renouvelée des obligations du mariage. Ainsi, la CA de Nîmes avait conclu que le fait, pour un homme, d'avoir subi une intervention chirurgicale qui le privait de ses attributs de sexe masculin, et d'avoir adopté un comportement féminin, constituait une insulte pour sa femme⁶⁰. Autre motif juridique de rupture des liens matrimoniaux : le divorce sera prononcé aux torts exclusifs du mari transsexuel, qui a pris des hormones afin de changer d'apparence physique et qui a dissimulé ce fait pendant plus d'un an à son épouse⁶¹, la décision se justifiant au regard de l'offense faite à l'épouse.

Pourtant, la doctrine demeure majoritairement hostile à considérer que le transsexualisme ou ses implications puissent constituer une faute. Il n'en demeure pas moins que le mariage antérieur à la transformation ne semble pas pouvoir être valablement maintenu. Se pose donc la question d'envisager le transsexualisme comme une hypothèse permettant l'annulation du mariage au delà de l'invocation du vice du consentement⁶². Au législateur de répondre.

I.2.2. La filiation

Les juges sont unanimes pour considérer que la décision admettant le changement de sexe est constitutive et non déclarative, ce qui signifie que le changement s'opère sans rétroactivité⁶³. Un arrêt de la cour d'appel de Paris a précisé que la modification n'a d'effet que pour l'avenir et ne remet pas en cause l'acte de naissance des enfants nés d'un transsexuel avant son changement d'état⁶⁴.

Par conséquent, la filiation des enfants nés de l'union de deux personnes, dont l'une s'est ensuite avérée être transsexuelle, n'est pas remise en cause. Que les parents soient

⁵⁸ Affaire Christine GOODWIN c/ Royaume Uni du 11 juillet 2002, requête n° 28957/95 et Affaire I. c/ Royaume uni du 11 juillet 2002, requête 25680/94.

⁵⁹ TGI Caen, 28 mai 2001, D. 2002, note Mauger-Vielpeau.

⁶⁰ CA Nîmes, 7 juin 2000.

⁶¹ CA Montpellier, 20 octobre 1999.

⁶² Jurisclasseur, Divorce, Fasc. 85, 31 octobre 2002.

⁶³ CA Versailles, 21 novembre 1984 ; TGI Paris, 4 février 1992.

⁶⁴ CA Paris, 2 juillet 1998, chambre 1, section C : « la présente décision rendue en matière d'état des personnes n'aura d'effets que pour l'avenir et que contrairement à ce qu'a retenu le premier juge, elle ne remet pas en cause les énonciations de l'acte de naissance du fils de l'intéressé. »

mariés ou non, le changement de sexe est sans incidence sur la présomption de paternité du mari devenu femme ou sur la reconnaissance souscrite.

En l'état du droit, il ne paraît pas exclu au regard des conditions juridiques de l'assistance médicale à la procréation qu'un couple dont l'un des membres est une personne transsexuelle, ait accès à la PMA dès lors que la mention du sexe à l'état civil a été modifiée, et que la personne transsexuelle a pour conjoint ou concubin une personne du sexe opposé à son nouvel état civil⁶⁵.

A notre connaissance, ce cas d'espèce ne s'est pas encore présenté devant une juridiction française.

I.2.3. Les incidences sur la vie professionnelle

C'est bien entendu la notion de discrimination qui est appelée au premier chef.

Au regard du droit du travail, l'article L. 122-45 du code du travail, issu de la loi n°90-602 du 12 juillet 1990, précise qu'est interdit « *tout licenciement en raison des mœurs ou du sexe du salarié* ».

Par conséquent, le licenciement, voire même le traitement inégal d'un salarié en raison de sa conversion sexuelle, constitue une discrimination au regard de la réglementation sur le travail.

I.2.4. Les incidences sur les pensions de réversion

Les juridictions françaises ont eu à statuer sur la question des pensions de réversion.

Une veuve avait demandé au tribunal administratif de Limoges⁶⁶ que l'intégralité de la pension de son mari décédé lui soit reversée au motif que la première épouse du défunt était devenue un homme. Faute de preuve du changement de sexe, et parce que la suppression de la part de pension attribuée à la première femme n'aurait pas entraîné une modification de celle de la seconde, les juges n'attribuèrent pas l'ensemble de la pension à la requérante.

Toutefois, par une interprétation *a contrario* du jugement, dans l'hypothèse où la requérante aurait pu prouver ses allégations, il aurait été possible de considérer que la première femme ne devait plus bénéficier de sa part de pension. Le transsexualisme, qui

⁶⁵ Une affaire de reconnaissance en paternité s'était posée devant la Cour de Cassation (Civ. I, 18 mai 2005, pourvoi n°02-16636, Petite affiches, 17 octobre 2005, n°206, pp.11-13), mais la procréation médicalement assistée avait eu lieu *avant* l'opération de réassignation sexuelle et la modification de l'état civil du demandeur, et la contestation en reconnaissance de paternité *après* celle-ci. La solution de ce contentieux n'est donc pas applicable à notre sujet. En l'espèce, Mme C., en couple avec une autre femme de 1981 à 1994, donne naissance le 27 septembre 1991, par insémination artificielle avec donneur anonyme, à Vincent. En 1993, sa compagne fait reconnaître son état de transsexualisme, fait procéder au changement de la mention de son sexe et devient Michel. Ce dernier reconnaît Vincent en 1994. Le couple se sépare en 1994 et Mme C. forme une action en contestation de la reconnaissance souscrite par Michel. Les juges de première instance, confirmés par la Cour d'Appel, déclarent cette action bien fondée au motif que le caractère mensonger de la reconnaissance était démontré. Michel forme alors un pourvoi en cassation et fait valoir que le recours à l'insémination artificielle avec donneur anonyme interdisait à la mère de contester la reconnaissance de paternité faite par le concubin, article 311-20 du Code civil, et qu'une telle reconnaissance ne pouvait être remise en cause sur le seul fondement de la vérité biologique.

La Cour de Cassation a tranché la question des actions en reconnaissance de paternité des transsexuels puisque dans un arrêt du 18 mai 2005, elle décide que « *justifie légalement sa décision une cour d'appel qui, pour annuler une reconnaissance de paternité, retient que la reconnaissance est contraire à la vérité biologique* », elle précise aussi « *qu'aucun consentement à l'insémination artificielle n'est établi et qu'un tel consentement aurait été inefficace, l'article 311-20 n'ayant été introduit dans le Code civil que par la loi du 29 juillet 1994* » enfin, elle « *tient compte de l'intérêt supérieur de l'enfant au sens de la Convention du 26 janvier 1990 relative aux droits de l'enfant, en organisant un droit de la visite.* »

⁶⁶ TA Limoges, 12 octobre 2000, req. N°97422 ; Mme R. c/ Min. éco.

n'a d'effets que pour l'avenir, entraînerait ainsi la déchéance des droits acquis antérieurement⁶⁷.

Interrogée à deux reprises sur l'attitude des Etats face au reversement des pensions de conversion⁶⁸, la Cour de Justice des Communautés Européennes confirmera la position française, en disposant que le nouvel état de la personne transsexuelle ne vaut que pour l'avenir. La personne ayant changé de sexe ne peut donc plus se prévaloir de son état antérieur afin de faire valoir ses droits.

1.2.5. Conclusions sur les questions liées à l'état des personnes

La situation juridique des personnes présentant un syndrome de dysphorie de genre est donc assez confus, du fait de l'absence d'une réglementation minimale.

L'état de ces personnes, en l'absence de réglementation spécifique, relève donc exclusivement de l'appréciation du juge, lequel doit s'inspirer de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et de la cour de cassation. La conséquence est que le traitement des situations juridiques peut varier d'une juridiction à une autre, notamment sur l'exigence d'une expertise. D'où l'existence d'une rupture d'égalité de traitement des personnes transsexuelles.

Ainsi, dans la pratique, une des conséquences de cette non homogénéité des décisions de justice est qu'une personne présentant un syndrome de dysphorie de genre tentera de se faire domicilier dans le ressort d'un tribunal qui sera plus « conciliant » qu'un autre dans le traitement de sa demande. C'est notamment le cas dans les demandes de modification de la mention du sexe à l'état civil.

Certains TGI ordonnent systématiquement une expertise judiciaire. On ne peut le leur reprocher sur le plan du droit, car ils suivent ainsi la jurisprudence de la Cour de Cassation issue du second arrêt de 1992. Or (et parfois à quelques kilomètres de distance), d'autres tribunaux estiment que ce travail d'expertise a été suffisamment approfondi, d'autant plus que l'accord de la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) au remboursement de l'opération de réassignation sexuelle est conditionnée au certificat cosigné par l'équipe médicale, comme prévu dans le protocole de 1989 (voir ci-dessous), attestant le syndrome de dysphorie de genre. Ces tribunaux décident donc de procéder à la modification de la mention du sexe dans l'état civil sans passer par une expertise supplémentaire, considérée comme inutile, voire vexatoire pour le demandeur. Ces juridictions appliquent ainsi à la lettre l'article 263 du code de procédure civile, qui dispose que l'expertise n'a lieu d'être ordonnée que dans les cas où des constatations ou une consultation ne pourraient suffire à éclairer le juge.

On peut donc s'interroger sur la pertinence de cette expertise judiciaire, qui aboutit non seulement à une perte de temps, mais également d'argent, soit pour le demandeur⁶⁹, soit pour l'Etat (car dans la plupart des cas, le demandeur bénéficie de l'aide juridictionnelle. Le coût de l'expertise est donc à la charge de la collectivité). Enfin, incongruité de la situation, la probabilité d'avoir à faire face aux mêmes experts est importante (notamment dans les TGI de province), car il existe peu d'experts dans ce domaine.

⁶⁷ Suite à ce jugement, la doctrine émettait ce jugement : « en cas de changement de sexe judiciairement prononcé, autant il est inacceptable de refuser au transsexuel l'exercice de droits liés à son nouvel état, autant il serait illogique de continuer à faire produire à son état antérieur des effets contraires à son état actuel. Le transsexuel ne doit pas jouer sur les deux tableaux : obtenir un nouvel état tout en continuant à se prévaloir de l'ancien. L'identité passée du transsexuel ne peut continuer à produire des effets qu'en conformité avec son nouvel état, sous la seule réserve bien sûr des droits acquis des tiers. », note J. Mouly, « Transsexualisme et droit social. A propos des effets du changement de sexe sur les pensions de réversion. »

⁶⁸ CJCE C-13/94, P c/ S. et Cronwall County Council du 30 avril 1996 et CJCE du 7 janvier 2004, affaire C-117/01.

⁶⁹ En effet, lors d'un contentieux classique, le coût de l'expertise est en temps normal à la charge du demandeur, même si le juge dispose d'un pouvoir discrétionnaire pour décider quelle partie prendra en charge celui-ci (article 269 du code de procédure civile). Mais dans une affaire de demande de modification de la mention du sexe sur l'état civil, si le juge ordonne une expertise judiciaire, celle-ci sera à la charge de la personne souffrant du syndrome de dysphorie de genre.

Il existe également une autre situation source d'insécurité juridique : la discordance entre l'apparence physique de la personne présentant un syndrome de dysphorie de genre et les documents officiels qui la désignent.

En effet, entre le début de la prise en charge médicale et la décision de l'opération de réassignation sexuelle, il s'écoule au minimum deux ans, auxquels s'ajoutent les délais d'attente pour l'intervention, puis les délais judiciaires devant le TGI pour la demande de modification de la mention du sexe dans l'état civil (délais fortement rallongés en cas de demande d'expertise). On peut ainsi arriver à un délai total de 5 ans.

Pendant une grande partie de ces cinq années, les personnes transsexuelles sont en possession de papiers d'identité ne correspondant plus à leur genre apparent. Avec tous les soucis engendrés dans la vie quotidienne tant au niveau professionnel (problèmes de discrimination dans le milieu du travail), qu'au niveau administratif (carte de sécurité sociale, délivrance de plis ou d'objet contre remise de carte d'identité, contrôles d'identité...).

Les personnes présentant un syndrome de dysphorie de genre se définissent eux-mêmes juridiquement comme des « *sans papiers* ».

Enfin, il semble difficile de justifier sur le plan de l'équité que la grande majorité des personnes présentant un syndrome de dysphorie de genre puissent accéder facilement à un changement de prénom, alors que quelques unes sont soumises à des exigences supplémentaires de la part de certains tribunaux, hostiles à ce changement, et qui imposent l'opération de réassignation sexuelle comme préalable à la demande du changement de prénom. La rupture d'égalité de traitement des situations juridiques des personnes transsexuelles est ici flagrante.

On peut donc se poser la question de l'opportunité d'une législation spécifique, à l'instar d'une grande partie des pays en Europe. On peut ici pleinement mesurer le pouvoir et les conséquences d'une appréciation souveraine de la part des juges, en l'absence totale de réglementation.

II. LE TRAITEMENT JURIDIQUE DU SYNDROME DE DYSPHORIE DE GENRE EN EUROPE

II.1. La position des institutions intergouvernementales

Il faut distinguer ici la position des institutions intergouvernementales elles-mêmes des décisions des juridictions attachées à ces institutions. En effet, l'Union Européenne (UE) et le Conseil de l'Europe ont pris position sur la question du syndrome de dysphorie de genre par le biais de déclarations de principe, qui ne possèdent, d'un point de vue juridique, aucune valeur contraignante, et dont la mise en application repose sur le bon vouloir des états – soit, pour le Conseil de l'Europe, les états signataires de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et, pour l'UE, les états membres de l'Union. En revanche, les décisions rendues par les organes juridictionnels de ces institutions, Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) et Cour de Justice des Communautés Européennes (CJCE) sont contraignantes, car elles s'appliquent à la situation juridique des états.

II.1.1. La position des institutions européennes face au syndrome de dysphorie de genre

Au sein de l'UE, le Parlement européen s'est penché le premier sur la question du syndrome de dysphorie de genre, suivi par le Conseil de l'Europe.

II.1.1.1. La position de l'Union Européenne

C'est le Parlement européen qui, à travers l'élaboration d'une résolution⁷⁰, s'est penché le premier de façon concrète sur la question juridique relative à la condition des personnes présentant un syndrome de dysphorie de genre. En adoptant le 12 septembre 1989 une *résolution sur la discrimination dont sont victimes les transsexuels*, le Parlement européen évoque les points sur lesquels porte cette discrimination, en invitant les états membres à y remédier sur le plan juridique, afin de garantir à chacun le droit de mener une vie conforme à l'identité sexuelle qu'il s'est choisie. Cependant, le Parlement ne donne aucune définition du transsexualisme.

La résolution est divisée en deux parties, la première axée sur la procédure de changement de sexe proprement dite (parcours médical), la seconde sur ses conséquences administratives.

(i) Le parcours médical minimal proposé est le suivant :

- diagnostic différentiel psychiatrique/psychothérapeutique de la transsexualité ;
- période de consultation (examens médicaux, informations sur le changement de sexe, accompagnement psychothérapeutique) ;
- traitement hormonal/test de quotidienneté pendant au moins un an ;
- intervention chirurgicale, après autorisation donnée par une instance spécialisée composée d'un médecin spécialiste, d'un psychothérapeute et éventuellement d'un représentant de la personne concernée.

Le coût de ce parcours médical (y compris les soins esthétiques) est pris en charge par l'Assurance maladie de l'état membre.

(ii) La seconde partie reprend les dispositions « classiques » relatives aux minorités : non-discrimination, accès à l'emploi... Il est intéressant de s'attarder sur les propositions en matière d'état civil. La résolution demande la reconnaissance juridique de la personne transsexuelle : changement de prénom, rectification de la mention du sexe dans l'acte de naissance et modification des papiers d'identité. Mais le Parlement invite les états membres à procéder à cette modification (sur demande de l'intéressé) pendant la période d'adaptation sexuelle, pour attester, nous dit la résolution, de la transsexualité du titulaire⁷¹.

Cette résolution n'a pas été suivie par la Commission européenne et le Conseil (à leur décharge, il est vrai que ce domaine demeure de la compétence quasi exclusive des états membres). Le Conseil de l'Europe⁷² s'est à son tour penché sur la question dans une

⁷⁰ La résolution est un acte non prévu par le Traité CE, de nature purement déclaratoire, par lequel le Conseil ou le Parlement européen fait connaître ses positions sur un sujet particulier, invitant le cas échéant la Commission, qui dispose de l'exclusivité du droit d'initiative, à proposer des mesures s'y rapportant. La résolution est un acte politique plus qu'un acte juridique et ne crée aucune obligation. La Cour de Justice des Communautés Européennes a admis la légitimité de tels actes, sous réserve qu'ils ne portent pas préjudice à l'application des traités constitutifs, ni ne se substituent à des dispositions de droit dérivé expressément prévues par ces traités.

⁷¹ Considérant 9 de la résolution : invite la Commission, le Conseil et les Etats membres à mettre au point des documents d'identité sur lesquels, le cas échéant, la transsexualité du titulaire pourrait être attestée, sur sa demande, pendant la période d'adaptation sexuelle, et qui seraient reconnus dans toute la Communauté.

⁷² Fondé en 1949, le Conseil de l'Europe, dont le Siège est à Strasbourg, a été la première organisation politique européenne mise en place après la Deuxième guerre mondiale. Elle organise la coopération entre les gouvernements de ses 43 membres, démocraties parlementaires comptant au total près de 750 millions d'habitants. Le Conseil de l'Europe est une organisation intergouvernementale dont les objectifs principaux sont d'œuvrer pour une union européenne plus étroite, de défendre les principes de la démocratie parlementaire et des droits de l'homme, d'améliorer les conditions de vie des populations et de promouvoir les valeurs humaines. Le Conseil de l'Europe ne doit pas être confondu avec l'Union européenne : les deux organisations sont tout à fait distinctes. Néanmoins, les 15 Etats membres de l'Union européenne font également partie du Conseil de l'Europe.

recommandation⁷³ de son assemblée parlementaire relative à la condition des transsexuels.

II.1.1.2. La position du Conseil de l'Europe

La recommandation du Conseil de l'Europe

La recommandation du Conseil de l'Europe se différencie de celle de son homologue communautaire par le fait qu'elle définit le phénomène du transsexualisme et ne se concentre que sur les aspects administratifs et non médicaux de celui-ci.

Le transsexualisme y est défini comme « *un syndrome caractérisé par une personnalité double, l'une physique, l'autre psychique, la personne transsexuelle ayant la conviction profonde d'appartenir à l'autre sexe, ce qui l'entraîne à demander que son corps soit « corrigé » en conséquence* »⁷⁴.

L'essentiel du texte se consacre aux aspects liés à l'état civil, c'est-à-dire le changement de prénom et, surtout, la modification du sexe de l'intéressé dans le registre des naissances. La recommandation invite les états signataires du traité à régler cette modification dans le cas de « *transsexualisme irréversible* ».

Tout tourne autour de cette notion, laissée cependant à l'appréciation des états. Qu'entend-on par *transsexualisme irréversible* ? La réponse à cette question se situe ici sur un plan médical, et non plus juridique.

Certains spécialistes parlent de *transsexualisme irréversible* à partir de la mise en place de l'hormonosubstitution de dévirilisation/défémisation, ce traitement gommant certains aspects physiologiques, notamment la fécondité, d'une façon qui peut être irréversible. Une telle interprétation de la recommandation offrirait la possibilité d'obtenir le changement de la mention du sexe dans l'état civil sans aller jusqu'à l'opération de réassignation sexuelle. Mais elle n'est pas unanimement acceptée.

La position du Commissaire aux droits de l'homme

Dans un rapport publié le 29 juillet 2009, intitulé « Droits de l'homme et identité de genre », le Commissaire aux droits de l'homme⁷⁵, fait le point sur la situation des personnes transgenres au regard des droits de l'homme. Il met notamment en exergue les discriminations dont elles peuvent être victimes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Ce rapport entend par ailleurs dénoncer les lacunes et les incohérences des législations actuelles dans les pays de l'UE.

Il est ainsi rappelé qu'il incombe aux Etats membres de faire respecter l'application des droits de l'homme et de lutter contre les discriminations qui persistent à l'égard des personnes transgenres⁷⁶. L'absence de reconnaissance juridique de la notion d'identité de genre comme critère de discrimination serait en outre à l'origine la négligence des droits fondamentaux des personnes transgenres.

L'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, à l'origine de la Recommandation relative à la condition des transsexuels de 1989, a d'ailleurs récemment confié à la commission la préparation d'un rapport, sur la discrimination fondée sur l'identité de genre.

⁷³ Recommandation 1117 (1989) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe relative à la condition des transsexuels.

⁷⁴ Considérant 1 de la recommandation 1117 (1989) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, relative à la condition des transsexuels.

⁷⁵ Organisme indépendant du Conseil de l'Europe. Il s'agit actuellement de Thomas Hammarberg

⁷⁶ Le commissaire approuve notamment les principes de Yogyakarta sur l'application de la législation internationale des droits de l'homme en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Il s'agit d'une série de principes adoptés par un groupe d'experts et présentés devant le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies le 26 mars 2007

Le rapport évoque en outre les difficultés rencontrées par les personnes transgenres. Il s'agit notamment de la question de la conversion sexuelle et de la chirurgie de réassignation sexuelle, ainsi que sa prise en charge par les régimes d'assurance en tant que traitement « médicalement nécessaire ». Sont également reconnus comme problématiques pour les transgenres, le changement de nom et de sexe dans les documents officiels, papiers d'identité ou acte de naissance, la reconnaissance de la filiation, l'accès et la jouissance des soins de santé ainsi que le maintien du lien matrimonial une fois le changement opéré.

Si l'on s'attache à la problématique du changement de sexe à l'état civil, la difficulté soulevée tient au fait que dans la plupart des pays membres, la procédure de reconnaissance officielle est subordonnée à plusieurs conditions dont l'opération de réassignation sexuelle. Selon le Commissaire aux droits de l'homme, cette condition viole le respect de l'intégrité physique de la personne. En 2009, plusieurs jurisprudences de juridictions internes ont supprimé l'obligation de l'opération de réassignation en jugeant que « la chirurgie obligatoire n'était pas une condition nécessaire pour changer de genre »⁷⁷.

En définitive, ce rapport rappelle que le droit pour une personne de changer de sexe ne doit pas être soumis à une obligation d'ordre chirurgicale. Le changement de sexe par une personne transgenre ne devrait pas être soumis à la réalisation d'une opération de réassignation sexuelle.

En ce qui concerne la procédure de changement de nom, le rapport soulève le fait qu'il s'agit d'un processus long et coûteux. En effet, selon le pays de résidence du transgenre le parcours est plus ou moins facile. Dans la liste des conditions subordonnant le changement de nom, l'établissement du diagnostic de dysphorie de genre suivi d'un traitement hormonal peut suffire ; pour d'autres, un avis médical attestant une conversion sexuelle « complète » peut être demandé. Or, là encore, l'opération chirurgicale ne devrait pas être une condition nécessaire au changement de nom.

Le rapport revient aussi sur le problème du mariage où, lorsqu'une personne mariée décide de changer de genre le divorce lui est généralement imposé. En effet, cela reviendrait le cas échéant à admettre l'union de personne de même sexe, c'est-à-dire admettre le mariage homosexuel. Or ce n'est pas le cas pour la majorité des pays membres. Pourtant, quelques avancées en ce sens ont été remarquées au travers certaines décisions et législations nationales⁷⁸, allant ainsi vers la fin du divorce imposé en cas de changement de genre d'un individu marié.

S'agissant du litige concernant le classement du transsexualisme dans le système de santé en tant que maladie mentale, le rapport préconise l'étude de nouvelles classifications par une collaboration entre les transgenres et les organisations représentatives et précise « qu'une modification est actuellement envisageable dans le cadre de la révision du manuel DSM en vue de sa 5e édition, à paraître en 2012 ».

Le rapport fait également état d'une nécessaire généralisation de la prise en charge supplémentaire dans tous les Etats membres des frais médicaux⁷⁹ comme l'exige la jurisprudence de la CEDH.

Le marché du travail représente également une source de discrimination pour les transgenres. A titre de recommandation, le rapport préconise la création par tous les Etats

⁷⁷ Arrêt de la Haute Cour administrative autrichienne du 27 février 2009 : « puisqu'elle (la Cour) n'était pas à même d'établir le caractère nécessaire de l'obligation de traitement en ce qui concerne les femmes transsexuelles, le législateur devait supprimer cette obligation ».

⁷⁸ La Cour constitutionnelle allemande a contraint le gouvernement à modifier la loi sur le sujet avant la fin d'août 2009 (BverfG, 1 BvL 10/05 27 mai 2008).

⁷⁹ La CEDH (arrêts Van Kück c. Allemagne et L. c. Lituanie) impose aux Etats l'accès des transgenres aux opérations chirurgicales de changement de genre, associé à la prise en charge par les assurances santé des traitements « médicalement nécessaires » dont font parties ces opérations. Des transgenres ont obtenu l'extension de leur couverture santé en Lituanie et en Belgique.

membres d'une « législation nationale antidiscrimination incluant l'identité de genre parmi les motifs de discrimination sur le marché du travail ».

En soulevant les discriminations et les problèmes rencontrés par les personnes transgenres ou transsexuelles, le Commissaire aux droits de l'homme entend provoquer un changement législatif et humain de la part des Etats et des individus, tant au niveau international que national. Il a, à ce titre, identifié certaines bonnes pratiques actuellement suivies⁸⁰ et émis plusieurs recommandations à l'intention des Etats membres du Conseil de l'Europe.

En outre, la Commission européenne prévoit de publier un rapport sur la discrimination envers les personnes transgenres dans le droit communautaire. L'adoption en 2010 par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe de « substantielles recommandations portant sur les questions de droit de l'homme propres à l'identité de genre » est aussi envisagée. Enfin, une révision des directives de l'Union Européenne⁸¹ relatives au sujet est également prévue en 2010 et intégrera tous les motifs de discrimination dans ces textes, notamment le motif d'identité de genre.

Le Commissaire conclut finalement par des recommandations destinées aux Etats membres :

- Appliquer le droit international en matière de droits de l'homme et proscrire toute catégorie de discriminations fondée sur l'identité de genre en droit national
- Protéger légalement les personnes transgenres contre la transphobie par l'adoption « d'une législation relative aux infractions motivées par la haine »
- Moderniser les procédures administratives de changement de nom et de sexe pour une meilleure transparence et une rapidité
- Supprimer la reconnaissance de l'identité de genre à une obligation légale de stérilisation ou d'autres traitements médicaux
- Garantir l'accès total aux soins de santé (actes chirurgicaux ou autres) pour les transgenres et leur prise en charge par l'assurance maladie
- Garantir le droit à une vie familiale aux transgenres mariés en supprimant le divorce imposé lors d'un changement d'identité de genre
- Développer les politiques en faveur de la suppression de toutes discriminations en matière de marché du travail, santé et éducation
- Développer le rôle des associations dans l'élaboration de politiques en faveur des transgenres
- Promouvoir les politiques, campagnes d'information et les actions en faveur des transgenres
- Eduquer les professionnels de santé amenés à côtoyer les transgenres pour garantir le respect de leur dignité
- Favoriser les actions en faveur des droits humains des personnes transgenres au sein des structures nationales des droits de l'homme
- Développer les études, les recherches et les analyses des données concernant l'application des droits de l'homme aux personnes transgenres, et cela sans porter atteinte à leur vie privée.

⁸⁰ Des centres de santé ont par exemple vu le jour dans quelques pays et participent à l'accompagnement des transgenres dans leurs démarches de soins. Des associations de soutien et de défense des droits ont par ailleurs été associées à des projets de législation ou des campagnes d'information. Pour d'autres, ce sont les écoles et universités qui ont reconnu la nécessité de s'intéresser aux difficultés que rencontrent les jeunes transgenres. Le Commissaire envisage pour sa part la création de campagnes éducatives et promotionnelles afin de permettre une large diffusion d'informations et par conséquent la fin des violences morales et physiques que subissent les transgenres. A cette fin, est citée l'étude comparative commandée pour l'automne 2010 par le bureau du commissaire sur la situation des personnes LGBT dans les Etats membres.

⁸¹ Directive 2004/113/CE du Conseil de l'UE du 13 décembre 2004 ; Directive 2006/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006

La recommandation de la Convention de la Commission Internationale de l'Etat civil (CIEC)

Dans le cadre du Conseil de l'Europe, on peut également citer la Convention de la Commission Internationale de l'Etat Civil (CIEC) relative à la reconnaissance inter-état des décisions constatant un changement de sexe. Son apport est limité, car cette convention se limite à fixer les conditions de la reconnaissance d'une décision de changement de sexe dans un état autre que celui où la décision a été prise. Or, le souci majeur à l'heure actuelle, sur ce thème récurrent de l'état civil, est d'abord de faire reconnaître par l'état lui-même la modification du sexe de son propre ressortissant, et d'en définir les conditions.

Le seul article pertinent dans le champ de notre étude est l'article 2 de la convention, qui énumère les cas dans lesquels la reconnaissance de modification peut être refusée par un état tiers. C'est notamment le cas où l' « *adaptation physique n'a pas été réalisée et constatée* ». Le rapport explicatif de la convention nous détaille ce qu'il faut entendre *par adaptation physique*. Cette notion y est définie comme l'adaptation la plus complète possible du corps, par des traitements médicaux et des interventions chirurgicales donnant à la personne l'apparence physique du sexe revendiqué.

La Convention de la CIEC apparaît donc plus restrictive que la résolution du Conseil de l'Europe, qui se contentait du constat de *transsexualisme irréversible*, laissant ainsi la possibilité aux Etats de placer eux-mêmes le curseur de « l'irréversibilité » : traitement hormonal ou opération de réassignation sexuelle ?

II.1.2. La jurisprudence européenne et communautaire

II.1.2.1. La jurisprudence de la CEDH sur le syndrome de dysphorie de genre

La persistance des autorités à déterminer le sexe des personnes à partir de critères biologiques, et à refuser d'annoter ou mettre à jour les registres des naissances, afin qu'y figure la nouvelle identité sexuelle des transsexuels opérés, est à l'origine d'une jurisprudence abondante de la Cour européenne des droits de l'homme.

Les articles régulièrement invoqués par les demandeurs sont les suivants :

- article 8 : droit au respect de la vie privée et familiale
- article 12 : droit au mariage
- article 14 : refus des discriminations

Les plaintes des demandeurs portaient sur plusieurs thèmes : le changement de la mention du sexe dans l'état civil, le mariage, la reconnaissance de paternité.

Avant d'entrer plus en détail dans l'analyse du contentieux, il convient de citer la définition du transsexualisme retenue par la CEDH, dans la première affaire dans laquelle la Cour a été appelée à se prononcer, l'arrêt *Rees c/ Royaume-Uni*⁸², en 1986.

« *On entend par transsexuels, nous dit la Cour, les personnes qui, tout en appartenant physiquement à un sexe, ont le sentiment d'appartenir à un autre ; elles essaient souvent d'accéder à une identité plus cohérente et moins équivoque en se soumettant à des soins médicaux et à des interventions chirurgicales afin d'adapter leurs caractères physiques à leur caractère psychique. Les transsexuels ainsi opérés forment un groupe assez bien déterminé et déterminable.* »⁸³

Transsexualisme et modification de la mention du sexe à l'état civil

La première revendication des transsexuels a été celle de la reconnaissance de leur droit à rectification des actes d'état civil, au titre de l'article 8 de la Convention, c'est-à-dire le droit au respect de la vie privée.

⁸² Affaire *Rees c/Royaume-Uni* du 10 octobre 1986, requête n°9532/81.

⁸³ Point I – B / Observation de l'article 8, de l'affaire *Rees c/Royaume-Uni* du 10 octobre 1986, requête n°9532/81.

– C'est dans cette optique que M. Rees saisit la CEDH, se plaignant que le droit britannique ne lui conférait pas un statut juridique correspondant à sa condition réelle.

Or, la situation britannique est assez particulière au regard des autres pays européens. En effet, le droit anglais autorise chacun à choisir les noms et prénoms qu'il veut et à les utiliser à sa guise. De plus, les extraits d'état civil et les pièces d'identités équivalentes ne sont ni exigées, ni en usage au Royaume-Uni. Quant aux documents concernant les transsexuels, l'administration les rédige d'une manière concordante à tous égards avec la nouvelle identité. En pratique, la personne transsexuelle pouvait faire insérer dans son passeport une photographie récente et le titre de Monsieur, Madame ou Mademoiselle avant le nom choisi. La Cour reconnaissait dans son dispositif que cette faculté procurait à ces personnes un avantage considérable par rapport aux états où tous les documents officiels doivent concorder avec l'état civil. La réglementation du Royaume Uni comportant des aménagements suffisants pour qu'une personne présentant un syndrome de dysphorie de genre puisse vivre normalement, il n'y avait pas, en l'espèce, violation de l'article 8 de la CEDH.

– La Cour réitéra sa position en 1990 dans l'affaire Cossey⁸⁴.

La Cour acceptait donc de la part des états une certaine marge d'appréciation pour reconnaître ou non juridiquement le nouveau sexe des personnes transsexuelles opérées, sous la condition expresse que cette non reconnaissance n'entraîne pas pour l'intéressé des conséquences contraires à l'article 8 de la Convention, c'est-à-dire au respect de la vie privée. Cependant, la Cour laissait ouverte toute possibilité d'évolution en disposant que, si « *il faut pour le moment laisser à l'état défendeur le soin de déterminer jusqu'à quel point il peut répondre aux autres exigences des transsexuels, la Cour n'en demeure pas moins consciente de la gravité des problèmes que rencontrent ces derniers, comme du désarroi qui est le leur. La Convention doit toujours s'interpréter et s'appliquer à la lumière des conditions actuelles. Pourtant, la nécessité de mesures juridiques doit donner lieu à un examen constant eu égard, notamment, à l'évolution de la science et de la société.* »⁸⁵

– La condamnation de la France dans l'affaire B. c/ France en 1992⁸⁶ allait donner l'occasion au juge européen de préciser les limites de la latitude laissée aux états.

S'appuyant sur les faits d'espèce de façon très concrète, liés aux caractéristiques du système français (nécessité d'obtenir une décision judiciaire pour la rectification de l'état civil, mention du sexe sur de nombreux documents, numéro NIR [numéro d'identification au répertoire, de sécurité sociale ou INSEE]) et comparant le système britannique au système français⁸⁷, la Cour estima que la personne transsexuelle en France se trouvait quotidiennement dans une situation globale (discordance entre le sexe légal et le sexe apparent) incompatible avec le respect dû à la vie privée. La France fut donc en toute logique condamnée, ce qui aboutit en droit interne au revirement jurisprudentiel effectué par la Cour de Cassation le 11 décembre 1992⁸⁸.

– Cependant, dans l'affaire Sheffield et Horsham⁸⁹, l'état défendeur étant une fois de plus le Royaume-Uni, la cour maintenait, malgré la condamnation récente de la France, la position adoptée dans les affaires Rees et Cossey, reconnaissant au Royaume-Uni la possibilité d'invoquer sa marge d'appréciation pour défendre son refus de reconnaître juridiquement le nouveau sexe des transsexuels opérés.

⁸⁴ Affaire Cossey c/Royaume-Uni du 27 septembre 1990, requête n°10843/84.

⁸⁵ L'affaire Rees c/Royaume-Uni du 10 octobre 1986, requête n°9532/81, § 47 ; Affaire Cossey c/Royaume-U ni du 27 septembre 1990, requête n°10843/84 § 42.

⁸⁶ Affaire B. c/ France du 25 mars 1992, requête n°133 43/87.

⁸⁷ La Cour estimant que le sort des transsexuels apparaît, à l'examen, beaucoup plus dur en France qu'en Angleterre sur une série de points, § 49 de l'affaire B c/ France du 25 mars 1992, requête n°13343/87.

⁸⁸ Cour de Cassation, assemblée plénière, arrêt n°91 -11.900 du 11 décembre 1992.

⁸⁹ Affaire Sheffield et Horsham du 30 juillet 1998, requête n°31-32/1997/815 et 816/1018-1019.

– Un revirement de la cour intervint en 2002, par les arrêts *Christine Goodwin c/ Royaume-Uni*⁹⁰ et *I. c/ Royaume-Uni*⁹¹, rendus le même jour, la CEDH faisant, d'après certains commentateurs, « *le saut de l'ange* »⁹². La cour, afin de justifier son revirement, se place, comme elle l'avait fait précédemment dans les arrêts *Rees* et *Cossey*, dans une méthode d'interprétation évolutive, en soulignant l'importance d'examiner de manière permanente la nécessité de mesures juridiques appropriées en la matière. Elle décida donc d'évaluer en l'espèce, « *à la lumière des conditions d'aujourd'hui* », l'interprétation et l'application de la Convention s'imposant à ce moment précis.

Partant du constat que la dignité et la liberté de l'homme sont l'essence même de la Convention et, qu'au XXI^e siècle, les transsexuels doivent avoir la faculté de jouir pleinement, à l'instar de leurs concitoyens, du droit au développement personnel et à l'intégrité physique et morale, la Cour estimait que la question relative aux personnes transsexuelles ne saurait plus être considérée comme une question controversée exigeant du temps pour que l'on parvienne à appréhender plus clairement les problèmes en jeu. Toujours selon la Cour, la situation insatisfaisante des transsexuels opérés, qui vivent « entre deux mondes », ne pouvait plus durer. La Cour estimait en effet que les difficultés avancées par les états pour modifier leur système n'étaient pas insurmontables si l'on se limitait aux transsexuels opérés. De plus, il n'avait pas été démontré qu'une modification de la condition des transsexuels risquerait d'entraîner des difficultés concrètes ou notables ou une atteinte à l'intérêt public. Quant aux autres conséquences éventuelles, on pouvait raisonnablement exiger de la société qu'elle accepte certains inconvénients afin de permettre à des personnes de vivre dans la dignité et le respect, conformément à l'identité sexuelle choisie par elles.

La Cour décida ainsi de revenir sur la marge d'appréciation laissée aux états en la matière, la notion de juste équilibre inhérente à la Convention faisant désormais résolument pencher la balance en faveur de la personne transsexuelle⁹³.

Les états signataires de la Convention sont donc depuis 2002 dans l'obligation de reconnaître juridiquement la nouvelle identité de la personne transsexuelle, et de procéder à la rectification de la mention du sexe dans l'état civil de l'intéressé.

Cependant, il appartient toujours à l'état de déterminer les conditions dans lesquelles il estime qu'une conversion sexuelle a été réalisée.

Transsexualisme et conditions préalables à l'opération de réassignation sexuelle : remise en cause du délai de deux ans

Dans un arrêt récent de 2009⁹⁴, la Cour confirme sa jurisprudence de 2002⁹⁵ tout en apportant des précisions quant aux conditions d'octroi du remboursement des frais d'opération de conversion sexuelle.

En l'espèce, une transsexuelle suisse dont l'assurance maladie avait refusé de rembourser les frais d'opération lors de son changement de sexe, a saisi la Cour européenne des droits de l'homme sur le fondement d'une violation de son droit à un procès équitable et de son droit au respect de la vie privée garantis par les articles 6 et 8 de la Convention.

Le Tribunal suisse avait considéré que les frais de conversion sexuelle ne relevaient pas de prestations obligatoires de l'assurance-maladie. Il avait notamment estimé que le délai d'observation de deux ans, pendant lequel la personne assume sa nouvelle identité sexuelle et suit des traitements à cet effet, n'avait pas été respecté.

⁹⁰ Affaire *Christine Goodwin c/ Royaume-Uni* du 11 juillet 2002, requête n°28957/95.

⁹¹ Affaire *I. c/ Royaume-Uni* du 11 juillet 2002, requête 25680/94.

⁹² RTDC 2002, page 862, JP Marguénaud, « Transsexualisme : la CEDH fait le saut de l'ange ».

⁹³ Extrait du communiqué de presse relatif à l'arrêt *Goodwin*.

⁹⁴ Affaire *Schlumpf c/ Suisse* du 8 janvier 2009, requête n°29002/06

⁹⁵ Affaire *Christine Goodwin c/ Royaume-Uni* du 11 juillet 2002, requête n°28957/95

Or la Cour a estimé que le délai de deux ans aurait dû être reconsidéré au vu de l'expertise médicale, et notamment de l'âge avancé de la requérante. En effet, les juges ont rappelé que les opérations de conversion sexuelle doivent s'appuyer sur des connaissances médicales spécialisées, et qu'il ne s'agit pas d'une « affaire d'appréciation juridique »⁹⁶.

La Cour a estimé que le délai de deux ans ne devait pas être appliqué mécaniquement mais qu'il y avait lieu d'admettre une exception au regard des circonstances spécifiques.

Ainsi par cette décision, la Cour entend remettre en cause le délai de deux ans préalable à l'opération de conversion sexuelle. Cette remise en cause se justifierait par la particularité de chacune des situations dans laquelle se trouvent les transsexuels, et ce conformément au droit au respect de la vie privée.

Transsexualisme et droit au mariage

Dans plusieurs cas, la saisine de la cour par la personne transsexuelle était motivée, outre la demande de reconnaissance juridique du changement de sexe, par la demande de reconnaissance juridique d'un droit au mariage.

– La CEDH a d'abord maintenu, dans les affaires Rees, Cossey et Sheffield et Horsham, une position disposant que l'article 12 de la convention, en garantissant le droit à se marier, visait le mariage entre personnes de sexe biologique différent. La Cour ajoutait que l'évolution enregistrée jusqu'alors, même si certains états pouvaient considérer comme valable un mariage entre une personne transsexuelle et une personne du sexe opposé, ne saurait passer pour la preuve d'un abandon général du concept traditionnel de mariage. La Cour voyait donc dans l'attachement au concept traditionnel un motif suffisant pour continuer à appliquer des critères biologiques pour déterminer le sexe d'une personne aux fins de mariage, cette matière relevant du pouvoir dont jouissent les états de réglementer par des lois l'exercice du droit de se marier⁹⁷.

– Dans la droite ligne de la question de l'état civil et de la reconnaissance juridique du changement de sexe, le revirement de jurisprudence sur la question du mariage pour les personnes transsexuelles s'opéra en 2002 par les mêmes arrêts Goodwin et I.

En effet, si l'article 12 de la Convention vise expressément le droit pour un homme et une femme de se marier, la Cour s'annonçait non convaincue que l'on puisse continuer d'admettre que ces termes impliquaient que le sexe doit être déterminé selon des critères purement biologiques. Elle constatait que, depuis l'adoption de la Convention dans les années 1950, l'institution du mariage avait été profondément bouleversée par l'évolution de la société, et que les progrès de la médecine et de la science avaient entraîné des changements radicaux dans le domaine de la transsexualité. La Cour constatait ainsi, sur le terrain de l'article 8 de la convention, que la non-concordance des facteurs biologiques ne pouvait plus constituer un motif suffisant pour justifier le refus de reconnaître juridiquement un changement de sexe. Le droit garanti par l'article 8 n'englobait toutefois pas toutes les questions posées sur le terrain de l'article 12, lequel mentionne expressément les conditions imposées par les lois nationales.

La Cour examina donc si le fait que le droit national retienne aux fins du mariage le sexe enregistré à la naissance constituait en l'espèce une limitation portant atteinte à la substance même du droit de se marier. A cet égard, elle jugea artificiel d'affirmer que les personnes ayant subi une opération de conversion sexuelle n'étaient pas privées du droit de se marier, puisqu'il leur demeurait possible d'épouser une personne du sexe opposé à leur ancien sexe. Si une personne devenue femme souhaitait épouser un homme, elle n'en avait pas la possibilité. Elle pouvait donc se plaindre d'une atteinte à la substance même de son droit de se marier.

⁹⁶ Affaire Van Kück c/ Allemagne du 12 juin 2003, requête n°35968/97

⁹⁷ Affaire Cossey c/Royaume-Uni du 27 septembre 1990, requête n°10843/84, § 46.

Cependant, s'il appartient à l'Etat de déterminer les conditions pour établir qu'une conversion sexuelle a bien été réalisée et celles dans lesquelles un mariage antérieur cesse d'être valable, ou encore les formalités applicables à un futur mariage, aucune raison ne justifie plus de priver en toutes circonstances les transsexuels du droit de se marier⁹⁸.

Transsexualisme et reconnaissance des droits parentaux face à la procréation médicalement assistée

La CEDH s'est prononcée sur cette question en 1997 dans l'arrêt X.Y.Z.c/ Royaume-Uni⁹⁹. Les faits étaient les suivants : le premier requérant, X, était un transsexuel passé du sexe féminin au sexe masculin, qui entretenait une relation constante et stable avec Y, femme de son état. Y donna naissance à Z, conçue par insémination artificielle au moyen du sperme d'un donneur. Le port du nom de X avait été accordé à l'enfant, cependant, la reconnaissance de la filiation lui avait été refusée, aucune règle ne permettant d'établir la paternité d'une personne qui ne serait pas biologiquement de sexe masculin. Le couple avait donc saisi la Cour, en soutenant que le refus portait atteinte à leur vie familiale.

La question posée ici se distinguait des affaires Rees, Cossey et Sheffield et Horsham. Le demandeur ne demandait pas la modification de l'indication de son sexe dans le registre de l'état civil, mais invoquait l'intérêt de l'enfant à ce qu'une personne transsexuelle assumant socialement le rôle de père soit également reconnue comme tel par le droit. L'affaire fut donc examinée sous l'angle de la vie familiale, plutôt que sous celui de la vie privée.

La Cour a répondu qu'il était de l'intérêt de la société de préserver la cohérence des règles du droit de la famille plaçant au premier plan l'intérêt de l'enfant. Sur ce point, elle estimait que la modification de la filiation réclamée ne servirait pas nécessairement l'intérêt de l'enfant et pourrait provoquer des incohérences si l'on admettait qu'un transsexuel puisse devenir père suite à une conversion, et qu'il conserve d'autre part son sexe d'origine au regard de certaines institutions juridiques telles que le mariage (nous sommes ici avant l'arrêt Goodwin). Une réforme du droit pouvait donc avoir des conséquences indésirables ou imprévues pour les enfants se trouvant dans la même situation que Z.

La Cour a d'autre part considéré que les inconvénients supportés par les requérants qui découlaient du refus de reconnaître légalement X comme le père de Z pouvaient être surmontés si X et Y prenaient des mesures appropriées (rédaction d'un testament, demande d'ordonnance de garde conjointe). Elle a conclu qu'en l'absence d'une approche générale suivie par les Etats, l'article 8 de la convention n'impliquait pas une obligation pour ces derniers de reconnaître en tant que père légal de l'enfant une personne qui n'en était pas le père biologique. La Cour laissait donc le soin à chaque état de résoudre cette difficulté, avec le bénéfice d'une large marge d'appréciation.

II.1.2.2. La jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés Européennes (CJCE)

La CJCE a rendu peu de décisions sur la question des transsexuels. Ce constat est conforme à l'état du droit communautaire, puisque les questions abordées dans le cadre du syndrome de dysphorie de genre ressortent du domaine de compétence exclusive des états membres, et non celui de l'UE.

Licenciement, discrimination et transsexualisme

On peut citer sous cette rubrique l'affaire P c/ S. et *Cornwall County Council*¹⁰⁰ en 1996. La CJCE avait été saisie suite au licenciement d'un transsexuel, pour un motif lié à sa conversion sexuelle.

⁹⁸ Extrait du communiqué de presse relatif à l'arrêt Goodwin.

⁹⁹ Affaire X.Y.Z.c/ Royaume-Uni⁹⁹ du 22 avril 1997.

¹⁰⁰ CJCE C-13/94, P c/ S. et Cornwall County Council du 30 avril 1996.

S'appuyant sur la directive relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes¹⁰¹, l'arrêt dispose que le droit de ne pas être discriminé en raison de son sexe constitue l'un des droits fondamentaux de la personne humaine. Ainsi, le champ d'application de la directive ne saurait être réduit aux seules discriminations découlant de l'appartenance à l'un ou l'autre sexe. Il a vocation à s'étendre aux discriminations qui trouvent leur origine dans la conversion sexuelle, celles-ci étant fondées essentiellement, sinon exclusivement, sur le sexe de l'intéressé. Licencier une personne au motif qu'elle a l'intention de subir ou qu'elle a subi une conversion sexuelle signifie lui infliger un traitement défavorable par rapport aux personnes du sexe auquel elle était réputée appartenir avant cette opération.

Transsexualisme et conversion des droits sociaux

Deux arrêts de la CJCE vont s'intéresser à la question du versement des pensions de retraite et de réversion.

– Le premier arrêt, *K.B. c/ National Health Service Pensions Agency and Secretary of State for Health*¹⁰², s'interroge sur le bénéficiaire de la pension de réversion du conjoint survivant, lorsque celui est une personne transsexuelle.

Les faits étaient les suivants : une infirmière, qui avait cotisé au régime de retraite du *National Health Service* durant toute sa carrière, souhaitait que son compagnon, qui avait subi une opération de conversion sexuelle le faisant passer du sexe féminin au sexe masculin, puisse bénéficier d'une pension de veuf. Or, la législation du Royaume-Uni empêchait un transsexuel de se marier conformément à son nouveau sexe, parce qu'il était impossible de modifier l'acte de naissance mentionnant le sexe d'origine. Par ailleurs, la loi réputait nul tout mariage dans lequel les conjoints n'étaient pas respectivement de sexe masculin et de sexe féminin. Cette interdiction de la loi privait donc le compagnon de l'infirmière de recevoir la fameuse pension de conversion.

Afin de parvenir à la condamnation de cette situation, le juge communautaire procède à un raisonnement hardi, constitué de l'enchaînement de deux syllogismes¹⁰³ : le droit anglais subordonne l'octroi d'une pension de réversion à la condition du mariage entre le travailleur et le bénéficiaire ; or le droit anglais n'autorise pas le mariage des transsexuels ; donc selon le droit anglais, une personne transsexuelle ne peut bénéficier d'une pension de réversion en tant que conjoint d'une personne opposée à son nouveau sexe. Or l'interdiction du mariage du transsexuel constitue une discrimination fondée sur le sexe au sens de l'article 141 du traité CE ; donc le droit anglais est contraire au droit communautaire.

Pour cela, la CJCE s'appuie sur l'arrêt *Goodwin* (CEDH), qui a admis le droit au mariage des transsexuels. Par conséquent, pour la CJCE, une législation nationale qui, en ne reconnaissant pas la nouvelle identité des transsexuels, leur interdit l'accès au mariage, est contraire au droit communautaire si elle a pour conséquence de les priver du bénéfice d'une pension de réversion.

– Le second arrêt, *Sarah Margaret Rochards c/ Secretary of State for Work and Pensions*, posait la question de savoir si la directive relative à l'égalité de traitement en matière de sécurité sociale¹⁰⁴ permettait de refuser le bénéfice d'une pension de retraite à une transsexuelle passée du sexe masculin à celui de féminin avant qu'elle n'ait atteint l'âge de 65 ans, alors qu'elle aurait eu droit à une telle pension à l'âge de 60 ans si elle avait

¹⁰¹ Directive 76/207/CEE du Conseil, du 9 février 1976, relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en ce qui concerne l'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelles, et les conditions de travail.

¹⁰² CJCE du 7 janvier 2004, affaire C-117/01.

¹⁰³ Nous reprenons ici le commentaire d'Olivier Dubos, « Le mariage, une femme, un homme : sur quelques nouvelles possibilités », *La Semaine juridique Administrations et Collectivités territoriales*, n° 21, du 17 mai 2004, page 715.

¹⁰⁴ Directive 79/7/CEE du Conseil du 19 décembre 1978 relative à la mise en œuvre progressive du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière de sécurité sociale.

été considérée comme femme. La Grande-Bretagne avait elle-même saisi la CJCE dans le cadre d'une demande de décision préjudicielle portant sur l'interprétation de la directive précitée.

En effet, en Grande Bretagne, la loi sur la reconnaissance sexuelle (*Gender Recognition Act* de 2004) permet, sous certaines conditions, la délivrance aux transsexuels d'un certificat de reconnaissance du genre sexuel (*Gender Recognition Certificate*). La délivrance d'un tel certificat modifie l'identité sexuelle de la personne concernée, mais n'a pas d'effet rétroactif.

Le ministère en charge des pensions avait donc refusé d'accorder à une transsexuelle passée du sexe masculin à celui de féminin le bénéfice de sa pension avant l'âge de 65 ans. La CJCE a déclaré contraire à la directive une telle pratique, au motif que, trouvant son origine dans la conversion sexuelle, et s'inscrivant ainsi dans le prolongement de l'arrêt P c/ S. et Cornwall County Council, cette inégalité de traitement devait être considérée comme une discrimination interdite par la directive.

Conclusions sur la jurisprudence de la CJCE et de la CEDH

Après une période que l'on pourrait qualifier d'immobilisme, où les juridictions intergouvernementales laissaient une marge d'appréciation importante aux états pour régler la situation juridique des transsexuels, on a assisté en 2002 à un changement important dans la position de ces instances, celles-ci décidant de s'immiscer dans la pratique administrative et juridique des états, en restreignant de façon importante leur marge de manœuvre – peut-être eu égard à l'inaction de certains états. On a vu que la CEDH, dans l'arrêt Goodwin, n'hésite pas à pointer cette inaction, en disposant que la situation des transsexuels, « vivant entre deux mondes », ne pouvait plus durer. On ne peut être plus explicite.

Il est intéressant de se pencher maintenant sur la pratique des états, afin d'étudier la façon dont ces derniers ont répercuté cette jurisprudence au sein de leur législation interne.

II.2. La pratique juridique des États européens face à la question du syndrome de dysphorie de genre

Le statut juridique des personnes présentant un syndrome de dysphorie de genre a été abordé de manière différente par les états européens. Si certains états ont assez tôt légiféré dans ce domaine, on observe cependant un nouveau mouvement législatif en faveur d'un encadrement réglementaire de la dysphorie de genre, soit à la suite d'une condamnation de la CEDH (Royaume-Uni), soit spontanément (Espagne). Enfin, certains pays ne possèdent pas de législation spécifique, voire refusent de légiférer sur la question, laissant à leurs tribunaux le soin de régler ces questions au cas par cas.

II.2.1. Les pays dotés d'une législation

II.2.1.1. Les législations « anciennes »

L'Allemagne¹⁰⁵

Depuis 1980, il existe en Allemagne deux procédures judiciaires, issues de la loi sur « le changement des prénoms et la constatation de l'appartenance à un sexe dans des cas particuliers »¹⁰⁶ :

- la solution restreinte, *kleine Lösung*, limitée au changement du prénom ;

¹⁰⁵ Notre analyse est basée sur le rapport de la Commission Internationale de l'Etat Civil (CIEC), *Le transsexualisme en Europe*, Note de synthèse de Madame Frédérique Granet, mis à jour le 20 septembre 2002.

¹⁰⁶ Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen [Transsexuellengesetz – TSG] vom 10 September 1980, BGBl.I.s.1654.

- la solution large, große Lösung, comportant une décision du tribunal constatant le changement de sexe et entraînant de facto la modification du sexe dans l'état civil.

Dans ce deuxième cas, les conditions d'admission de la requête sont les suivantes :

- être de nationalité allemande ;
- ne pas être marié, ou que le mariage ait été dissous ;
- être définitivement incapable de procréer ;
- s'identifier depuis au moins trois ans avec le sexe opposé à celui indiqué par l'acte de naissance, et que ce sentiment soit irréversible ;
- avoir subi une intervention chirurgicale ayant modifié les signes extérieurs caractéristiques du sexe d'origine, et ayant donné l'apparence physique de l'autre sexe.

Les Pays-Bas

Le demandeur doit être de nationalité néerlandaise, ou un étranger résidant dans le pays depuis au moins un an. Il doit justifier des conditions suivantes :

- ne pas être marié,
- être définitivement incapable de procréer,
- avoir subi une expertise médicale établissant la réalité du syndrome transsexuel et la conviction irréversible du demandeur de son appartenance au sexe opposé,
- avoir subi une intervention chirurgicale ayant modifié l'apparence corporelle.

L'Italie¹⁰⁷

L'Italie s'est dotée d'une législation dès 1982¹⁰⁸. Celle-ci retient un système équivalent à la « solution large » connue en Allemagne.

Toute personne âgée d'au moins 18 ans peut demander que son état civil soit rectifié lorsque des modifications de ses caractéristiques sexuelles se sont produites. La loi ne précise pas si ces modifications doivent être la conséquence d'une intervention chirurgicale pour changer de sexe, d'un traitement médical hormonal ou d'une évolution naturelle. Elle n'impose pas de conditions spécifiques telles que période d'essai, irréversibilité du choix ou impossibilité de procréer. Il semblerait que l'absence de conditions particulières relative au traitement, à l'âge et à la capacité de se marier ait provoqué l'année suivante une augmentation d'au moins 20 % des demandes¹⁰⁹.

La jurisprudence italienne a précisé que, conformément aux connaissances de la science médicale, le sexe d'une personne est le résultat de plusieurs facteurs biologiques et psychologiques qui peuvent se trouver en opposition l'un avec l'autre, et qu'un transsexuel peut être défini comme une personne qui n'est pas à l'aise avec son sexe anatomique et se comporte habituellement comme une personne du sexe opposé. Du point de vue médical et juridique, toujours selon la jurisprudence, il est possible de reconnaître dans cette personne un sexe différent, lorsque le comportement psychologique est confirmé par l'acceptation du traitement chirurgical afin de modifier dans la mesure du possible les organes génitaux externes. La jurisprudence vient donc ajouter une condition supplémentaire à la loi, en imposant une opération de réassignation sexuelle.

¹⁰⁷ Notre analyse est basée sur le rapport de la Commission Internationale de l'Etat Civil (CIEC), *Le transsexualisme en Europe*, Note de synthèse de Madame Frédérique Granet, mis à jour le 20 septembre 2002.

¹⁰⁸ Loi n°164 du 14 avril 1982 modifiée le 3 novembre 2000 sur la « rectification de l'attribution du sexe »

¹⁰⁹ Le Monde, 4 mars 1983.

C'est au tribunal qu'il appartient de décider si ces conditions sont remplies. La procédure est simple : notification doit être donnée à tout partenaire et à tout enfant, l'intervention du ministère public est obligatoire, l'opération doit être autorisée par le tribunal afin d'établir le sérieux de l'intention et l'existence des conditions (psychologiques et physiques). Si nécessaire, il peut être demandé à un expert de donner un avis sur « *les conditions psycho-sexuelles de l'intéressé* ».

La décision du tribunal est rendue par un jugement qui ordonne aux autorités compétentes de rectifier l'indication du sexe de l'intéressé dans le registre des naissances.

Le changement de prénom est une conséquence du changement de sexe. Le mariage est annulé. Les liens de filiation demeurent inchangés. L'identité antérieure ne doit pas être mentionnée dans les actes d'état civil. En revanche, en cas de nouveau mariage, le fait que le partenaire ne connaisse pas la modification sexuelle peut être une cause d'annulation de cette union.

II.2.1.2. Les législations récentes

Le Royaume-Uni

La solution législative adoptée par le Royaume-Uni, suite à sa condamnation dans l'arrêt Goodwin, a donné naissance au *Gender Recognition Act 2004* (entrée en vigueur le 4 avril 2005), loi relative à la reconnaissance du genre sexuel. Cette loi permet aux transsexuels, qu'ils aient ou non subi une opération chirurgicale de conversion sexuelle, de demander la délivrance d'un *Gender Recognition Certificate*, moyen d'obtenir une reconnaissance du genre sexuel acquis par les personnes concernées. Ce certificat offre une reconnaissance légale aux transsexuels citoyens anglais. Il les autorise à acquérir un nouveau certificat de naissance, donc à se marier.

Toute personne âgée d'au moins 18 ans peut demander la délivrance d'un certificat de reconnaissance du genre sexuel dans les deux cas suivants :

- le demandeur souffre de dysphorie sexuelle médicalement constatée, vit depuis au moins deux ans selon son nouveau sexe et a l'intention de continuer ainsi jusqu'à sa mort ;
- ou le demandeur a légalement changé de sexe selon la loi d'un pays étranger figurant sur une liste dressée par le ministère compétent.

Le demandeur doit présenter sa requête à un comité spécial (panel), constitué de médecins praticiens, de psychologues ou, dit la loi, de personnes possédant une qualification légale pertinente. Ce *panel* va instruire la demande de certificat et, le cas échéant, délivrera ledit certificat. Si l'individu est marié, il ne pourra lui être délivré qu'un certificat temporaire, qui pourra être utilisé pour l'annulation du mariage. Après annulation de celui-ci, un certificat définitif sera délivré au transsexuel.

Le demandeur doit présenter les documents suivants :

- soit un rapport réalisé par un médecin pratiquant dans le domaine de la dysphorie de genre et un autre rapport réalisé par un médecin (qui ne pratique pas nécessairement dans ce domaine) ;
- soit un rapport d'un psychologue pratiquant dans ce domaine et un autre rapport réalisé par un médecin (qui ne pratique pas nécessairement dans ce domaine) ;
- une déclaration statutaire du demandeur mettant en évidence les conditions suivantes : avoir vécu au moins deux ans avec son nouveau sexe et avoir l'intention de vivre ainsi jusqu'à sa mort.

Les demandes visant une modification de l'état civil d'un transsexuel ne sont pas subordonnées à l'existence d'une intervention chirurgicale.

Lorsque le certificat définitif de reconnaissance du genre sexuel est délivré par le panel, l'individu acquiert le sexe opposé à celui d'origine. Cependant, la reconnaissance n'a pas d'effets rétroactifs : la délivrance du certificat n'affecte pas les événements passés.

Le nouveau certificat de naissance acquis à l'aide du certificat de reconnaissance du genre mentionne le nouveau sexe ainsi que le nouveau prénom et ne pourra en aucun cas se distinguer d'un autre certificat de naissance. Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels que certaines agences pourront être autorisées, mais seulement par la Cour, à accéder au registre de reconnaissance des genres.

L'Espagne

Initialement, l'Espagne n'apportait de solution à la question transsexuelle qu'au moyen de décisions jurisprudentielles ponctuelles. Ainsi, plusieurs décisions de la Cour Suprême ont permis la modification du sexe indiqué dans l'acte de naissance¹¹⁰, et ce, afin qu'il concorde avec le sexe social du sujet et que « *la personnalité de celui-ci puisse librement se développer.* »

Parallèlement, le droit espagnol prévoyait une procédure tendant seulement à modifier les prénoms, le syndrome de transsexualisme constituant l'intérêt du requérant, dont la demande était admise lorsqu'il choisissait un prénom mixte.

Le 8 novembre 2006, le Parlement espagnol a adopté une loi sur la rectification de l'état civil des personnes transsexuelles, dont la disposition phare permet à ces dernières de demander la modification du sexe sur l'état civil sans avoir fait l'objet d'une chirurgie de réassignation. Cette loi est entrée en vigueur en 2007. Elle a pour objet de déterminer les conditions nécessaires à cette demande, lorsque l'inscription sur les registres d'état civil ne correspond pas à la véritable identité de genre. La loi concerne également, par conséquence, le changement de prénom, afin d'éviter toute discordance avec le sexe demandé.

Les « considérants » de la loi méritent d'être cités. Ainsi, nous dit-elle, la transsexualité, définie comme une modification de l'identité de genre, a fait l'objet de nombreuses études, tant en médecine qu'en psychologie. C'est une réalité sociale, qui requiert une réponse du législateur pour que la mention initiale relative au sexe ainsi que le prénom puissent être modifiés sur l'état civil, afin de garantir le libre développement de la personnalité et de la dignité des personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe initialement déclaré.

Cette loi est adoptée dans le but de garantir la sécurité juridique et les exigences de l'intérêt général.

Peuvent demander le bénéfice de cette loi toute personne de nationalité espagnole, majeure et capable d'un point de vue juridique.

Les conditions pour accéder à la rectification du sexe sur l'état civil sont les suivantes :

- dysphorie de genre établie par un collège de médecins ou psychologues,
- suivi pendant au moins deux ans d'un traitement dont le but est d'accommoder les caractéristiques physiques à celles correspondantes au sexe réclamé.

La chirurgie de réassignation sexuelle n'est pas obligatoire.

Les effets juridiques de la modification demandée entrent en vigueur dès leur notification dans le registre d'état civil. Cette rectification permettra à la personne d'exercer tous les droits inhérents à sa nouvelle condition. Cependant, ce changement n'altère pas les droits et obligations qu'elle possédait antérieurement.

Le changement de la mention du sexe entraîne de facto une demande de changement de prénom, sauf si le prénom de la personne est déjà en conformité avec la nature de son sexe.

¹¹⁰ Décisions des 2 juillet 1987, 15 juillet 1988, 3 mars 1989 et 19 avril 1991

La Belgique

En Belgique, la situation juridique des transsexuels était essentiellement envisagée sur le versant jurisprudentiel¹¹¹. Les tribunaux ont bien entendu été saisis de demandes de rectification de la mention du sexe dans l'état civil. Initialement traitées comme des actions en rectification de l'acte, ces actions ont ensuite été considérées comme de véritables actions d'état.

La jurisprudence était loin d'être unifiée : la Cour d'Appel de Bruxelles avait ainsi rejeté une demande de rectification de la mention du sexe, malgré les interventions chirurgicales et les tendances psychopathologiques de la requérante, au motif qu'il n'était pas prouvé qu'au moment de la rédaction de l'acte de naissance, elle aurait été du sexe opposé¹¹². Certains tribunaux ont ordonné la modification de l'indication du sexe et du prénom dans les actes d'état civil en cas de « transsexualisme vrai » (précoce), au motif pris d'une erreur des parents sur le choix des prénoms, alors que d'autres le refusaient en l'absence de distorsion entre le sexe fondamental et les caractères secondaires.

Une loi relative à la transsexualité a désormais été adoptée le 10 mai 2007. Elle a pour but de faciliter la modification de la mention du sexe dans l'état civil, ainsi que la modification du prénom.

a. La modification du sexe dans l'état civil

Le bénéfice de cette loi, s'adresse à tout citoyen belge, mais aussi (contrairement aux lois espagnole et anglaise) à tout étranger inscrit aux registres de la population. Une déclaration de changement d'identité pourra être établie en Belgique, si le déclarant est belge ou est inscrit à titre principal en Belgique, dans les registres de la population ou le registre des étrangers.

Une définition de la personne transsexuelle figure dans ce texte. C'est, nous dit la loi, « une personne qui a la conviction intime, constante et irréversible d'appartenir au sexe opposé à celui qui est indiqué dans son acte de naissance, et dont le corps a été adapté à ce sexe opposé dans toute la mesure de ce qui est possible et justifié du point de vue médical¹¹³ ».

La loi émet la condition d'une intervention chirurgicale pour la modification de la mention du sexe, *sauf* à l'intéressé de démontrer que l'intervention présente des risques mettant en péril sa santé.

La loi fait jouer à l'officier d'état civil un rôle central. C'est lui qui instruit la demande et décide ou non d'y donner suite.

Le demandeur doit remettre à l'officier d'état civil de la commune dans laquelle il est inscrit aux registres de la population une déclaration des médecins traitant attestant que :

- l'intéressé a la conviction intime, constante et irréversible d'appartenir au sexe opposé à celui qui est indiqué dans l'acte de naissance ;
- l'intéressé a subi une réassignation sexuelle qui le fait correspondre au sexe opposé auquel il a la conviction d'appartenir, dans toute la mesure de ce qui est possible et justifié du point de vue médical ;
- l'intéressé n'est plus en mesure de concevoir des enfants conformément à son sexe précédent.

¹¹¹ Notre analyse sur le versant jurisprudentiel est basée sur le rapport de la Commission Internationale de l'Etat Civil (CIEC), *Le transsexualisme en Europe*, Note de synthèse réalisée par Madame Frédérique Granet, mis à jour le 20 septembre 2002.

¹¹² Affaire D. Van Oosterwijk.

¹¹³ Article 62Bis §1 du Code civil modifié par la loi du 10 mai 2007.

L'officier d'état civil établit, à partir de cette déclaration, un acte portant mention du nouveau sexe. Cet acte est inscrit au plus tôt dans les 30 jours après l'expiration du délai de recours contre la décision de l'officier d'état civil, dans le registre des naissances. Cependant, dans les extraits d'acte de naissance, il n'est pas fait mention de l'ancien sexe, ni du changement de sexe.

Il est fait mention du changement de sexe en marge des actes de l'état civil du demandeur.

Cette modification ne modifie en rien les liens de filiation existants, ni les droits, pouvoirs et obligations qui en découlent.

En cas de refus de l'officier d'état civil de procéder à la modification, celui-ci devra motiver son refus, qui sera transmis sans délai à la partie intéressée et au procureur du Roi, et susceptible de recours contentieux.

Enfin, toute personne qui possède un intérêt, ainsi que le procureur du Roi, peut contester la décision de l'officier d'état civil, que ce soit celle d'accorder la modification ou celle du refus.

b. La demande de modification de prénom

Les personnes qui ont la conviction intime, constante et irréversible d'appartenir au sexe opposé à celui indiqué sur leur acte de naissance et qui ont adopté le rôle sexuel correspondant doivent joindre à leur demande de changement de prénom une déclaration d'un psychiatre et d'un endocrinologue.

Cette attestation doit contenir les éléments suivants :

- l'intéressé a la conviction intime, constante et irréversible d'appartenir au sexe opposé à celui qui est indiqué dans l'acte de naissance ;
- l'intéressé suit ou a suivi un traitement hormonal de substitution visant à induire les caractéristiques sexuelles physiques du sexe désiré ;
- le changement de prénom constitue une donnée essentielle lors du changement de rôle.

II.2.2. Les pays en cours d'adoption de législation : la Lituanie

La Lituanie vient d'être condamnée par la CEDH, dans un arrêt du 11 septembre 2007, *L. c. Lituanie*, requête n° 2752703/03, pour non application de la législation ayant trait à la conversion sexuelle des transsexuels.

En effet, l'article 2.27 § 1 du code civil lituanien, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2003, dispose qu'un célibataire a droit à une conversion sexuelle médicale si cela est médicalement possible. Le second paragraphe de cette disposition prévoit que les conditions et la procédure de conversion sexuelle sont fixées par la loi. Or, à ce jour, aucune disposition n'a encore été adoptée.

La CEDH, saisie par un plaignant, qui avait subi une opération chirurgicale de conversion sexuelle partielle, à savoir l'ablation des seins, en prévision et dans l'attente des mesures d'application du nouveau code civil, a ainsi condamné la Lituanie à adopter les textes permettant de mettre en application l'article 2.27 § 1 de son code civil.

II.2.3. Les pays sans législation

A l'instar de la France, en l'absence de législation, c'est la jurisprudence qui s'est trouvée dans l'obligation de déterminer les critères nécessaires pour une admission à la rectification de la mention du sexe dans l'état civil.

- **Au Portugal**, les juridictions accèdent à la demande si le demandeur a la conviction intime, et de façon irréversible, qu'il appartient à l'autre sexe, dont il doit avoir acquis

chirurgicalement l'apparence. De plus, le demandeur ne doit pas être marié, et doit être dans l'incapacité de procréer.

– **Au Luxembourg**, les tribunaux ne retiennent que les cas de « transsexualisme vrai », c'est-à-dire caractérisé par une discordance apparue précocement. Le demandeur doit avoir subi une intervention chirurgicale.

– **En Grèce**, les tribunaux admettent la modification de la mention du sexe dans l'état civil, à la suite d'une intervention chirurgicale commandée par des nécessités thérapeutiques (hermaphrodisme ou prédispositions psychologiques).

– **En Suisse**, une action d'État est admise par la jurisprudence afin de demander la modification du sexe. Celle-ci sera acceptée sous réserve d'une expertise médicale, et à condition que le demandeur ait fait l'objet d'une opération de réassignation sexuelle et qu'il ne soit pas apte à procréer. De plus, en cas de mariage antérieur, celui-ci devra avoir été dissous.

II.2.4. Conclusions sur la pratique des états européens

On retrouve certains points communs à travers la pratique des états :

- la dysphorie de genre doit être reconnue par une équipe d'experts et être irréversible ;
- la modification du sexe dans l'acte d'état civil n'emporte pas extinction des droits antérieurs et ne joue que pour l'avenir.

Le point principal de divergence entre les états est celui du placement de ce que l'on peut appeler le « curseur » du « transsexualisme irréversible », comme l'a nommé le Conseil de l'Europe. Faut-il aller jusqu'à l'opération de réassignation sexuelle afin d'acquiescer les critères d'un transsexualisme irréversible ? Ou peut-on se « contenter » d'un traitement par hormonothérapie qui peut placer l'intéressé, malgré l'absence de traitement chirurgical, dans une situation irréversible sur un plan biologique et physiologique ? Les derniers états ayant modifié leur législation ont opté pour cette solution.

L'émergence de cette nouvelle possibilité place ainsi les personnes présentant un syndrome de dysphorie de genre en rupture d'égalité de traitement sur un plan européen : certains peuvent désormais obtenir la modification de la mention du sexe dans leur état-civil, donc accéder à la reconnaissance sociale du sexe souhaité, à la suite d'un seul traitement psychologique et médicamenteux (hormonothérapie) ; d'autres en revanche devront recourir à une opération de réassignation sexuelle.

Les législations de plusieurs pays sont résumées en Annexe 8.

III. L'ASPECT MEDICO-LEGAL DU SYNDROME DE DYSPHORIE DE GENRE

Le syndrome de dysphorie de genre en France, dans ses aspects juridiques, recouvre également un aspect médico-légal.

En effet, plusieurs interrogations subsistent. Si l'aspect relatif à la responsabilité du chirurgien en charge de l'opération de réassignation sexuelle est aujourd'hui assez bien encadré, il en va différemment des aspects liés à la prise en charge par l'Assurance maladie du syndrome de dysphorie de genre, ainsi que des aspects liés à la prescription de l'hormonothérapie par les professionnels de santé.

Cependant, avant d'entrer dans le vif du sujet, il est intéressant d'étudier rapidement le syndrome de dysphorie de genre à la lumière du code de déontologie médicale.

III.1. Syndrome de dysphorie de genre et Code de déontologie médicale

Le syndrome de dysphorie de genre présente un aspect éthique, dans lequel l'aspect moral prend une dimension importante. La liberté de conscience du médecin ou « clause de conscience » prend ici toute son ampleur.

L'expression « clause de conscience » n'apparaît telle quelle dans aucun texte juridique. Elle a cependant été implicitement reconnue en médecine en 1975 par l'adoption de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), et codifiée à l'article L.2212-8 du CSP. Ainsi, nous dit le texte, un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG, mais il doit informer sans délai l'intéressé de son refus et lui communiquer immédiatement le nom d'un praticien susceptible de réaliser cette intervention. Cette disposition vise également les infirmiers et les auxiliaires médicaux. Une disposition similaire est prévue pour la stérilisation à visée contraceptive, l'article L.2123-1 du CSP disposant qu'un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive, mais qu'il doit alors informer l'intéressé de son refus dès la première consultation.

Cette liberté de conscience du médecin a été élevée au rang de principe fondamental reconnu par les lois de la République par le Conseil Constitutionnel en 2001¹¹⁴. Le Conseil Constitutionnel appuyait ainsi sa décision sur l'article 10 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, disposant que nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi ; mais également sur le préambule de la constitution de 1946, rappelant que nul ne peut être lésé dans son travail ou emploi en raison de ses origines, de ses opinions ou des ses croyances.

Cette « clause de conscience » est prévue dans le code de déontologie médicale¹¹⁵. Le médecin a un devoir d'écoute, de conseil, et se doit d'examiner et de soigner ses patients, quels que soient notamment les mœurs, leur réputation ou les sentiments éprouvés à leur égard. Le médecin se doit d'apporter son concours en toutes circonstances, sans jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. Cependant, si le code de déontologie affirme que la continuité des soins aux malades doit être assurée quelles que soient les circonstances, le même code dispose qu'un médecin peut, hors cas d'urgence et manquement à ses devoirs d'humanité, refuser ses soins pour des raisons professionnelles et/ou personnelles. La seule obligation du médecin réside alors en la transmission des informations au nouveau médecin désigné par le patient.

Ainsi, s'il peut apparaître à certains comme choquant le refus de certaines équipes chirurgicales françaises de pratiquer l'opération de réassignation sexuelle sur des personnes mariées ou qui sont parents d'enfants mineurs¹¹⁶, attitude qui pourrait être assimilée sur le plan juridique à une pratique discriminatoire, ce refus doit être néanmoins analysé au regard de la « clause de conscience » du médecin, qui peut constituer un moyen de refuser d'accomplir un acte médical qui heurterait les croyances ou les valeurs du praticien.

Cependant, au regard de l'organisation du service hospitalier, si on établit un parallèle avec la réglementation liée à l'IVG, seule réglementation qui reconnaît expressément l'opposabilité de la clause de conscience du médecin, un chef de service ne peut désormais plus refuser, pour des raisons de conscience, d'organiser dans son service la

¹¹⁴ Décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 – loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

¹¹⁵ Article R.4127-47 du CSP– article 47 du code de déontologie médicale

¹¹⁶ L'équipe « parisienne » annonce sur son site internet que la demande de transformation hormono-chirurgicale (THC) n'est pas applicable au patient marié (au moment de l'évaluation) ou parent d'un ou plusieurs enfants mineurs. Cf <http://www.transsexualisme.info/protocole.htm#equipe> - connexion au 7.12.2006.

pratique de l'IVG¹¹⁷. En revanche, il peut continuer de refuser de pratiquer lui-même des IVG. Cette disposition est, à l'heure actuelle, circonscrite au seul domaine de l'IVG.

III.2. La responsabilité du chirurgien

La reconnaissance du syndrome de dysphorie de genre en France a soulevé la question de la licéité de l'opération de réassignation sexuelle au regard du droit. En effet, la reconnaissance juridique du syndrome a été rendue d'autant plus difficile par le fait que l'intervention chirurgicale pratiquée était susceptible de tomber sous la qualification de l'article 222-9 du Code pénal, c'est-à-dire « Violences ayant entraîné une mutilation¹¹⁸ ou une infirmité permanente. »

Depuis 1999¹¹⁹, un acte médical portant atteinte à l'intégrité physique d'une personne est considéré comme licite s'il est justifié par une nécessité « médicale ».

Avant cette modification législative, la nécessité était seulement « thérapeutique », l'article 16-3 du Code Civil énonçant qu'il ne pouvait être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. L'interprétation restrictive de la *nécessité thérapeutique* retenue par les juridictions conduisait à une exclusion des actes dépourvus de toute finalité proprement thérapeutique.

D'où l'interrogation suivante : l'opération de réassignation sexuelle était-elle guidée par une nécessité thérapeutique ?

La question s'était posée devant la juridiction pénale. Le cas d'espèce, qui mérite d'être cité, est cependant particulier. Suite à une opération de réassignation sexuelle dont les résultats n'avaient pas été conformes aux attentes (à la suite de la première opération, trois autres avaient été nécessaires), le patient avait mis fin à ses jours. La famille avait porté plainte contre les chirurgiens, sur le fondement de l'article 222-9 du code pénal.

La cour d'appel¹²⁰ estimait que, d'une façon générale, l'article 222-9 du code pénal n'est pas applicable à la profession des chirurgiens – dans la mesure où la profession médicale est autorisée et réglementée par la loi, et que le chirurgien qui pratique une intervention chirurgicale cause volontairement une atteinte à l'intégrité physique de son patient. Ainsi, le chirurgien jouit d'une « impunité légale » – dans la mesure où son intervention est justifiée par un intérêt thérapeutique¹²¹.

Quelle est donc la situation juridique d'un chirurgien pratiquant une opération de réassignation sexuelle ?

Dans la mesure où l'intervention chirurgicale est un des « traitements » reconnu dans la dysphorie de genre, le but thérapeutique poursuivi soustrait le chirurgien à l'incrimination du crime de castration ou d'atteinte volontaire à l'intégrité corporelle. Cette immunité ne s'appliquait que dans l'exacte mesure du but thérapeutique, c'est à dire en présence d'un véritable cas, indiscutable, de transsexualisme.

¹¹⁷ Alors qu'avant la loi sur l'IVG du 4 juillet 2001, l'article L.2212-8, al.5-6-7 du CSP permettait au chef de service de refuser qu'il soit pratiqué dans son service des IVG. Dans ce cas, l'établissement devait alors créer une unité pour la pratique des IVG.

¹¹⁸ L'infraction de mutilation a remplacé l'ancien crime de castration de l'ex-article 316 du Code Pénal.

¹¹⁹ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JO 28 juillet 1999.

¹²⁰ Cour d'Appel d'Aix en Provence du 23/04/1990, n°ju risdata : 1990-604889.

¹²¹ Les faits reprochés, dans l'espèce citée, étaient d'une gravité particulière, car les experts mandatés par la Cour d'Appel avaient estimé que, suite à l'examen psychiatrique du patient et de son dossier, il n'était pas établi qu'une absence d'opération de réassignation sexuelle aurait été de nature à compromettre gravement son équilibre mental. La Cour de Cassation (Cass. Crim., 30 mai 1991, n°90-84.420) confirmait cette appréciation des faits, en s'interrogeant sur la définition de l'adjectif « thérapeutique » et en adoptant celle du dictionnaire Robert, cet adjectif englobant « *l'ensemble des actions et pratiques destinées à guérir* ». Les chirurgiens, dans cette espèce, se sont donc vus condamnés car, en apparence, l'opération de réassignation sexuelle n'était pas légalement autorisée.

Certes, avec la modification de la législation intervenue en 1999, le champ d'activité de la loi, passant de « nécessité thérapeutique » à « nécessité médicale » semble plus large. Néanmoins, le chirurgien devra respecter les conditions de reconnaissance de la dysphorie de genre définies par les autorités en charge de ce dossier, sous peine de voir sa responsabilité engagée.

III.3. La question de l'encadrement légal de l'hormonosubstitution prescrite dans le cadre du syndrome de dysphorie de genre

Le professionnel de santé qui suit un patient présentant un syndrome de dysphorie de genre se trouve dans l'obligation d'effectuer des prescriptions de médicaments hors du cadre juridique de l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

En effet, la demande d'AMM pour une spécialité pharmaceutique répond non seulement à des impératifs de santé publique, mais également à des raisons commerciales. Or, les pathologies qui ne représentent pas un marché suffisamment important, ou considérées comme « à risque », n'intéressent pas les firmes pharmaceutiques. Les laboratoires ne déposent donc pas de demandes d'AMM dans le cadre de l'indication « dysphorie de genre » pour des médicaments qui pourraient y prétendre.

La prescription hors AMM, d'une façon générale, n'est pas en elle-même illégale, et est une extension de la liberté de prescription des médecins.

Cependant, les conséquences engendrées par une prescription hors AMM ne sont pas négligeables, en termes de responsabilité pour le médecin prescripteur et en terme pécuniaire pour le patient.

III.3.1. Prescription hors AMM et liberté de prescription du médecin dans la dysphorie de genre

La liberté de prescription du médecin, prolongement du principe d'indépendance de celui-ci, a été élevée au rang de principe général du droit par un arrêt du Conseil d'Etat¹²².

La possibilité de prescription hors AMM est reconnue par l'article 8 du Code de déontologie médicale¹²³, qui dispose que « *dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles* ».

Le principe de liberté de prescription du médecin est repris dans le code de sécurité sociale, en son article L.162-2, qui reconnaît que « *dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel [-].* »

Or, il existe plusieurs limites à cette liberté de prescription.

La première ne pose aucun souci d'interprétation, car elle procède de la loi. On peut citer, pour exemple, le régime des médicaments soumis à une prescription restreinte. La loi restreint elle-même la liberté de prescription des médecins pour ce type de médicaments.

Les deux autres limites à cette liberté de prescription sont sujettes, quant à elles, à controverse, et peuvent être issues soit de la jurisprudence, soit du code de déontologie.

¹²² CE du 18 février 1998, Section locale du Pacifique Sud de l'Ordre des médecins : « [-] le congrès du territoire est tenu de respecter les principes généraux du droit, qui s'imposent à toutes les autorités réglementaires, même en l'absence de dispositions législatives ; [qu'] au nombre de ces principes figurent la liberté du choix du médecin par le patient et la liberté de prescription. »

¹²³ Article R.4127-8 du Code de la sécurité sociale.

a. Liberté de prescription et respect des données acquises de la science face à la question du syndrome de dysphorie de genre

Le respect des *données acquises de la science* est exigé à la fois par la jurisprudence, par le code de déontologie médicale et par le code de santé publique, suite à la loi Kouchner sur le droit des malades du 4 mars 2002.

Le célèbre arrêt de la Cour de Cassation de 1936, *Mercier*, oblige le médecin à donner « des soins, non pas quelconques [-], mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. »

L'article 32 du code de déontologie médicale¹²⁴ reprend de façon identique les termes de la jurisprudence, en disposant que dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

Enfin, le nouvel article L.1110-5 du code de la santé publique, issu de la loi sur le droit des malades, affirme que le patient « a le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité au regard des connaissances médicales avérées. »

La liberté de prescription du médecin hors AMM connaît donc une première limite face au respect des données acquises de la science. En effet, en matière de dysphorie de genre, le nombre de cas étant relativement peu élevé ramené à la population générale, il n'existe pas de consensus à valeur « officielle » sur la question de la prise en charge thérapeutique de ces personnes. On peut donc utilement s'interroger sur l'existence de « données acquises » pertinentes sur lesquelles le médecin pourrait s'appuyer pour accompagner son patient présentant ce syndrome.

Cette restriction à la libre prescription du médecin tomberait dans un cas : en présence de *circonstances exceptionnelles*. Or, il n'existe pas de définition juridique de la circonstance exceptionnelle. De plus, l'existence de telles conditions est laissée à l'appréciation souveraine des juges du fond. L'état de dysphorie de genre pourrait-elle-t-il reconnu comme tel aux yeux des juges ? Il semble difficile de se prononcer¹²⁵ sur cette interrogation.

Cette première limite à la liberté de prescription n'est pas la seule. Il en existe une seconde, liée à la compétence du médecin.

b. Liberté de prescription et « domaine de compétence »

Selon l'article 70 du code de déontologie¹²⁶, tout médecin est en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais l'article ajoute que le médecin ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

De façon concrète, cela signifie qu'un médecin suivant un patient présentant un syndrome de dysphorie de genre devra être « apte » à suivre cette catégorie de patient.

On peut donc supposer que les médecins spécialisés en endocrinologie pourraient ainsi suivre cette patientèle spécifique. Mais on peut s'interroger sur cette prise en charge par l'ensemble de la communauté des médecins, notamment le médecin dit généraliste. Serait-il possible de l'impliquer dans un parcours de soin dédié aux personnes transsexuelles ? Pourrait-on alors lui reprocher d'avoir prescrit au-delà de ses compétences ?

¹²⁴ Article R.4127-32 du CSS.

¹²⁵ Pour exemple, la Cour de Cassation a cassé un arrêt de Cour d'Appel qui avait estimé que la situation financière du patient pouvait constituer une telle circonstance – C.Cass, 1^{ère} civ. du 19 décembre 2000.

¹²⁶ Art. R.4127-70 du CSS.

De même qu'en matière de données acquises de la science, cette obligation de compétence s'estompe en présence de circonstances exceptionnelles. Nous retombons ici sur ce qui vient d'être évoqué à ce propos. Il est difficile de savoir si un juge reconnaîtrait les circonstances exceptionnelles en présence d'un syndrome de dysphorie de genre.

III.3.2. Les conséquences de la prescription en dehors du cadre de l'AMM

Si la prescription hors du cadre de l'AMM est autorisée, sous réserve des restrictions mentionnées ci-dessus, la contrepartie à cette autorisation est la non reconnaissance de certains avantages octroyés par l'AMM.

Tout d'abord, c'est sur le seul médecin que reposera la responsabilité liée à la prescription.

C'est ensuite l'absence de prise en charge des médicaments par l'Assurance maladie.

a. La responsabilité du médecin en cas de prescription hors AMM

C'est la contrepartie logique à l'acceptation de la prescription en dehors du cadre de l'AMM. Le respect du cadre de l'AMM assure au médecin une certaine sécurité juridique. En cas d'incident suite à la prescription du médicament, si le médecin a scrupuleusement suivi les indications et conditions de prescription du médicament, sa responsabilité (en théorie) ne pourra être retenue. A l'inverse, si le médecin décide, « en son âme et conscience », de prescrire hors du cadre légal de l'AMM octroyé au médicament, il doit alors assumer son choix, et engage, de ce fait, sa responsabilité.

Or, dans la problématique du syndrome de dysphorie de genre, tous les médicaments sont prescrits hors du cadre de l'AMM¹²⁷. Le médecin en charge d'une personne présentant ce syndrome verra donc automatiquement sa responsabilité engagée.

Si cette responsabilité serait sans nul doute engagée en cas de contentieux, pour autant serait-elle retenue dans le cadre de la dysphorie de genre ? Le juge, afin d'être éclairé sur le contentieux, demanderait une expertise judiciaire. Mais rappelons qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun consensus émanant d'une autorité officielle ou scientifique, sur lequel pourrait s'appuyer l'expertise. Quelle serait alors l'attitude de l'expert ?

S'il n'existe pas de moyens juridiques « absolus » afin de garantir la non mise en cause de la responsabilité du médecin, il existe quelques techniques juridiques afin d'atténuer celle-ci. Cette « semi-solution » réside dans la gestion de l'information du patient et dans le recueil du consentement libre et éclairé de celui-ci.

La gestion de l'information du patient

Depuis quelques années, l'obligation d'information pesant sur le médecin s'est fortement accrue depuis un arrêt de la Cour de Cassation de 1997¹²⁸. Cette obligation, d'origine jurisprudentielle, a été reprise dans la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Elle incombe à tout professionnel de santé, dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables¹²⁹.

L'information du médecin envers son patient doit être loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose¹³⁰.

¹²⁷ La situation du transsexuel sur la problématique de la prescription hors AMM est fortement similaire à celle de l'enfant, qui est exclu de l'indication de nombreuses spécialités pharmaceutiques.

¹²⁸ C. de Cassation du 14 octobre 1997.

¹²⁹ Article L.1111-2 al.2 du CSP.

¹³⁰ Art.35 du Code de déontologie médicale : « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension [...]. »

La loi décrit le contenu de cette information, qui doit notamment porter sur le traitement proposé, son utilité, ses conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'il comporte. De plus, en cas de risques nouveaux identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité pour la retrouver.

Le médecin prenant en charge un syndrome de dysphorie de genre devra donc informer son patient des risques éventuels à la prise des médicaments hors AMM. En cas d'absence d'information sur les risques de prescription hors AMM, le médecin pourrait se retrouver sous l'infraction de « mise en danger d'autrui », prévue à l'article 223-1 du code pénal.

Si l'information est une condition nécessaire à la protection juridique du médecin, elle n'est pas suffisante.

Le consentement libre et éclairé du patient

Le médecin doit également recueillir préalablement le consentement libre et éclairé du patient¹³¹. Le code de la santé publique dispose que toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte-tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé¹³². Le consentement doit donc être exprès.

Face à une personne présentant un syndrome de dysphorie de genre, le médecin devra être vigilant sur le respect de cette obligation.

Bien que le consentement du patient ne soit soumis à aucune forme particulière, sauf cas particuliers¹³³, de même que pour l'obligation d'information¹³⁴, le médecin, en cas de contentieux, devra prouver qu'il avait bien rempli ces obligations. Afin de s'assurer une protection juridique minimale, le médecin pourra donc, par exemple, faire remplir un formulaire de consentement à son patient.

b. La prescription hors AMM et la question de la prise en charge par l'Assurance maladie

L'article L.162-17 du CSS dispose que seuls les médicaments figurant sur la liste des médicaments remboursables, établie par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la sécurité sociale, peuvent être pris en charge par les caisses d'Assurance maladie.

Après l'obtention de l'AMM, le laboratoire exploitant le médicament, s'il souhaite le remboursement de celui-ci, devra en faire la demande auprès de la Haute Autorité de Santé. Le laboratoire devra alors préciser les indications thérapeutiques pour lesquelles il désire le remboursement. En effet, le remboursement d'un médicament est accordé indication par indication. Le laboratoire peut décider de ne demander le remboursement que d'une partie des indications thérapeutiques du médicament, indications qui lui ont été délivrées par l'AMM.

De ce fait, il est impossible pour un laboratoire de demander le remboursement du médicament pour une indication qui n'est pas dans l'AMM. Les indications thérapeutiques admises au remboursement ne peuvent être plus larges que les indications thérapeutiques de l'AMM.

Or, nous l'avons vu, un médecin a toujours la possibilité de prescrire hors AMM. Dans ce cas, le médecin doit le signaler sur l'ordonnance et, en outre, porter la précision « non remboursable » à côté de la dénomination de la spécialité¹³⁵. Le médecin qui prescrirait

¹³¹ Article 16-3 du Code Civil

¹³² Article L.1111-4 du CSP

¹³³ Le Code civil impose de recueillir le consentement du patient de façon écrite, notamment dans le cadre de l'IVG (art. L.2212-5 du CSP), des recherches biomédicales (art. L.1122-1 du CSP)...

¹³⁴ Celle-ci peut être apportée par tous moyens (art. L.1111-2 du CSP).

¹³⁵ Article L.162-4 du CSS : « Les médecins sont tenus de signaler sur l'ordonnance, support de la prescription, le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent :
1° lorsqu'ils prescrivent une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'Assurance maladie, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L.162-17 ;

hors AMM, mais ne le signalerait pas à l'Assurance maladie, s'exposerait à des sanctions de la part des caisses¹³⁶.

Les médicaments prescrits aux personnes présentant un syndrome de dysphorie de genre, dans le cadre de l'hormonosubstitution, ne devraient donc pas être remboursés par l'Assurance maladie, car hors AMM.

III.3.3. Conclusions sur la prescription hors AMM dans la dysphorie de genre

La prescription hors du cadre légal de l'AMM chez les personnes présentant un syndrome de dysphorie de genre pose donc des difficultés particulières, qui viennent s'ajouter aux problèmes classiques de la prescription hors AMM. Ces difficultés ont pour origine un manque de données scientifiques et l'absence de référentiel officiel sur le sujet.

De cette absence découlent des interrogations juridiques sur la compétence professionnelle et la responsabilité du médecin prescripteur, ainsi que des questionnements sur le remboursement par l'Assurance maladie.

2° lorsqu'ils prescrivent un produit ou une prestation en dehors des indications thérapeutiques ou diagnostiques, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée à l'article L.165-1 [-]. »

¹³⁶ Article 315.3 du CSS.

LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE PAR L'ASSURANCE MALADIE

La prise en charge financière des soins liés au syndrome de dysphorie de genre par l'Assurance maladie s'effectue sur la base juridique de ce que l'on appelle les « affections de longue durée » ou ALD¹³⁷. Sont classées comme ALD les pathologies comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Elles donnent lieu, pour le patient qui en est atteint, à une exonération du ticket modérateur.

Le traitement du syndrome de dysphorie de genre relève de l'ALD 23, et est classé dans la catégorie des « *affections psychiatriques de longue durée* », plus particulièrement dans « *les troubles précoces de l'identité de genre* »¹³⁸.

La prise en charge des soins par l'Assurance maladie est partagée entre deux organismes. C'est la Caisse nationale qui octroie l'accord au remboursement de la chirurgie de réassignation sexuelle. L'ensemble des autres soins sont pris en charge par les caisses locales.

I. LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE L'OPERATION DE REASSIGNATION SEXUELLE PAR LA CAISSE NATIONALE

La prise en charge de la chirurgie de réassignation sexuelle, c'est-à-dire la chirurgie pelvienne et mammaire est accordée sur la base d'un « protocole » élaboré en 1989 et appliquée par les caisses nationales. Or, une grande partie de ces opérations se déroulent hors du territoire français : se pose alors la question de leur remboursement.

a. Le protocole de 1989 : quelle valeur juridique ?

La prise en charge de l'opération de réassignation sexuelle est accordée après avis positif du médecin conseil national, après suivi obligatoire du protocole de 1989 reposant sur trois points :

- nécessité d'un suivi pendant une période minimale de deux ans, par une équipe « hautement qualifiée » comportant un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien plasticien ;
- rédaction par ces trois praticiens d'un protocole concluant au caractère indispensable des interventions médicales et chirurgicales envisagées ;
- une lettre ministérielle en date du 4 juillet 1989 accompagnait ce protocole, autorisant la prise en charge de l'intervention chirurgicale si et seulement si elle était effectuée dans un établissement public, au motif du caractère non lucratif de l'opération.

Or, bien qu'il représente le seul outil disponible sur lequel s'appuie la Caisse, ce protocole ne repose sur aucune base légale.

Pour exemple, on peut se pencher sur la troisième « condition » au regard du droit, à savoir l'obligation d'une intervention chirurgicale réalisée en établissement public. Ce critère a été rejeté par la Cour de Cassation¹³⁹ en 2004. En effet, nonobstant le fait qu'une lettre ministérielle est totalement dépourvue de caractère réglementaire, la Cour a relevé qu'aucune disposition légale ou réglementaire n'interdisait la prise en charge d'actes médicaux réalisés dans le cadre d'un exercice libéral, pour la raison qu'ils sont liés au transsexualisme.

Par ailleurs, un certain flou juridique a entouré la prise en charge de ces actes. N'étant pas inscrits à la Nomenclature Générale des actes professionnels (NGAP), ils ne

¹³⁷ Article L.322-3 du CSS.

¹³⁸ Cette classification pourrait être revue suite à l'annonce de mai 2009 de la ministre de la santé et des sports qui a demandé à la HAS un avis pour que le transsexualisme ne figure plus dans l'ALD 23.

¹³⁹ Cour de Cassation du 27 janvier 2004, pourvoi n° S 02-30.613

pouvaient être, en toute logique, pris en charge par l'Assurance maladie. D'où l'utilisation d'un artifice juridique afin que les patients puissent obtenir le remboursement des opérations : la Caisse fondait le remboursement de l'acte sur cette fameuse lettre émanant du ministère de la santé en date du 4 juillet 1989.

Cette question vient d'être en partie réglée, car la chirurgie pelvienne et mammaire liée au changement de sexe a été inscrite à la CCAM. Les opérations sont dorénavant prises en charge quelle que soit la structure juridique de l'établissement. Cependant, à l'heure actuelle, si les actes sont codifiés, ils n'ont toujours pas de tarification.

Quelle est donc la valeur juridique à accorder à ce protocole de 1989, considérant qu'il n'en subsiste plus à l'heure actuelle que les points 1 et 2 ? Comment le classer au regard de la norme juridique ?

Il serait possible de le classer dans la catégorie des circulaires administratives, mais ce classement pourrait être sujet à contestation. En effet, une circulaire se définit comme un acte administratif contenant des instructions et recommandations adressées par l'autorité supérieure (en général le ministre, ici la Caisse nationale) à ses services administratifs, afin de diriger leur action sur un thème particulier.

Ces circulaires sont classées selon leur contenu en deux catégories : non impératives et impératives. Les circulaires impératives ajoutent à l'ordonnement juridique. Si ces circulaires impératives font griefs aux administrés, elles sont susceptibles de recours contentieux par ces derniers. Le protocole de 1989 pourrait donc revêtir le qualificatif de circulaire administrative impérative, et être, bien entendu, susceptible de recours contentieux devant les juridictions.

Cependant, toute circulaire, quelle que soit sa nature, doit, pour être légale, reposer sur un texte juridique. Or, à l'heure actuelle, il n'existe aucun texte juridique en France sur la question du syndrome de dysphorie de genre.

Cette absence totale de base juridique rend très fragile les refus délivrés par la Caisse nationale pour la prise en charge de l'opération de réassignation sexuelle. On peut donc se poser la question de savoir la réelle valeur juridique de ce refus de la CNAMTS d'admission au remboursement pour non respect du « protocole » élaboré par ses services.

Certaines décisions émanant des tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) reflètent parfaitement ce flou juridique, les juridictions ne sachant à quel texte se vouer pour fonder leur jugement. On peut citer à cet égard une décision du TASS de Melun¹⁴⁰, qui pour accorder le remboursement d'une mammectomie, ne s'est pas basé sur le respect du protocole, mais sur la résolution du parlement européen du 12 septembre 1989 relative à la discrimination dont sont victimes les transsexuels, et qui invite chaque état à faciliter le droit de chacun à mener une vie conforme à son identité sexuelle. Or, une résolution du parlement européen ne possède aucune valeur juridique contraignante auprès des états signataires du Traité...

b. Le remboursement de l'opération de réassignation sexuelle effectuée à l'étranger

De nombreuses personnes ayant un syndrome de dysphorie de genre demandent la prise en charge de leur opération de réassignation sexuelle à l'étranger.

Se pose alors la question du remboursement des opérations effectuées dans l'Union Européenne ou en dehors. C'est l'article R.332-2 du code de la sécurité sociale (CSS), issu dans sa dernière version du décret n°2005-386 du 19 avril 2005, qui régit les soins dispensés à l'étranger.

Le remboursement de l'opération de réassignation sexuelle dans l'UE ou dans des pays faisant partie de l'Espace économique européen.

¹⁴⁰ TASS de Melun, jugement du 13 septembre 2005, dossier 20400987/MN, décision n°12

L'essentiel des demandes concerne des opérations pratiquées en Belgique et en Suisse.

D'après la réglementation française en vigueur, les caisses ne peuvent procéder au remboursement des frais hospitaliers que sur autorisation préalable à l'engagement des soins. Il existe deux types de refus d'autorisation :

- la prise en charge sera refusée si elle n'est pas prévue dans la réglementation française ;
- la prise en charge sera refusée s'il existe en France un traitement identique ou du même degré d'efficacité et si ces soins peuvent être obtenus en temps opportun en France, au vu de l'état du patient et de l'évolution probable de l'affection.

Le premier type de refus ne concerne plus la dysphorie de genre, puisque l'opération de réassignation est inscrite à la CCAM.

Dans le second cas, le refus d'autorisation doit être notifié au plus tard deux semaines après la réception de la demande. En l'absence de réponse à l'expiration de ce délai, l'autorisation est réputée *accordée*. Délai et procédure sont dérogatoires au droit commun, qui prévoit normalement une décision implicite de *rejet* de l'administration au bout d'un délai de deux *mois*¹⁴¹. Au contraire, le décret n°2005-386 du 19 avril 2005 organise un régime implicite d'acceptation, avec un délai plus court (deux semaines) que le délai légal de rigueur¹⁴².

Une décision de refus doit être motivée ; elle est susceptible de recours dans les conditions de droit commun devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS) compétent.

Lorsque la contestation de la décision porte sur l'appréciation faite par le médecin conseil de l'état du malade, du caractère approprié à son état des soins envisagés ou du caractère identique ou d'un même degré d'efficacité du traitement disponible en France, la demande de recours déposée auprès du TASS sera obligatoirement soumise à une expertise médicale¹⁴³.

¹⁴¹ Loi 2000-321 du 12 avril 2000, relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations – article 21 : « Sauf dans les cas où un régime de décision implicite d'acceptation est institué [-], le silence gardé pendant plus de deux mois par l'autorité administrative sur une demande vaut décision de rejet. A l'expiration de ces deux mois, l'administré pourra contester cette décision devant les tribunaux compétents. »

¹⁴² Cette possibilité est autorisée par l'article 22 de la loi du 12 avril 2000 précitée : « Le silence gardé pendant deux mois par l'autorité administrative sur une demande vaut décision d'acceptation dans les cas prévus par décrets en Conseil d'Etat. Cette décision peut, à la demande de l'intéressé, faire l'objet d'une attestation délivrée par l'autorité administrative. Lorsque la complexité ou l'urgence de la procédure le justifie, ces décrets prévoient un délai différent [-]. »

¹⁴³ Ce sont les conditions prévues au titre IV, chapitre Ier du CSS. **Article L141-1** (Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 39 Journal Officiel du 21 décembre 2004) : « Les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou à l'état de la victime, et notamment à la date de consolidation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle et celles relatives à leur prise en charge thérapeutique, à l'exclusion des contestations régies par l'article L. 143-1, donnent lieu à une procédure d'expertise médicale dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. » - **Article L141-2** (Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 art. 3 Journal Officiel du 25 janvier 1990) : « Quand l'avis technique de l'expert ou du comité prévu pour certaines catégories de cas a été pris dans les conditions fixées par le décret en Conseil d'Etat auquel il est renvoyé à l'article L. 141-1, il s'impose à l'intéressé comme à la caisse. Au vu de l'avis technique, le juge peut, sur demande d'une partie, ordonner une nouvelle expertise. Nota : Code de la sécurité sociale L141-3 : Les dispositions du présent chapitre s'appliquent au régime général de sécurité sociale, au régime d'Assurance maladie-maternité des travailleurs non-salariés des professions non-agricoles, au régime de la mutualité sociale agricole, et, en ce qui concerne les accidents du travail en agriculture, aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Elles sont également applicables aux divers régimes spéciaux avec les adaptations nécessaires déterminées par arrêté ministériel. ».- **Article L141-2-1** (inséré par Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 14 Journal Officiel du 25 avril 1996) « Sans préjudice des dispositions des articles L. 141-1 et L. 141-2, les contestations portant sur l'application par les professionnels de santé des nomenclatures d'actes professionnels et d'actes de biologie médicale peuvent donner lieu, à la demande du juge, à une expertise technique spécifique, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. » - **Article L141-3** (Ordonnance n° 2005-1528 du 8 décembre 2005 art. 6 3° Journal Officiel du 9 décembre 2005) « Les dispositions du présent chapitre s'appliquent au régime général de sécurité sociale, au régime social des indépendants, au régime de la mutualité sociale agricole, et, en ce qui concerne les accidents du travail en agriculture, aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la

Le refus de prise en charge de l'opération par l'Assurance maladie, conformément à la loi relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration entre l'administration et le public¹⁴⁴, doit donc être motivé¹⁴⁵.

On entend par motivation une motivation écrite, ainsi que l'énoncé des considérations de droit et de fait qui constituent le fondement de la décision¹⁴⁶.

De façon concrète, cela signifie que l'administration ne pourra se contenter de reprendre textuellement le deuxième type de refus, c'est-à-dire l'existence en France d'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité et la réalisation de ces soins en temps opportun en France, pour refuser l'autorisation de prise en charge de l'opération de réassignation sexuelle. Celui-ci devra être argumenté par la caisse, sous peine d'annulation par le juge. La jurisprudence est constante sur ce thème de la motivation¹⁴⁷ et de son contenu.

La loi relative à la motivation des actes administratifs va jusqu'à prévoir une disposition particulière destinée aux organismes de sécurité sociale¹⁴⁸, qui rappelle que ces derniers doivent faire connaître les motifs des décisions individuelles par lesquelles ils refusent un avantage dont l'attribution constitue un droit pour les personnes qui remplissent les conditions légales pour l'obtenir.

Le remboursement hors UE

L'article R.332-2 du CSS dispose que les caisses d'Assurance maladie peuvent, à titre exceptionnel, et après avis favorable du contrôle médical, procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un état membre de l'UE à un assuré social, si celui-ci établit qu'il ne peut recevoir sur le territoire français les soins appropriés à son état.

Contrairement à la réglementation de la prise en charge des soins dans l'UE, le délai de réponse de l'administration dans ce cas particulier retombe dans le droit commun, c'est-à-dire que le silence de l'administration dans les deux mois équivaut au rejet de la demande.

Il faut également noter que la réglementation renverse ici la charge de la preuve. C'est à l'administré qui en fait la demande d'apporter la preuve qu'il ne peut recevoir sur le territoire français les soins appropriés à son état – en l'espèce, dans notre cas, qu'il ne peut être opéré en France. C'est ici que les critères imposés en France par certaines équipes chirurgicales, comme le refus d'opérer les personnes mariées ou ayant des enfants mineurs, pourraient prendre toute leur importance. Les demandeurs pourraient donc arguer de ces refus fondés sur des critères particuliers pour tenter d'accéder au remboursement d'une opération effectuée hors France.

Cependant, les admissions au remboursement devraient être restrictives au vu de la rédaction textuelle de la disposition. Ce n'est en effet qu'à *titre exceptionnel* que ces demandes peuvent être accordées. Afin d'éviter toute rupture d'égalité de traitement entre les demandes, et pour prévenir les risques de recours contentieux, ainsi que dans un souci de transparence, peut-être serait-il opportun que l'administration définisse ce qu'on

Moselle. Elles sont également applicables aux divers régimes spéciaux avec les adaptations nécessaires déterminées par arrêté ministériel. »

¹⁴⁴ Loi 79-587 du 12 juillet 1979.

¹⁴⁵ Article 1 de la loi 79-587 du 12 juillet 1979 : « Les personnes physiques ou morales ont le droit d'être informées sans délai des motifs des décisions administratives individuelles défavorables qui les concernent. A cet effet, doivent être motivées les décisions qui : [-] subordonnent l'octroi d'une autorisation à des conditions restrictives ou imposent des sujétions [-]. »

¹⁴⁶ Article 3 de la loi 79-587 du 12 juillet 1979.

¹⁴⁷ Pour exemple dans le domaine du droit de la santé, on peut citer l'arrêt du CE n°240194 *Société Servier Monde* du 20 juin 2003, qui annule l'avis pris par la Commission de la Transparence, qui émet un avis sur l'opportunité de la prise en charge du médicament par l'Assurance maladie. La Commission s'était contentée d'indiquer « *qu'il existait des alternatives thérapeutiques médicamenteuses ou non médicamenteuses* » au médicament, sans indiquer lesquelles.

¹⁴⁸ Article 6 de la loi 79-587 du 12 juillet 1979.

peut entendre par « *titre exceptionnel* ». Ce d'autant plus qu'au vu des délais d'attente pour les opérations de réassignation sexuelle, même à l'intérieur de l'UE, le nombre des demandes pour une prise en charge hors UE risque de se trouver en forte augmentation.

Le 2 juillet 2008, la Commission européenne a adopté une proposition de directive relative à « *l'application des droit des patients en matière de soins transfrontaliers* ».

Cette proposition fait échos à la jurisprudence dégagée par la Cour de Justice des Communautés européennes depuis une dizaine d'années tendant à garantir la mobilité des patients pour leurs soins de santé au sein de l'espace européen.

Ainsi, depuis les arrêts Kohll et Decker¹⁴⁹ de 1998, les ressortissants communautaires peuvent se faire soigner dans un autre État membre et être remboursés sans autorisation préalable selon les tarifs de l'État d'affiliation.

Les arrêts Vanbraekel¹⁵⁰, Geraertz Smits et Peerbooms viendront préciser les règles en matière d'autorisation préalable. Les conditions d'obtention d'une autorisation préalable pour se faire hospitaliser dans un autre État membre ne doivent pas déboucher sur un refus arbitraire. La Cour reconnaît qu'un système d'autorisation préalable constitue un obstacle à la libre prestation des services médicaux hospitaliers. Des raisons impérieuses tenant à l'équilibre financier des systèmes de sécurité sociale et au maintien d'un service hospitalier accessible à tous, peuvent justifier cependant cette restriction.

La jurisprudence de la Cour continuera jusqu'en 2007 à apporter un certain nombre d'éléments relatifs aux prestations de soins de santé transfrontaliers clarifiant des situations individuelles mais ne dégagant pas de principe général susceptible de s'appliquer indistinctement à tous. La proposition de directive vient harmoniser les conditions de libre de circulation des patients au sein de l'UE.

Désormais, si le traitement est couvert par leur système national de soins de santé, les patients pourront recevoir ce traitement dans un autre pays de l'UE et être remboursés sans autorisation préalable (articles 6.2 et 7). En revanche pour les soins hospitaliers un Etat membre pourra décider dans certaines circonstances d'introduire un système où les patients devront recevoir une autorisation administrative préalable avant d'accéder aux soins à l'étranger (article 8.3).

Ce sera notamment le cas, si une augmentation imprévisible du volume des soins de santé transfrontaliers menace de poser de graves difficultés. La proposition prévoit une clause de sauvegarde spécifique. En effet, conformément à la jurisprudence de la CJCE, elle permet à un État membre de mettre en place un système d'autorisation préalable pour les soins hospitaliers, si la préservation de son système le requiert¹⁵¹.

En outre, le patient devra d'abord s'acquitter des frais auprès du prestataire de santé, puis verra ces frais remboursés jusqu'à concurrence du montant de remboursement prévu par leur système national de santé pour des soins identiques ou similaires.

II. LE PROBLEME DU REMBOURSEMENT DES SOINS AUTRES QUE L'OPERATION DE REASSIGNATION SEXUELLE

Si l'autorisation de prise en charge de l'opération de réassignation sexuelle relève de l'échelon national, la prise en charge des autres soins liés au syndrome de dysphorie de genre dépend des caisses locales d'Assurance maladie.

¹⁴⁹ CJCE., 28 avril 1998, *Decker*, C-120/95 et C.J.C.E., 28 avril 1998, *Kohll*, C-158/96 (Les deux litiges portent sur le remboursement de lunettes et de traitements orthodontiques en dehors de structures hospitalières).

¹⁵⁰ CJCE, 12 juillet 2001, *Vanbraekel*, affaire C-368/98. Un assuré social auquel a été à tort refusé une autorisation de se faire hospitaliser dans un autre État membre que son État d'affiliation a droit au remboursement des frais engagés même si l'autorisation est accordée postérieurement à cette hospitalisation.

¹⁵¹ Cf. Arrêt *Geraertz Smits et Peerbooms* .

Si ces actes sont inscrits à la CCAM, et qu'ils ne sont pas soumis à une entente préalable, ces soins seront pris en charge de façon automatique.

Pour tous les actes non inscrits à la CCAM, et par conséquent non pris en charge, certains demandeurs s'adressent directement au médecin conseil de leur caisse locale, pour obtenir un remboursement. Avec, bien entendu, à la clef, toutes les possibilités de rupture d'égalité de traitement entre les assurés sociaux en fonction de la politique de prise en charge des soins de chaque CRAM.

Entrent aussi dans cette catégorie la prescription des médicaments dans le cadre de l'hormonosubstitution que doit suivre le patient. Les médicaments prescrits sont hors AMM, ils ne peuvent donc être légalement pris en charge par l'Assurance maladie. Or, certaines CRAM acceptent de les rembourser, alors que d'autres le refusent en s'appuyant sur la législation. D'où un problème de rupture d'égalité de traitement entre les assurés sociaux

Une solution pourrait être envisagée par le biais de l'article L.162-17-2-1 du Code de la sécurité sociale (complété par les articles R.163-26 à 29). Il introduit une disposition permettant la prise en charge financière hors périmètre des biens et services remboursables dans le cas d'une affection de longue durée ou d'une maladie rare. Cette dérogation est possible à condition que la spécialité, le produit ou la prestation figure dans un avis ou une recommandation de la Haute Autorité de Santé après consultation, pour les produits mentionnés à l'article L.5311-1 du code de la santé publique, de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. La HAS pourra être saisie par le Ministre de la santé ou l'UNCAM avec la possibilité d'une auto-saisine. Cette disposition pourrait peut-être permettre le remboursement des soins « annexes » à l'opération de réassignation sexuelle *via* une mise en ALD, comme par exemple la laryngoplastie.

Un arrêt de la Cour de Cassation nous permet de mesurer la complexité des problèmes soulevés, liée à une approche et une perception de la situation que l'on pourrait qualifier de « subjectives »¹⁵².

Les faits étaient les suivants : une personne transsexuelle MtF, Mme G. avait fait une demande de prise en charge de séances d'épilation électrique du visage auprès de sa caisse. Face à un refus de prise en charge, Mme G. avait effectué un recours. La cour d'appel avait ordonné une expertise technique pour préciser si les séances prescrites avaient un motif thérapeutique ou esthétique. L'expert mandaté par la cour était un dermatologue. Or le demandeur soulevait un moyen intéressant, à savoir que le syndrome de transsexualisme étant un trouble de l'identité de la personne, son traitement global relève par conséquent de la compétence d'un psychiatre. Cependant, la Cour de Cassation a suivi la cour d'appel et rejeté le pourvoi sur un attendu très intéressant dans sa formulation, en disposant qu' « attendu que le litige dont la cour d'appel était saisie ne portait que sur le remboursement des séances d'épilation électrique du visage prescrites par un dermatologue, l'arrêt [de la CA] relevait que, selon l'expert, les séances litigieuses étaient à visée esthétique et n'ont pas de motif thérapeutique. »

Cet arrêt, qui ne tient pas compte de l'ensemble des dimensions du transsexualisme, pose le problème du « parcours de soin » que doit suivre la personne afin d'obtenir la prise en charge des soins « annexes » à l'opération de réassignation sexuelle. A quel médecin doit-elle s'adresser ? A un psychiatre, car la prise en charge de l'ALD relève de l'ALD 23 « affections psychiatriques de longue durée » ? Et en cas de contentieux, quel type d'expert médical doit-on désigner ?

La question de la prise en charge des séances d'épilation dans le cadre des *troubles d'identité du genre précoce* ne se pose plus, les séances d'épilation au laser ayant été inscrites à la CCAM et donc prises en charge par l'Assurance maladie.

¹⁵² Cour de Cassation, Chambre sociale, n°99-14.657 du 8 mars 2001.

III. CONCLUSIONS SUR LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Au vu de l'état des lieux actuels, d'un point de vue juridique, il paraît plus qu'évident que la question de la prise en charge des soins liés au syndrome de dysphorie de genre, nécessite un encadrement juridique minimum, dans l'intérêt de l'Assurance maladie aussi bien que dans celui des demandeurs. En effet, le « bricolage juridique » auquel se livre, bien malgré elle, l'Assurance maladie, ne répond aucunement aux impératifs de sécurité juridique que nécessite le traitement des demandes de tout administré.

Le « protocole » de 1989 devrait recevoir une base légale minimale, par exemple dans le cadre d'un référentiel actualisé et proposé par les autorités sanitaires en charge de ces questions.

Le délai de réponse à l'administré en cas de demande de prise en charge de l'opération de réassignation sexuelle dans l'UE paraît relativement court et devrait peut-être être allongé. Certes, on pourrait estimer qu'au vu de la longueur actuelle du « protocole » imposé aux demandeurs (deux ans minimum de suivi par un psychiatre), la réponse du médecin conseil pour l'autorisation de prise en charge devrait être rapide. Mais c'est oublier que pour celui-ci, la découverte du dossier du patient est récente. Le risque réside dans le fait que, si matériellement le médecin ne possède pas le temps d'étudier la demande, il risque d'être conduit à délivrer ... une décision de refus. Ce sera ensuite au demandeur d'attaquer au contentieux le rejet de la demande, avec tous les délais qu'un tel recours implique. On peut donc légitimement s'interroger sur la pertinence des délais octroyés par ce texte, et si celui-ci ne devrait pas être adapté pour la question particulière des opérations de réassignation sexuelle.

OPINION DE PROFESSIONNELS DE SANTE ET DE TRANSSEXUELS SUR LA SITUATION ACTUELLE

Cette partie du rapport est le recueil de l'opinion de professionnels et de transsexuels interrogés ; elle ne contient donc ni d'analyse de la part de la HAS ni ses conclusions.

I. L'OPINION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

La méthode de recueil de l'opinion des professionnels sur la situation actuelle (prise en charge des patients et les conditions de leur pratique) à travers la méthode de *Focus group*, est présentée en Annexe 1. Le texte ci-dessous est une synthèse des réponses des participants, aux questions de la HAS (Annexe 1).

I.1. Ce qui semble bien fonctionner

Les médecins des trois principales disciplines impliquées (psychiatres, endocrinologues et chirurgiens) dans la prise en charge médicale des transsexuels, insistent sur l'engagement personnel important dans cette prise en charge. Ils expriment tous la satisfaction professionnelle de pouvoir soulager durablement la souffrance des transsexuels qu'ils traitent.

I.1.1. Le point de vue des psychiatres

L'intérêt des pouvoirs publics pour cette question, à travers le travail demandé à la HAS notamment, est apprécié par les professionnels. La mise à disposition en 2002 de budgets pour réaliser cette activité dans les établissements également.

L'inscription du transsexualisme dans les classifications internationales des troubles mentaux (DSM et CIM), généralement récusée par les associations, permet simplement au psychiatre d'établir un diagnostic différentiel et d'éliminer une pathologie psychiatrique avérée. Le DSM décrit des « troubles » et non des « maladies ». L'homosexualité a été légitimement retirée des classifications internationales psychiatriques, mais la question du transsexualisme appelle une approche nuancée, estiment les psychiatres interrogés. Cependant, les conceptions ont beaucoup évolué puisqu'on considérait autrefois les transsexuels comme des psychotiques, ce qui n'est plus le cas depuis longtemps. Enfin, le terme « patient », généralement utilisé par les médecins, n'a pas de signification péjorative. Les intéressés le comprennent en général : on observe que certains patients continuent à donner de leurs nouvelles à leurs médecins longtemps après la transformation.

Le délai de deux ans de suivi avant la chirurgie de réassignation, initialement frustrant, est souvent rétrospectivement apprécié par les patients. Il permet notamment d'aborder avec eux les éventuelles comorbidités (anxiété, dépression, toxicomanie...).

Pour les équipes qui associent psychiatre et psychologues, une réelle plus value est relevée : les entretiens répétés avec les patients et leurs proches approfondissent la biographie des patients, les tests psychologiques pratiqués complètent l'évaluation. Cependant, comme pour les psychiatres, la question de la formation des psychologues compétents pour cette problématique, ainsi que les moyens pour recruter les professionnels compétents pour constituer une équipe performante nécessite une réponse collective.

I.1.2. Le point de vue des endocrinologues

L'intervention d'un psychiatre ayant une compétence dans cette prise en charge est indispensable avant l'hormonosubstitution pour s'assurer de l'absence de pathologie

mentale chez la personne et pour prendre en compte sa souffrance psychique dans une perspective d'aide, affirment les endocrinologues. L'un d'eux affirme qu'il ne se contente pas d'une absence de contre-indication psychiatrique pour l'hormonosubstitution, mais qu'il demande une indication effective pour le traitement hormonal.

La prise en charge pluridisciplinaire « psychiatre (et psychologue dans certaines équipes), endocrinologue et chirurgien » s'avère la plupart du temps très utile pour les prises de décisions médicales et bénéfique pour les patients. Des consultations pluridisciplinaires proposées en début de parcours favorisent également l'information des patients. Une équipe a pu regrouper les différentes consultations dans un même établissement et le même jour en utilisant un dossier partagé, ce qui renforce la cohérence et la coordination de la prise en charge médicale. Cependant, cette organisation optimale ne peut pas être répliquée par toutes les équipes.

L'amélioration de la procédure de prise en charge financière des soins par l'Assurance maladie permettrait à certains d'éviter le recours à la prostitution pour financer leurs soins, même si le nombre de ces patients a diminué par rapport au passé. Ceci est reflété dans la proportion de patients transsexuels séropositifs au VIH s'est considérablement réduite au fil du temps.

I.1.3. Le point de vue des chirurgiens

Pouvoir disposer d'un avis psychiatrique compétent est une condition *sine qua non* avant toute intervention, compte tenu des risques physiques encourus par le patient comme des risques médico-légaux encourus par le chirurgien. Un chirurgien fait cependant remarquer qu'il doit garder sa capacité de jugement personnel et qu'il peut lui arriver de récuser des interventions malgré l'avis de ses collègues cliniciens, s'il estime le patient trop fragile.

I.2. Ce qui pose problème

La position des médecins qui prennent en charge des transsexuels n'est pas confortable, entre la société qui demande des comptes sur leur activité, certaines associations qui dénigrent sa qualité professionnelle et des patients souvent contents, mais qui s'expriment peu, et d'autant moins qu'ils sont satisfaits.

L'investissement associatif de certains patients transsexuels répond à une quête identitaire et parfois à une démarche de type consumériste, qui ne correspond pas à la problématique de la majorité des personnes transsexuelles accompagnées dans leur parcours.

Le niveau des attentes des patients MtF en matière de transformation esthétique est très élevé et difficile à satisfaire. La demande de prise en charge de certains soins par l'Assurance maladie (épilation, interventions esthétiques) est légitime, mais la pression qui s'exerce sur les médecins à ce sujet est excessive. C'est aux pouvoirs publics d'arbitrer.

Les congrès organisés par des associations sur le transsexualisme sont différents des réunions scientifiques habituelles : les intervenants sont souvent concernés personnellement par le transsexualisme, parfois au détriment de la neutralité scientifique. Les aspects techniques, chirurgicaux et hormonaux y sont très développés, en revanche d'autres thèmes importants sont négligés ou rejetés : la recherche sur les étiologies possibles notamment.

Les patients sollicitent beaucoup les soignants, notamment au téléphone, mais rares sont les équipes qui disposent d'un secrétariat disponible pour recevoir et orienter leurs appels ou d'une infirmière pour répondre aux questions des patients.

Les médecins des trois disciplines déplorent que le temps leur manque pour cette activité et que trop peu de jeunes médecins soient intéressés pour prendre la relève. Cette double pénurie ne leur permet pas de mener des travaux de recherche, pourtant

essentiels, sur ce thème. Leur pratique n'est d'ailleurs pas connue de leurs pairs, ni reconnue, d'ailleurs. Elle ne fait pas l'objet d'un enseignement dans le cursus médical initial. Les praticiens concernés sont donc isolés dans leurs établissements et doivent souvent se justifier auprès de leurs collègues, dont certains critiquent cette activité avec virulence. Informer les médecins et les personnels de santé en général sur le transsexualisme et sa prise en charge permettrait de dépasser les préjugés.

I.2.1. Le point de vue des psychiatres

La prescription trop rapide d'hormones, parfois dès le premier rendez-vous, par des médecins généralistes ou endocrinologues non intégrés aux équipes officielles, peut soulager la souffrance mais elle gêne l'évaluation. Parfois les patients ont recours à l'automédication, ce qui génère les mêmes difficultés. Un médecin indique ainsi que 40 % des consultants ont déjà reçu des hormones au moment du premier rendez-vous. Cette situation place le psychiatre dans une position très délicate, devant le fait accompli.

Des recommandations scientifiques et professionnelles claires et consensuelles sont nécessaires pour commencer le traitement hormonal : quand et par qui ? Actuellement, aucune institution n'a d'autorité pour élaborer, diffuser et faire respecter les bonnes pratiques.

Le délai nécessaire à l'évaluation avant d'entamer l'administration d'hormones peut souvent être raccourci, parfois il suffit de six mois ou plus souvent un an, selon l'exhaustivité de l'évaluation (facteurs de précautions, facteurs prédictifs) et la problématique du patient. Mais il doit dans tous les cas être personnalisé. Des limites existent cependant, comme l'éloignement géographique du domicile du lieu de l'évaluation : on peut parfois réaliser dans ces cas des consultations espacées, mais plus longues. Le jeune âge implique également une prudence accrue. La concertation pluridisciplinaire psychiatre, endocrinologue et chirurgien est souhaitable pour prendre les décisions délicates.

Dans tous les cas la coordination avec le médecin traitant (et le psychiatre traitant, s'il en existe un) est très importante. Le psychiatre de l'équipe effectue un travail d'évaluation et même d'expertise, mais non de suivi thérapeutique.

Il existe, à côté du processus de prise en charge « officiel », des itinéraires officieux qui offrent aux patients une échappatoire en disqualifiant les médecins engagés dans la prise en charge « officielle ». Par ailleurs, une personne qui a été récusée par une équipe pour un motif psychiatrique peut s'adresser successivement aux autres équipes. Il serait souhaitable d'avoir des échanges nationaux pour éviter ce type de situations.

I.2.2. Le point de vue des endocrinologues

Un médecin exprime des doutes sur une réduction marquée du délai de 2 ans entre le début de la prise en charge et la chirurgie, même personnalisée : les trajectoires individuelles des patients sont peu prévisibles, on voit parfois une renonciation après 18 mois de parcours. C'est particulièrement vrai pour les adolescents et jeunes adultes, avec lesquels la plus grande prudence est requise.

Une proportion importante des patients arrive déjà traités, ce qui complique la réalisation des bilans biologiques. Certains patients viennent simplement chercher une caution auprès d'une équipe officielle, alors que d'autres, dans la même situation, vont s'inscrire authentiquement dans le protocole de traitement. Un endocrinologue propose alors une prise en charge en deux étapes : un retour initial à un statut hormonal « neutre », pré-pubère, puis après l'accord du psychiatre, une harmonisation dans le sens souhaitée.

Les patients MtF se plaignent souvent de l'effet insuffisant sur le développement mammaire des posologies d'œstrogènes préconisées aujourd'hui.

Pour les patients FtM, l'effet des androgènes utilisés actuellement peut être insuffisant et les nouveaux produits disponibles ne sont pas remboursés.

Par ailleurs, il y a un problème administratif : l'instauration du parcours de soins oblige l'endocrinologue à confier au médecin traitant la demande d'ALD, conduisant le généraliste à partager la responsabilité d'une prescription qui sera « hors AMM » jusqu'au changement de numéro de sécurité sociale.

I.2.3. Le point de vue des chirurgiens

Selon un chirurgien, pour la majorité des transsexuels, le chirurgien est le personnage clé. L'étape psychiatrique n'a pas d'importance pour beaucoup d'entre eux, qui en attendent simplement un sésame. Pourtant, c'est un temps essentiel, car c'est le psychiatre qui pose l'indication. Selon un autre, cette attitude ne concerne qu'une minorité de patients, la majorité instaure une relation authentique avec le psychiatre durant le parcours.

Les chirurgiens regrettent que les efforts réalisés par les équipes de prise en charge officielles ne leur attirent que des critiques sur leurs pratiques et leurs résultats. Ils mentionnent le manque de moyens, de temps, de disponibilités chirurgicales consacrées à cette activité, par comparaison aux équipes étrangères bien dotées et spécialisées. De plus, la présentation que font certaines équipes étrangères de leurs résultats esthétiques ne correspond pas aux normes scientifiques habituelles. Les considérations économiques sont très prégnantes : dépliants et posters géants quasi publicitaires sont ainsi cités.

Il faut également se poser la question des causes de la difficulté à trouver de nouveaux chirurgiens pour poursuivre cette activité, les internes ne semblant pas intéressés par ce sujet. Pour valoriser cette pratique dans leur cursus, il faudrait les faire publier et mener des recherches sur ce sujet. Mais cette pratique, quoique purement hospitalière, est très isolée au sein de l'hôpital, parfois simplement tolérée, sans véritable appui de l'institution et des collègues. Les chirurgiens ressentent un discrédit, voire un ostracisme, de la part de leurs pairs, du fait de leur activité chirurgicale auprès de patients transsexuels. Pour cette même raison ils ne bénéficient pas vraiment, dans l'apprentissage de cette chirurgie spécialisée, du compagnonnage local habituel. Un chirurgien explique que cette activité lui est contingentée : il a le « droit » d'opérer un patient transsexuel par mois, ce qui génère des listes d'attente longues et dissuasives et peut conduire des patients à partir se faire opérer ailleurs et parfois hors de France.

L'isolement du chirurgien qui traite des transsexuels accentue ses contraintes professionnelles : des collègues non impliqués dans cette activité peuvent ainsi refuser de participer aux soins et au suivi postopératoire, l'obligeant à se déplacer le week-end alors qu'il n'est ni de garde ni d'astreinte. Il est même arrivé que des anesthésistes refusent de participer à ce type d'interventions en invoquant une « clause de conscience » ou que des chirurgiens doivent renoncer à ces interventions pour ne pas pénaliser leur carrière hospitalière. Cette expérience d'isolement n'est cependant pas générale chez les chirurgiens présents.

La situation juridique des chirurgiens est précaire, certains ont encouru des poursuites pour mutilations en raison de cette activité, malgré l'aval donné par la sécurité sociale. D'ailleurs le médecin conseil de la Sécurité Sociale délivre un document mentionnant simplement qu'il ne s'oppose pas à la procédure.

Aucune échelle de coût n'est attribuée à ces interventions chirurgicales spécifiques, ce qui contribue à maintenir l'opacité sur cette pratique. De plus, des dispositifs médicaux comme les prothèses d'érection ne sont pas toujours remboursés pour les patients FtM.

La diffusion par la HAS de recommandations de pratiques relativement consensuelles permettrait de faire reconnaître l'activité de prise en charge chirurgicale des transsexuels et de la banaliser.

La qualité des interventions réalisées par les chirurgiens français est souvent critiquée par les associations des patients. Parmi les plus critiques, on peut retrouver des patients qui ont été récusés par les équipes officielles. Discréditer ainsi les chirurgiens français pourrait relever d'une stratégie visant à obtenir la prise en charge financière par l'Assurance maladie des mêmes soins à l'étranger.

Par ailleurs, certains patients ne sont pas demandeurs de la réassignation chirurgicale. Doit-on dès lors déconnecter juridiquement le changement d'état-civil de l'intervention ? Jusqu'à présent, les décisions sont aléatoires selon les régions, les magistrats, les époques. Dans certaines régions, des patients n'ont toujours pas obtenu leur changement d'état civil deux ans après l'intervention. Il faut donc associer les magistrats à la réflexion sur des recommandations.

I.3. Les perspectives d'amélioration du parcours de soins

Il faudrait que les décideurs politiques s'engagent sur ce sujet et ne laissent pas les médecins seuls, à la fois juges et parties. Un consensus est sans doute préférable à une loi.

La question de l'exclusivité du secteur public pour la chirurgie est soulevée, sans qu'un accord général se dégage.

Le nombre optimal de centres spécialisés est discuté mais doit correspondre au nombre de patients concernés. Il est sans doute préférable de renforcer les centres existants plutôt que de les multiplier.

Il faut réorganiser les centres existants, en les dotant d'une secrétaire pour recevoir et orienter les appels très fréquents, d'une infirmière pour l'information des patients et la coordination de leurs parcours de soins et d'une assistante sociale pour des patients qui sont en situation précaire. Ces moyens doivent cependant être proportionnés au nombre de patients suivis et à la nature de leurs besoins.

Le déplacement des chirurgiens ne serait pas une bonne solution car, au-delà de l'intervention, il faut assurer les suites opératoires. Cela paraît envisageable pour certains psychiatres, irréalistes pour d'autres. Les endocrinologues n'en voient pas l'utilité.

Le travail en réseau est à structurer pour les patients éloignés géographiquement des centres chirurgicaux ou des équipes multidisciplinaires. Cela se fait déjà de façon informelle pour les endocrinologues.

Il faut donner aux médecins et soignants impliqués des moyens et du temps qui leur permettent de continuer à se former, d'évaluer leur pratique, de les confronter à celles d'autres équipes nationales et internationales, de développer les travaux de recherche.

Il faudrait clarifier le statut des prescriptions hormonales avant l'intervention chirurgicale : sous ALD, mais hors AMM et confiées aux médecins traitants ? Faut-il faire évoluer l'AMM pour couvrir les cas de transsexualisme ?

La question de l'étendue du remboursement doit de toute façon être clarifiée par les décideurs.

Enfin il faudrait clarifier et harmoniser avec les autorités judiciaires les conditions et les délais de la modification de l'état civil.

II. L'OPINION DES TRANSSEXUELS

La méthode de recueil de la position et des attentes des transsexuels *via* un *Focus group* est présentée en Annexe 1. Le texte ci-dessous est une synthèse des réponses des participants, aux questions de la HAS (Annexe 1).

II.1. Les transsexuels suivis par les équipes françaises multidisciplinaires constituées

Les personnes transsexuelles (toutes féminines [MtF], nous emploieront donc le féminin) qui ont participé à ce groupe ont évoqué essentiellement leurs expériences personnelles. L'expression des émotions, la recherche de conseils personnels ont été très présentes au cours des échanges.

II.1.1. Le premier contact avec un professionnel de santé

La durée de la prise de conscience des participantes, l'attitude de leur entourage et des professionnels rencontrés (méconnaissance, préjugés), la durée du parcours et les techniques disponibles dépendent de l'état des conceptions sociales sur le transsexualisme au moment où les patientes ont recherché une aide médicale.

L'orientation vers le parcours spécifique a parfois été le fait de médecins généralistes, de psychologues, de sexologues. Des participantes insistent sur la nécessité d'informer les professionnels de premier recours sur ce sujet et les ressources de prise en charge disponible. Le rôle du médecin traitant dans l'information et l'orientation devrait être établi et reconnu.

La première rencontre avec un professionnel de santé au début du parcours de soin est vécue avec appréhension. Elle suscite des attentes, mais aussi **des craintes** très importantes :

- crainte d'être jugée et testée quant à sa motivation ;
- crainte de se heurter à des préjugés (assimilation du transsexualisme à l'homosexualité, au travestissement, à la perversion – aujourd'hui encore, la différence entre travesti et transsexuel n'est pas suffisamment connue dans la population générale et chez de trop nombreux professionnels) ;
- crainte d'être infantilisée du fait de l'asymétrie dans la relation patient-médecin ;
- crainte d'être confrontée à une attitude qui vise essentiellement à dissuader.

Les participants rapportent **de nombreuses difficultés ou anomalies** lors de ce premier contact :

- délais de rendez-vous excessifs, par exemple au bout de 6 mois ;
- attentes de plusieurs heures lors des rendez-vous, perçues comme délibérées ;
- horaires de consultations très tardifs ;
- impression de passer après les autres patients venus pour des motifs médicaux classiques ;
- contact indifférent, froid, voire désagréable ;
- espacement des rendez-vous perçu comme arbitraire ;
- multiplication jugée exagérée des bilans hormonaux.

Les participantes sont particulièrement sensibles à l'adresse correspondant à leur sexe : le fait d'être appelées à tort (de leur point de vue), « Monsieur » est toujours pour elles une expérience très traumatisante. Lorsque cette adresse erronée émane d'un professionnel de santé, elle est systématiquement perçue comme intentionnellement malveillante, ou au moins moqueuse.

Sauf exception, les participantes ont l'impression d'être dans un rapport de force inégal et parfois d'opposition ouverte. Des participantes disent s'être heurtées à une opposition latente du médecin, qui serait fondée sur sa propre idéologie ou sa propre ignorance du transsexualisme.

Cette première rencontre est donc souvent vécue comme une épreuve qui fait revivre des souvenirs traumatiques, par exemple de rencontres antérieures avec d'autres médecins

qui se sont mal déroulées. Elle risque de ce fait de prolonger ou d'accroître la souffrance psychique et la déstabilisation, d'autant plus chez les sujets qui avaient antérieurement une vie conjugale et des enfants. Dans le groupe, plusieurs participantes évoquent des tentatives de suicide, des hospitalisations en psychiatrie, un état de mal-être durable, des expériences de marginalité, de toxicomanie et de prostitution. Une participante reconnaît pourtant que ses difficultés psychologiques ont largement été diminuées par les soins psychiatriques.

Les participants attendent lors d'un premier contact :

- un premier rendez-vous donné dans un délai raisonnable ;
- une écoute humaine et compréhensive ;
- d'avoir affaire à des professionnels compétents et dont les connaissances sont actualisées ;
- de l'aide et un accompagnement ;
- la reconnaissance de son identité sociale et sexuelle.

Globalement, résume une participante, le groupe attend du médecin, lors du premier contact, une écoute attentive, la neutralité dans l'approche lors des premiers entretiens, l'honnêteté dans la présentation du déroulement prévisible du parcours.

Le souhait général est que le parcours ne soit pas trop long pour ne pas être désespérant et épuisant, mais adapté au cas de chacun. Une participante jeune indique qu'on peut ainsi éviter les souffrances et la marginalisation qu'ont pu connaître des personnes transsexuelles.

Pour les participantes qui avaient une vie maritale auparavant, des entretiens réalisés avec les conjointes sont bien compris. Cependant, d'après certaines participantes, l'existence de cette vie conjugale antérieure a parfois, surtout dans le passé, conduit des professionnels à récuser la demande.

II.1.2. L'étape diagnostique

Le premier médecin rencontré est souvent un psychiatre, qui détient la clé des étapes suivantes, hormonosubstitution et éventuellement transformation chirurgicale.

Les participantes estiment majoritairement, mais pas unanimement, que la durée de l'évaluation psychiatrique, qui conditionne l'accès aux étapes ultérieures, peut être réduite dans la plupart des cas.

Cette durée devrait être individualisée, basée sur des consultations suffisamment fréquentes et régulières pour que le psychiatre puisse s'assurer de l'absence de risque pour la personne. Une durée d'un an est citée par la majorité.

Les critères de l'évaluation sont parfois décrits comme trop normatifs et subjectifs (tenue vestimentaire caractéristique d'un genre, préjugés attribués par les consultants aux psychiatres...).

Inversement, la variabilité de l'attitude des thérapeutes selon les consultants, si elle est souhaitée pour individualiser l'évaluation, est également décriée, car perçue comme une preuve de l'arbitraire de leurs approches.

Le rattachement du transsexualisme à la clinique psychiatrique est critiqué par plusieurs participantes, qui ne remettent pas en cause cependant la nécessité de prendre des précautions individuelles.

L'importance d'un accompagnement psychologique est soulignée. Cet accompagnement doit être réalisé parallèlement à l'évaluation (dont la durée devrait être raccourcie dans la plupart des cas). Le psychiatre ou le psychologue qui assure ce soutien psychologique devrait être différent de celui qui fait l'évaluation.

II.1.3. Les traitements hormonaux

Certains ont eu recours à l'automédication, avant le parcours ou quand l'évaluation durait trop longtemps à leurs yeux. Il existe des filières parallèles (médecins, pharmaciens complaisants ou compréhensifs, approvisionnement via internet...).

L'arrêt d'une hormonosubstitution qui avait commencé à entraîner des transformations physiques, parfois demandé par le psychiatre, est vécu comme une régression génératrice de souffrance. Certaines demandes incluent même un accompagnement de l'automédication avant tout accord du psychiatre.

L'attente vis-à-vis de l'endocrinologue est également très forte : espoir d'une attention personnalisée au service de résultats esthétiques et fonctionnels parfaits. La demande d'écoute et d'attention individuelle est, dans un domaine différent, assez similaire à celle adressée aux psychiatres.

D'un point de vue technique, certaines participantes, mais pas toutes, expriment des doutes concernant les connaissances des spécialistes de l'hormonosubstitution dans le domaine spécifiques du transsexualisme. Elles mentionnent la nécessité de renforcer l'information sur le bilan initial, les options thérapeutiques, les bénéfices attendus des traitements, les modalités d'ajustement du traitement, les risques et les effets secondaires des traitements hormonaux.

Pendant le déroulement même de la réunion, certaines participantes demandent même des conseils personnels sur le maniement des différents traitements hormonaux disponibles et sur les effets secondaires attribués aux hormones. On constate l'importance de l'attente d'informations.

II.1.4. L'étape chirurgicale

C'est une étape essentielle, même si certaines personnes transsexuelles, sans doute minoritaires, ne souhaitent pas y recourir. Certaines participantes, même si elles désirent une intervention chirurgicale, ne souhaitent pas avoir de relations sexuelles après l'intervention. Les attentes sont donc très personnelles.

Une grande importance est donnée aux soins esthétiques, dont les résultats constituent un critère essentiel de réussite et donc de crédibilité. Ce désir d'être identifié d'emblée selon le genre souhaité est un critère sur lequel insistent toutes les participantes.

En général, les participantes louent la qualité de l'accueil des personnels à l'hôpital au moment de l'intervention.

La discussion est animée sur les résultats, tant fonctionnels qu'esthétiques, des interventions des équipes « officielles » françaises. Les critiques sont très vives, mais pas unanimes, certaines participantes se disant très satisfaites de leur intervention. Elles portent sur l'écart supposé des attentes, en matière de résultats, des transsexuelles et des chirurgiens. Ces derniers ne seraient pas assez exigeants dans leurs critères de résultats fonctionnels et esthétiques (profondeur du vagin, esthétique de la vulve, sexualité ultérieure, etc.), ils ne présenteraient pas volontiers les résultats de leurs interventions antérieures. Les choix thérapeutiques (reconstitution ou non d'un clitoris...) soulèvent des doutes et les explications données par les chirurgiens seraient insuffisantes.

Le nombre de temps opératoires serait trop important. La durée des interventions serait trop réduite par certaines équipes en France. Des durées de 1h15 sont citées alors que des équipes étrangères interviendraient pendant 5 à 8 heures.

Certaines participantes se plaignent de complications (douleurs, écoulements, incontinence, fistules) et vivent leur opération comme une mutilation, alors qu'il s'agissait pour elle d'un changement de sexe et non d'une castration.

L'obligation de réaliser l'intervention dans un établissement public est critiquée, certains chirurgiens compétents dans ce domaine n'y ayant pas accès.

Certaines équipes étrangères produiraient des transformations plus abouties (certaines participantes se posent néanmoins la question de l'authenticité des photos de résultats d'intervention diffusés sur internet par des équipes chirurgicales étrangères). Elles expriment le souhait d'un échange d'expérience entre équipes françaises et équipes étrangères, et d'une présence plus visible des équipes françaises dans les congrès internationaux spécialisés.

II.1.5. Les problèmes administratifs et financiers

L'appellation « transgenre », comme dans d'autres pays, serait peut-être préférable à « transsexuel » car « sexuel » véhicule encore parfois une connotation négative synonyme de perversité.

Une participante estime qu'après l'accord du psychiatre, le parcours devrait être davantage balisé et coordonné vers les différents intervenants pour la suite des soins, y compris les soins esthétiques, qui sont indispensables, mais aussi vers les intervenants administratifs.

Le délai entre l'intervention chirurgicale et le changement d'état-civil est perçu comme trop long, parfois plusieurs années. Surtout, à entendre les expériences des participantes du groupe, il semble aléatoire selon les lieux et les époques. Le changement d'état-civil devrait pouvoir être obtenu en l'absence d'intervention chirurgicale pour les personnes qui ne la souhaitent pas. Cette exigence pourrait pousser certaines personnes qui ne le souhaitent pas à l'intervention chirurgicale.

Les participantes constatent une grande variabilité de l'étendue des prises en charges par l'Assurance maladie, sans que la discussion qui s'engage permette d'en comprendre les raisons (selon les époques, selon les lieux ?). La prise en charge des soins et interventions à visée esthétique est souhaitée.

II.2. Les membres et représentants d'associations de transsexuels

D'une façon générale, dans ce groupe, les personnes présentes mêlent le récit de leurs expériences personnelles à des considérations plus générales liées à leur participation à la vie associative. Les transsexuels de ce groupe ont tous eu un parcours de soins particulier, en dehors de la prise en charge par les équipes françaises multidisciplinaires constituées.

II.2.1. Le premier contact avec un professionnel de santé

Pour ce groupe, il est intéressant de détailler individuellement les récits de ce premier contact afin de comprendre les raisons qui ont poussé les participants à ne pas s'adresser ou à se détourner des équipes officielles.

Pour une personne, les premiers professionnels rencontrés, il y a longtemps maintenant, méconnaissaient le transsexualisme. Sa prise de conscience a été progressive, à travers des contacts avec des travestis, dont elle percevait la problématique différente, puis avec une personne transsexuelle. Le premier psychiatre rencontré dans le cadre du transsexualisme lui a semblé mal à l'aise dans la relation d'aide. Elle a ensuite rencontré un psychiatre de ville, compétent sur la question, mais hors équipe officielle, et a été conseillée par d'autres personnes transsexuelles. Mariée et ayant des enfants, elle était persuadée de ne pas pouvoir intégrer le protocole des équipes officielles.

Une autre personne a été élevée dans une culture (un Territoire d'Outre-Mer) où le transsexualisme n'est pas stigmatisé, où il est bien accepté par le milieu familial et où l'accès aux hormones est aisé. Venue en métropole par la suite, et ayant connu la marginalité, elle a été orientée vers une équipe officielle et décrit une expérience très

négative : « *J'ai été reçue comme un chien* », « *Ils m'appellent Monsieur devant tout le monde* », « *Ils me ridiculisent devant tout le monde* ». Elle s'est ensuite adressée à une équipe structurée (psychiatre, endocrinologue), mais non officielle, dans le secteur privé.

Une personne relate un premier contact avec un psychiatre en centre médico-psychologique (CMP), qui avait déjà reçu plusieurs personnes transsexuelles, « *avec l'intention de confronter mon autodiagnostic* » et mentionne son appréhension de s'engager dans une procédure de très longue durée. Le contact a été très satisfaisant : « *Il s'est posé en tant que partenaire* ».

Une personne a été suivie par un psychiatre pendant plusieurs années : « *Dès le départ, je savais qui j'étais.* » Elle a ensuite été orientée par ce professionnel vers une équipe officielle pour une hormonosubstitution. Elle avait déjà commencé celle-ci et souhaitait être orientée rapidement vers un endocrinologue, mais le psychiatre de l'équipe a demandé l'arrêt de l'hormonosubstitution. Elle a finalement accédé à un endocrinologue *via* une association et a continué à voir parallèlement le psychiatre de l'équipe officielle.

Une personne a connu le premier contact auprès d'une association *via* un centre de planning familial. L'association ne l'a pas orientée vers un endocrinologue. Elle n'a pu intégrer un protocole officiel, car sa situation ne rentrait pas dans les critères d'inclusion dans le protocole thérapeutique. Elle reçoit actuellement le soutien d'un psychologue et va finalement rencontrer un psychiatre d'une équipe officielle pour pouvoir faire aboutir son parcours.

Une autre personne n'avait pas obtenu de proposition d'aide concrète d'un psychiatre dans le passé. Elle a, des années plus tard, entretenu pendant un an une correspondance avec une sexologue exerçant à l'étranger *via* internet, avant de prendre rendez-vous avec une sexologue en France, puis avec un psychiatre plusieurs mois après.

Une autre personne a été adressée à un psychiatre par son médecin traitant. Le suivi se déroule bien. Elle a l'expérience malheureuse dans son enfance d'une consultation de pédopsychiatrie qui a été traumatisante, avec des conseils inadaptés donnés à ses parents (« *la manière forte* »).

Une personne a été orientée vers les équipes officielles par une association intervenant dans le milieu de la prostitution. Elle décrit le contact avec deux équipes officielles comme des échecs, sans explication. Elle a ensuite été orientée vers une équipe structurée (psychiatre, endocrinologue), mais non officielle, dans le secteur privé, avec laquelle le parcours s'est bien déroulé, y compris les aspects administratifs permettant la prise en charge financière des soins esthétiques.

II.2.2. L'étape diagnostique

Les points suivants sont soulevés :

- Supprimer la distinction entre transsexualisme primaire et secondaire. Des participants au groupe estiment que le fait d'avoir eu une vie conjugale et des enfants incite les professionnels à s'opposer au processus de transformation.
- Informer les personnes transsexuelles qu'elles ne sont pas obligées de s'adresser d'emblée à un psychiatre d'une équipe officielle, mais qu'elles peuvent choisir librement, notamment pour des raisons d'accessibilité géographique. Le psychiatre choisi devrait pouvoir constituer une équipe autour de lui. La suppression de la notion même d'équipe officielle est souhaitée.
- Renforcer l'information sur le transsexualisme des médecins et des professionnels en général, même si des considérations non scientifiques (religieuses par exemple) peuvent influencer sur leur façon de penser. Actuellement, les personnes transsexuelles sont souvent mieux informées sur ce sujet que de nombreux professionnels, notamment grâce à internet et aux associations. Cela pose des problèmes dans le

dialogue qui doit s'établir et retarde inutilement une transition lorsque le sujet a pris sa décision.

- Renforcer la formation spécifique des médecins (psychiatres, endocrinologues, chirurgiens) qui s'occupent de personnes transsexuelles.
- Supprimer toute connotation psychiatrique du transsexualisme. Pour une personne, cela devrait aller jusqu'à une suppression de la prise en charge comme ALD par l'Assurance maladie, mais cette opinion n'est pas reprise par les autres personnes du groupe.
- Personnaliser et raccourcir le délai au bout duquel le psychiatre valide la transition : un délai de six mois est proposé par plusieurs personnes.
- Élaborer des standards de soins tenant compte de ceux déjà élaborés par des structures spécialisées. Une personne cite la « *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* » précédemment baptisée « *the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, Inc. (HBIIGDA)* ». Ceci permettrait peut-être de laisser aux personnes le libre choix des médecins qu'elles consultent tout en garantissant la qualité de soins.
- Faire participer les professionnels de santé français concernés aux congrès internationaux spécialisés. La présence des spécialistes français existe, mais elle est marginale. Communiquer sur les techniques opératoires utilisées et les résultats esthétiques et fonctionnels obtenus.

II.2.3. Les traitements hormonaux

La discussion sur ce sujet est très technique et reflète à la fois le haut niveau d'information des personnes du groupe et la complexité des stratégies thérapeutiques hormonales.

L'expérience des endocrinologues concernant le transsexualisme apparaît limitée, à la différence d'autres situations cliniques (ménopause par exemple). Les personnes recherchent activement des informations sur les stratégies les plus adaptées à leurs besoins et contribuent à l'information de l'endocrinologue qui les suit. Elles se comportent comme des autodidactes et co-thérapeutes pour l'hormonosubstitution.

Les critères de choix des différentes stratégies de traitement hormonal sont discutés. Le recours fréquent à la cyprotérone est contesté, en termes d'effets secondaires et de risque cancérogène éventuel.

On note un besoin d'individualisation du traitement hormonal, qui doit être ajusté à l'évolution de chaque sujet. L'absence de traitement disponible par voie injectable est regrettée, notamment parce qu'elle favorise l'observance. Le choix du mode d'administration le plus adapté (confort de prise, efficacité, effets secondaires et risques) est une véritable préoccupation.

Pour les sujets FtM il n'existe qu'une molécule disponible, donc pas d'alternative possible en cas d'intolérance. La modulation individuelle de l'intervalle entre les prises est nécessaire.

Il faudrait également informer les médecins sur les interactions entre l'hormonosubstitution et les trithérapies anti-VIH (MtF et FtM).

II.2.4. L'étape chirurgicale

Les personnes en attente d'intervention, surtout auprès d'une équipe officielle, devraient être davantage renseignées sur les délais d'attente.

Plusieurs personnes évoquent l'accessibilité de l'information délivrée par certains chirurgiens étrangers (présence aux congrès avec présentation des techniques opératoires utilisées, publications, photos, témoignages) et les meilleurs résultats qui

seraient obtenus par des équipes étrangères spécialisées (Europe, Asie) en termes esthétiques et fonctionnels.

Le recours à des témoignages de personnes opérées, directement ou par le biais d'associations, est considéré comme une information qui permet de conforter la décision.

La nécessité pour obtenir des résultats satisfaisants, d'interventions « sur mesure », adaptées à la morphologie de chaque personne, est soulignée.

La nécessité de deux temps opératoires pour la réassignation sexuelle serait propre aux protocoles pratiqués en France.

Certaines personnes sont persuadées que le fait d'avoir des enfants les exclut automatiquement du protocole officiel et donc de l'accès à la chirurgie en France, ce qu'elles vivent comme une discrimination.

De même, l'existence d'une séropositivité entraînerait de nombreux refus d'interventions esthétiques.

II.2.5. Les problèmes administratifs et financiers

Les personnes souhaiteraient une prise en charge des interventions réalisées à l'étranger (Europe, Asie). En effet, l'absence de prise en charge peut conduire des personnes transsexuelles à recourir à la prostitution pour financer leur intervention. Le coût de ces interventions à l'étranger ne serait pas supérieur au coût d'une intervention en France, même en incluant le déplacement.

Le coût des interventions esthétiques et des soins d'épilation soulève le même problème. Or l'apparence conditionne, au moins en partie, la qualité de l'insertion sociale et conditionne aussi la qualité de la transition.

Certaines personnes se heurteraient à des jugements désobligeant des caisses d'Assurance maladie lorsqu'elles exposent ces arguments : « *On m'a dit qu'il y a même des femmes [génétiques] qui sont moches, donc qu'il n'y a aucune raison pour qu'on fasse des efforts pour m'aider en quoi que ce soit* ».

L'accord ou le refus de prise en charge financière des soins, ainsi que son étendue, semble à géométrie variable selon les personnes et les régions : « *Il y a des endroits où on va tout vous accorder et d'autres endroits où vous vous faites mordre quand vous demandez de l'aide* ». Les échanges dans le cadre du groupe illustrent cette très grande variabilité des situations interindividuelles, sans qu'on puisse en comprendre l'explication.

Les délais de réponse aux demandes sont parfois très longs.

Les démarches de changement d'état-civil devraient être moins longues, et coordonnées avec l'ensemble du parcours.

Le délai d'obtention du changement d'état civil retarde la prise en charge à 100 % des traitements hormonaux : ceux-ci doivent être prescrits hors AMM en attendant, alors que la notion de transsexualisme a été reconnue en amont.

Il est rappelé que toutes les personnes transsexuelles ne souhaitent pas être opérées, et que cela ne devrait pas empêcher le changement d'état civil.

Les grandes étapes du parcours de soins

ÉTAPE DIAGNOSTIQUE

I. RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET LIMITES METHODOLOGIQUES

Ce chapitre a été rédigé essentiellement à partir des recommandations actuelles existantes.

Les grandes lignes des protocoles de soins sont communes et se réfèrent pour la plupart aux standards de la *World professional Association for Transgender Health* – WPATH (31), internationalement reconnu, qui décrivent plusieurs étapes, successives ou simultanées : établissement du diagnostic, accompagnement psychologique, expérience en vie réelle, hormonosubstitution et chirurgie de réassignation. Neuf textes de recommandations pour la pratique clinique ont été répertoriés (Annexe 6) : il s'agissait de recommandations internationales (31), française (32), anglaise (33), canadiennes (34-36), écossaise (11), espagnole (9) et allemande (37). Leur méthode était le plus souvent non précisée et les recommandations non gradées ; seules deux recommandations canadiennes (34,35) étaient basées sur l'analyse de la littérature, mais la stratégie de recherche documentaire n'était pas renseignée. Aucune n'est donc de méthode satisfaisante.

En ce qui concerne l'étape diagnostique, il est important de noter la pauvreté de la littérature et de souligner que les recommandations (9,11,31,32,37,38) ont été élaborées à partir de l'expérience clinique d'équipes de spécialistes traitant les transsexuels.

Deux revues de la littérature (8,39) et trois études cliniques (concernant les bilans psychométriques) ont été sélectionnées (40-42). A ce jour, le faible nombre d'études, de recueils prospectifs de données et de résultats validés soulignent la nécessité de conduire des essais de qualité afin de mieux déterminer la meilleure prise en charge du transsexualisme.

II. PREAMBULE

A ce jour, les praticiens disposent de critères de diagnostic spécifiés dans deux nomenclatures officielles : la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et le manuel Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux (DSM IV). Pour améliorer la prise en charge thérapeutique du patient et lui offrir une assistance et sécurité maximum, l'utilisation de ces critères de diagnostic prédéfinis est indispensable, mais en sachant que ces classifications ont leurs limites et qu'aucun caractère discriminant pour le patient (concept de trouble mental, marginalisation selon des normes socioculturelles préétablies) ne saurait leur être associé.

Actuellement, les deux nomenclatures sont en cours d'actualisation ; leur contenu est donc susceptible d'évoluer.

L'utilisation de ces critères diagnostiques permet de poser le diagnostic avec un maximum de précision et reproductibilité, malgré leurs limites. Ils doivent être utilisés avec prudence et en évitant toute association à caractère discriminant pour le patient.

III. DIAGNOSTIC

Comme pour toute situation nécessitant des soins, l'établissement d'un diagnostic positif, est un préalable nécessaire. Plusieurs outils diagnostiques peuvent être utilisés et des troubles mentaux ou d'autres situations confondantes doivent être identifiés (diagnostic différentiel). En conséquence, dans cette étape diagnostique, le rôle du psychiatre est essentiel.

III.1. Les outils diagnostiques

III.1.1. Selon le DSM IV

Il convient de distinguer :

- Trouble de l'identité sexuelle chez les enfants ;
- Trouble de l'identité sexuelle chez les adolescents ou adultes.

Pour les sujets ayant atteint la maturité sexuelle, on spécifie :

- attiré sexuellement par les hommes
- attiré sexuellement par les femmes
- attiré sexuellement par les deux sexes
- attiré sexuellement ni par un sexe, ni par l'autre.

Le DSM IV (43) distingue le trouble de l'identité sexuelle chez les enfants et chez les adolescents ou adultes et précise deux composantes :

A. Existence d'une identification intense et persistante à l'autre sexe, désir d'appartenir à l'autre sexe ou affirmation qu'on en fait partie. Cette identification à l'autre sexe ne doit pas se réduire simplement au désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe.

Chez l'enfant, lorsque le trouble se manifeste précocement, il se manifeste par quatre (ou plus) des critères suivants :

- exprime de façon répétée le désir d'appartenir à l'autre sexe ou affirme qu'il (ou elle) en fait partie ;
- chez les garçons, préférence pour les vêtements féminins ou un attirail d'objets permettant de mimer la féminité ; chez les filles, insistance pour porter des vêtements typiquement masculins ;
- préférence marquée et persistante pour les rôles dévolus à l'autre sexe au cours des jeux de « faire semblant », ou fantaisies persistantes d'appartenir à l'autre sexe ;
- désir intense de participer aux jeux et aux passe-temps typiques de l'autre sexe ;
- préférence marquée pour les compagnons de jeu appartenant à l'autre sexe.

Chez l'adolescent et l'adulte, le trouble se manifeste par des symptômes tels que l'expression d'un désir d'appartenir à l'autre sexe, l'adoption fréquente de conduites où on se fait passer pour l'autre sexe ou la conviction qu'il (ou elle) possède les sentiments et réactions typiques de l'autre sexe.

B. Existence d'un inconfort persistant par rapport au sexe assigné ou d'un sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante.

Chez l'enfant, le trouble se manifeste par l'un ou l'autre des éléments suivants :

- chez le garçon, assertion que son pénis ou ses testicules sont dégoûtants ou vont disparaître ou qu'il vaudrait mieux ne pas avoir de pénis, aversion envers les jeux brutaux et rejet des jouets, jeux et activités typiques d'un garçon ;
- chez la fille, refus d'uriner en position assise, assertion qu'elle a un pénis ou que celui-ci va pousser, qu'elle ne veut pas avoir de règles, ou aversion marquée envers les vêtements conventionnellement féminins.

Chez l'adolescent et l'adulte, l'affection se manifeste par des symptômes tels que : vouloir se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires ou penser que son sexe n'est pas le bon.

En plus de l'existence des deux composantes, **deux autres critères** doivent être également respectés pour poser le diagnostic :

- l'existence d'un désarroi cliniquement significatif ou d'une altération du fonctionnement social ou professionnel, ou dans d'autres domaines importants ;
- l'exclusion **d'une affection intersexuelle physique concomitante** (ex., syndrome d'insensibilité partielle aux androgènes ou hyperplasie congénitale des surrénales).

III.1.2. Selon la CIM-10

La CIM-10 (1) définit dans le chapitre V intitulé « troubles mentaux et du comportement », cinq troubles de l'identité sexuelle : transsexualisme, travestisme bivalent, trouble de l'identité sexuelle de l'enfance, autres troubles de l'identité sexuelle, trouble de l'identité sexuelle sans précision (les deux dernières catégories pouvant être utilisées pour des troubles intersexués).

Le transsexualisme a trois critères :

- l'intéressé manifeste le désir de vivre et d'être accepté comme appartenant au sexe opposé, habituellement accompagné du souhait de rendre son corps le plus possible en harmonie avec le sexe préféré par la chirurgie et le traitement hormonal ;
- l'identité transsexuelle a été présente de manière persistante pendant au moins deux ans ;
- le trouble n'est pas un symptôme d'un autre trouble mental ou d'une anomalie chromosomique.

Le travestisme bivalent a trois critères :

- l'intéressé porte des vêtements du sexe opposé aux fins de découvrir temporairement l'appartenance au sexe opposé ;
- il n'y a aucune motivation sexuelle au travestisme ;
- l'intéressé n'a pas de désir de changement définitif pour le sexe opposé.

Le trouble de l'identité sexuelle de l'enfance se manifeste pour la première fois dans la première enfance (et bien avant la puberté) avec une souffrance intense et permanente relative au sexe assigné, accompagné d'un désir d'appartenir à l'autre sexe. Les vêtements et activités propres au sexe opposé et un rejet de son propre sexe sont des préoccupations persistantes. Il faut qu'il existe une perturbation profonde de l'identité sexuelle normale pour poser le diagnostic ; il n'est pas suffisant d'observer un comportement de « garçon manqué » pour une fille ou de « fille manquée » pour un garçon.

Dans la CIM-10, les troubles de l'identité sexuelle sont bien distincts des « Problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à l'orientation sexuelle » et des « Troubles de la préférence sexuelle ».

III.2. Contribution des tests psychologiques au diagnostic

Le bilan psychologique apporte des informations sur les troubles de la personnalité et les pathologies psychiatriques éventuellement associées (paranoïa, schizophrénie, hystérie...), qui sont parfois masqués par une cristallisation autour de la transsexualité. Il apporte également des éléments d'appréciation du risque de décompensation, en particulier psychotique, ou de passage à l'acte suicidaire (32).

Ce bilan s'appuie sur l'interprétation de tests réalisés chez les transsexuels par des psychologues expérimentés qui évaluent les modalités de fonctionnement psychique et l'identification sexuée.

Selon les résultats de l'enquête réalisée auprès des professionnels, les tests les plus couramment utilisés sont le Rorschach et le MMPI. Les tests de vocabulaire Binois-Pichot et TAT sont également utilisés par certaines équipes.

III.2.1. Test de Rorschach

Le Rorschach est la principale méthode projective utilisée pour étudier la personnalité et le fonctionnement psychique du demandeur de changement de sexe. En tant que méthode d'investigation du psychisme, le Rorschach permet d'étudier la question du terrain de personnalité sur lequel le transsexualisme se développe (44).

L'épreuve projective du test de Rorschach mobilise les processus identificatoires et notamment l'identification sexuée, plus particulièrement sur la planche III (45). Cette dernière permet d'apprécier la reconnaissance de l'appartenance au monde humain, l'intégration du schéma corporel et l'identification à un modèle sexué. Il s'agit de la planche de l'identité sexuelle par excellence ; elle correspond à une double polarité dans la mesure où le contenu manifeste est très proche de la réalité des silhouettes humaines en mettant à l'épreuve la représentation du corps humain entier et en mobilisant les processus d'identification sexuée (les « personnes » pouvant tour à tour être perçues comme dotées d'attributs masculins ou féminins) (45).

Lorsque l'identification sexuée est stable et harmonieuse, les représentations humaines sont clairement qualifiées en termes masculins ou féminins, la polarité dominante étant accordée en référence à sa propre identité sexuelle, correspondant au sexe biologique.

III.2.2. Test MMPI (version 1 ou version 2)

Ce test comporte plusieurs échelles dont l'échelle 5 Mf (masculinité, féminité selon les stéréotypes culturels) pour évaluer les caractéristiques psychopathologiques de sujets présentant un trouble de l'identité de genre (46,47).

Les profils MMPI de 93 transsexuels MtF et 44 FtM sollicitant une réassignation hormonochirurgicale ont été étudiés (40). Il ressortait que les profils dans le sexe désiré étaient moins pathologiques que ceux du sexe anatomique. Le score Mf du groupe MtF était significativement élevé quand il était calculé selon le sexe biologique, alors qu'il se normalisait dans le profil du sexe désiré (féminin).

III.2.3. Résultats comparatifs

Une étude française (41) a analysé chez des transsexuels MtF comparés à une population de sujets témoins, masculins et féminins, l'identification sexuée telle qu'elle s'exprime à travers la planche III du test de Rorschach et l'échelle Mf du MMPI. Les résultats ont montré que l'identification sexuée des sujets transsexuels MtF est nettement féminine comparée à des hommes témoins et semble comparable à celle de femmes témoins. Ce résultat est concordant, qu'il ait été obtenu par un auto-questionnaire mobilisant une réponse consciente du sujet (MMPI) ou par un test projectif mobilisant une réponse plutôt inconsciente de la part du sujet (test de Rorschach).

Il semble difficile d'obtenir des résultats totalement fiables et probants à l'aide d'outil psychométrique permettant de rendre compte *directement* de l'identification sexuée. Des auteurs se sont donc intéressés à **des évaluations indirectes**, notamment au travers des interprétations fournies aux épreuves projectives. Ainsi, une étude (42) a évalué, à travers le test de Rorschach, les manifestations de l'identité sexuée de patients de sexe biologique masculin demandant une réassignation hormonochirurgicale. Cette étude soulignait l'intérêt potentiel d'une approche ciblée sur certains types d'indices afin

d'appréhender l'identification sexuée, notamment les attributs masculins ou féminins, la sexualité des contenus humains et para-humains.

III.3. Diagnostic psychiatrique différentiel

Le transsexualisme doit être différencié d'une simple non conformité au stéréotype comportemental lié au rôle sexuel par l'étendue et le caractère envahissant des désirs, des intérêts et des activités de type transsexuel (43).

Le transsexualisme doit aussi être distingué d'autres troubles :

- du travestissement fétichiste, qui concerne les hommes hétéro- ou bisexuels, pour qui le travestissement a pour but une excitation sexuelle ;
- d'un trouble de l'identité sexuelle non spécifié, chez les individus qui ont un problème d'identité sexuelle avec une affection intersexuelle congénitale concomitante (ex : syndrome d'insensibilité aux androgènes ou hyperplasie congénitale des surrénales). Un bilan hormonal et un caryotype sont nécessaires pour évaluer ces situations intersexuées ;
- un trouble mental de type schizophrénie, avec idées délirantes à thème de métamorphose sexuelle.

III.4. Durée de l'étape diagnostique

Selon les résultats de l'enquête réalisée auprès des professionnels (voir ci-dessous), le diagnostic d'un trouble de l'identité sexuelle nécessite **plusieurs entretiens (2 à 10) étalés sur quelques mois** selon les situations cliniques, afin de réunir données cliniques et psychométriques.

III.5. Nécessité d'un diagnostic confirmé

Établir le diagnostic de transsexualisme est une condition nécessaire, mais pas suffisante pour entamer la thérapie triadique (expérience en vie réelle hormonosubstitution, chirurgie) (31)

En effet :

- des personnes identifiées comme des transsexuels après un diagnostic soigneux peuvent changer spontanément leurs souhaits ;
- d'autres font des compromis et sont plus à l'aise sans traitement médical ;
- d'autres abandonnent durant l'expérience en vie réelle leur désir de traitement triadique ou ne veulent plus de l'ensemble des trois phases du traitement.

Ainsi, dans une étude de 128 patients, 11,7 % d'abandons précoces ont été observés en cours d'évaluation et avant tout traitement hormono-chirurgical (39).

Pour s'assurer de l'admissibilité et de la préparation aux thérapies hormonales et chirurgicales, il est indispensable d'**évaluer attentivement les risques d'échec postopératoire**. Les facteurs potentiels d'échec postopératoire ne sont pas nécessairement une contre-indication absolue au traitement ; toutefois, il faut en tenir compte pour décider de la conduite à tenir et du soutien durant la réassignation (8). Même des transsexuels parfaitement identifiés peuvent révéler des difficultés majeures pour faire face aux changements drastiques induits par la chirurgie de réassignation.

Le spécialiste doit donc **recueillir des informations contributives pour mieux appréhender le pronostic**. L'anamnèse doit comprendre les informations concernant le développement général et psychosexuel du patient, la précocité et la constance du trouble d'identité, le comportement sexuel et l'orientation sexuelle, la perception de l'image corporelle, et le cas échéant le type de travestissement. Il peut également évaluer les mécanismes émotionnels et intellectuels du « faire face » du patient, pour détecter une psychopathologie éventuelle et pour connaître le réseau social du patient, support

indispensable lors de la réassignation. Afin d'éviter toute attente irréaliste par rapport à une vie future, une information précise doit être délivrée quant aux possibilités et aux limites de la réassignation.

Par ailleurs, la rencontre avec la famille apporte des informations précieuses, parfois méconnues du patient lui-même, et peut contribuer au diagnostic et à la recherche étiopathogénique. La compréhension de la procédure de réassignation par le patient et l'existence d'un soutien par la famille améliore le pronostic ultérieur (32).

IV. COMORBIDITE AVEC DES TROUBLES MENTAUX

Malgré le petit nombre d'études, leurs résultats alertent sur la nécessité de rechercher systématiquement une comorbidité lors du bilan diagnostique, et de la traiter si nécessaire. En effet, **la présence d'une psychopathologie associée est un handicap pour poser le diagnostic du transsexualisme et peut constituer un facteur de risque de mauvais pronostic du traitement.** Quelques études ont pu être identifiées à ce sujet.

Ainsi, selon une étude chez des patients transsexuels, 42 % des patients présentaient un trouble de la personnalité (48).

Une autre étude (28) a mis en évidence une corrélation significative entre transsexualité et dépression ($p < 0,05$), mais la corrélation avec l'anxiété de séparation n'était pas significative ($p > 0,05$).

Enfin, une étude prospective a identifié des facteurs prédictifs de la réussite ou de l'échec du traitement (49). La présence chez des transsexuels MtF d'un mauvais fonctionnement psychique, d'une insatisfaction de leur apparence physique et d'une transsexualité insuffisamment marquée, constituaient un facteur de risque et s'accompagnaient d'une moindre satisfaction quant aux résultats de la chirurgie de réassignation.

V. L'ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

V.1. Cible

Cette enquête a été adressée à vingt-deux praticiens prenant en charge des patients transsexuels ; ces praticiens ont été identifiés par les professionnels de santé membres du groupe de travail ou par les associations de transsexuels. Le questionnaire qui leur a été adressé comprenait des questions spécifiques sur le diagnostic, l'expérience en vie réelle et l'accompagnement (Annexe 3).

V.2. Résultats de l'enquête

Des vingt-deux professionnels, onze ont répondu (*Tableau 2*) :

- 10 étaient psychiatres et un était psychologue ; 8 exerçaient dans le secteur public, 1 dans le libéral et 1 avait une activité mixte ;
- chacun, depuis le début de son exercice, suivait entre 27 et 488 patients au total, le nombre de nouveaux cas ne dépassait pas 50 / an.

Tableau 2. Résultat de l'enquête sur l'étape du diagnostic : données d'activité.

	Spécialité	Secteur d'exercice	Date de début de l'activité	Nombre total de patients suivis	Nombre de patients suivis MtF	Nombre de patients suivis FtM	Nombre moyen de nouveau x cas/an	Nombre moyen de nouveaux cas MtF/an	Nombre moyen de nouveaux cas FtM/an
Expert 1	Psychiatre	Libéral	1985	NR	NR	NR	7	4	3
Expert 2	Psychiatrie	Public	1993	133	NR	NR	20	NR	NR
Expert 3	Psychiatrie	Public	1976	400	2/3	1/3	50	2/3	1/3
Expert 4	psychiatrie	Public	1985	488	278	210	15	9	6
Expert 5	Psychiatrie	Public	1994	200	NR	NR	NR	NR	NR
Expert 6	Psychiatrie/Sexologie	Public	1975	158	69	89	10-20	4-8	6-12
Expert 7	Psychologie	Public	2002	123	NR	NR	NR	NR	NR
Expert 8	Psychiatrie	Mixte	1976	40	30	10	4	3	1
Expert 9	Psychiatrie	Public	1982	27	18	9		1	1
Expert 10	Psychiatrie	Public	1985	50	35	15	30	20	10
Expert 11	Psychiatre	Mixte	1977	250	210	40	50	35	15

Tableau 3. Résultat de l'enquête sur l'étape du diagnostic : outils diagnostiques et fréquence et nombre de séances

	Quels sont les professionnels qualifiés	Nomenclatures utilisées	Tests psychologiques utilisés	Nombre et fréquence des séances
Expert 1	Psychiatres assistés d'endocrino et psychologues	DSM	Variable selon psychologues	Au moins 3
Expert 2	Psychiatre	DSM IV CIM 10	Binois-Pichot ;MMPI ;WAIS-R ; Rorschach Par psychologues	1 tous les 3 mois pendant 2 ans soit minimum 8 consultations psychiatriques
Expert 3	Psychiatre et endocrinologue en coordination	DSM IV CIM 10 avec leurs limites	MMPI, TAT, Rorschach, SCID	3 à 6 séances + tests
Expert 4	Psychiatre en collaboration étroite avec une équipe pluridisciplinaire	DSM IV CIM 10 et données anamnesiques vérifiées	Binois-Pichot ;MMPI ;Wais-R ; Rorschach	10 séances environ de 45 mn étalées sur plusieurs mois
Expert 5	Psychiatre	DSM IV-R	Binois-Pichot ; Facteur général D48 ou PM38 ; test de rétention visuelle de Benton ; MMPI ; Rorschach et TAT ; dessin du bonhomme ; test de l'arbre	3 à 6 entretiens
Expert 6	Psychiatre ou médecin généraliste diplômé de sexologie ou psychologue médical	DSM IV	MMPI ; Rorschach ; NEOPI-R	2 à 10 séances ; tous les 15 jours
Expert 7	Psychiatre	NR	Binois-Pichot ; MMPI ; Wais-R ; Rorschach	NR
Expert 8	Professionnel formé à la problématique médico-juridique de l'identité	DSM IV CIM 10	MMPI ; Rorschach et TAT	Très variables
Expert 9	Psychiatre et endocrinologue en coordination	DSM	Rorschach	3 à 5 séances
Expert 10	Psychiatre, psychologue, endocrinologue formés	CIM 10 Psychopathologie analytique	Rorschach et TAT réalisés par psychologue spécialisée	6 à 10 séances sur 6-8 mois
Expert 11	Psychiatre	DSM IV CIM 10	MMPI 2 ; Rorschach ; Weschler Bellevue	10 séances environ

NR = non renseigné ; Binois-Pichot = test de vocabulaire ; Rorschach et TAT = tests de personnalité ; MMPI = inventaire multiphasique de personnalité de Minnesota ; Wais-R = Wechsler Adult Intelligence Scale Revised ; NEOPI-R = Inventaire de Personnalité-Révisé (Paul T. Costa, Jr., Ph.D. et Robert R. McCrae, Ph.D)

En ce qui concerne l'étape diagnostique, les résultats de l'enquête (*Tableau 3*) montrent que les classifications DSM-IV et CIM-10 sont assez largement utilisés. Les tests psychologiques sont utilisés, mais dans 1 combinaison variable. Il en est de même pour la durée de la phase diagnostique (quelques mois à 2 ans) et pour le nombre de consultations qu'elle comporte (2 à 10 séances). Certains professionnels mettent plus en avant le nombre de consultations que la durée.

VI. CONCLUSION SUR L'ETAPE DIAGNOSTIQUE

Au total, une étape diagnostique est indispensable comme première phase de la prise en charge médicale du transsexualisme. Même si elle utilise des outils médicaux comprenant des classifications des maladies ou des troubles mentaux et des tests psychologiques, le but de cette étape n'est pas d'assimiler les transsexuels à des « malades mentaux » mais il est de poser un diagnostic positif, différentiel et confirmé du transsexualisme, c'est-à-dire notamment :

- un diagnostic différentiel permettant d'écartier d'éventuelles pathologies confondantes ;
- un diagnostic confirmé permettant de s'assurer de la volonté du patient à s'engager dans les étapes ultérieures de la prise en charge thérapeutique.

La nécessité d'obtenir un diagnostic le plus certain possible ne doit néanmoins pas avoir comme conséquence une phase diagnostique trop longue car à ce stade de sa prise en charge, le transsexuel peut présenter des souffrances liées à l'écart entre son apparence due à son sexe biologique et son apparence désirée. Habituellement, cette phase diagnostique dure de 6 à 9 mois, avec de 2 à 10 séances avec le psychiatre et / ou le psychologue. Cette durée est évidemment à adapter au cas par cas.

EXPERIENCE EN VIE REELLE

I. RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET LIMITES METHODOLOGIQUES

Ce chapitre a été rédigé pour l'essentiel, comme le précédent, à partir des recommandations actuelles existantes.

II. PREAMBULE

Durant cette période, **le patient est censé vivre en permanence dans le rôle du sexe désiré** dans les activités quotidiennes sociales et professionnelles ; les membres de la famille doivent être informés des changements imminents et un nouveau prénom est choisi (31).

Cette expérience en vie réelle va permettre de mesurer la capacité à vivre dans le rôle désiré et la persistance de la demande de transition, malgré certaines déceptions qui peuvent survenir. Elle permet à l'intéressé d'apprécier les conséquences à la fois légales, économiques, socio-familiales et personnelles du changement d'identité avant de procéder à des changements physiques irréversibles. Toutefois, cette étape est jugée longue et coûteuse par les patients, car cette période de transition modifie leurs rapports familiaux et amicaux et leur vie professionnelle, sans leur apporter de changement définitif.

L'enquête réalisée auprès des professionnels (*Tableau 4*) souligne que cette étape ne doit pas être une contrainte demandée par le corps médical, mais doit être un engagement spontané de la part du patient qui estime pouvoir l'assumer. Cette expérience est liée à l'importance que revêtent pour les patients l'apparence et les signes extérieurs de féminité et de masculinité au sens social du terme, ainsi qu'aux caractéristiques socioprofessionnelles et familiales.

III. FAUT-IL INTRODUIRE A CE STADE UN TRAITEMENT HORMONAL ?

L'éventuelle introduction d'un traitement hormonal doit être décidée de manière collégiale entre l'équipe pluridisciplinaire (associant psychiatre, endocrinologue et chirurgien) et le patient. Elle devra être précédée d'un bilan clinique et biologique et sera formalisée par un certificat médical remis au patient. **Plusieurs options sont envisageables**, selon les équipes soignantes et selon les souhaits des intéressés. Les résultats de l'enquête montrent des pratiques très variables en France (*Tableau 4*).

Expérience en vie réelle puis hormones

Dans certains pays, la règle est un suivi et une expérience en vie réelle bien assumée et documentée de 3 mois à 1 an (9,37,38), avant l'introduction d'un traitement hormonal.

Un autre pays suggère 2 ans de suivi à partir du début de la prise en charge, avant l'introduction d'un traitement irréversible ; la décision d'hormonosubstitution est alors prise de manière collégiale par une équipe pluridisciplinaire associant psychiatre, endocrinologue et chirurgien (32).

Introduction d'un traitement hormonal dès le début de l'expérience en vie réelle

C'est l'option préconisée par les recommandations internationales qui s'accordent sur une durée d'un an au moins en vie réelle, sous hormonothérapie, avant de recourir à la chirurgie (8,9,11,31).

Choix de vivre dans le rôle social du sexe opposé sans hormones.

Si certains patients le souhaitent, l'expérience en vie réelle peut-être menée sans hormonosubstitution.

IV. RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DE PROFESSIONNELS DE SANTE

Les professionnels interrogés sur l'étape diagnostique ont également répondu aux questions relatives à l'expérience en vie réelle (*Tableau 4*).

Tableau 4. Résultats de l'enquête sur l'expérience en vie réelle.

	A quel moment commencer l'expérience en vie réelle ?	Durée souhaitable	A quel moment débiter le traitement hormonal ?	Nécessité d'un soutien psychologique	Recours à certains actes chirurgicaux
Expert 1	NR	NR	NR	oui	NR
Expert 2	Variabilité selon patient	NR	Quand décision globale THC	non	Quand décision globale THC
Expert 3	A partir du feu vert hormonal ; après 1 an de suivi parfois moins	Jusqu'à entrée dans le programme chirurgical	Suit décision de la commission	oui	Oui pour mammectomie et chirurgie esthétique réaliste
Expert 4	Selon décision du patient	1 an avant THC	Après 2 ans d'évaluation	oui	non
Expert 5	Variabilité selon patient	Pas de standard	Pas de standard	oui si demande	NR
Expert 6	Après 1 an – 1 an 1/2	4 à 6 mois	Dès le début de l'expérience en vie réelle ou après 3 mois	oui	non
Expert 7	NR	NR	NR	NR	NR
Expert 8	Variabilité selon patient	2 ans	Produits bloqueurs dès le début en vie réelle Hormones après 2 ans	oui	Oui, chirurgie esthétique uniquement
Expert 9	Variabilité selon patient	Au moins 6 mois	Après 2 ans suivi	oui	Eventuellement mammectomie
Expert 10	Variabilité selon affirmation de leur identité dans l'organisation de leur vie quotidienne	Privilégier l'engagement spontané	Liée au diagnostic établi	oui	Oui, mammectomie ou pose prothèse mammaire ; chirurgie esthétique secondaire ; épilation ; traitement phoniatrique
Expert 11	Variabilité selon patient	1 à 2 ans minimum	NR	oui	non

NR = non renseigné ; THC = traitement hormonochirurgical

V. CONCLUSION SUR L'EXPERIENCE EN VIE REELLE

La phase d'expérience en vie réelle a été beaucoup discutée parmi les transsexuels et les professionnels de santé notamment quant à sa pertinence et ses difficultés. Au total, elle semble tout à fait nécessaire avant de s'engager dans des processus irréversibles de transformation d'origine hormonale ou chirurgicale, pour que le patient puisse apprécier au mieux toutes les conséquences du changement de rôle social. La durée de cette phase doit être fonction de ce but. La décision de la réaliser et le moment où elle doit commencer appartiennent au transsexuel accompagné par l'équipe. Pour éviter un désaccord hautement préjudiciable au but recherché entre l'apparence physique et le genre désiré, des soins entraînant des transformations réversibles ou légères (hormonosubstitution réversible [voir ci-dessous], épilation...) peuvent être délivrés pendant la phase d'expérience en vie réelle. La durée recommandée de cette expérience est en moyenne de 1 an.

HORMONOSUBSTITUTION

I. RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET LIMITES METHODOLOGIQUES

Comme pour les autres chapitres, la recherche a porté sur les publications en français, anglais et espagnol publiées jusqu'en septembre 2008. Tout d'abord ont été considérées les textes de recommandations et revue de la littérature : dix recommandations pour la pratique clinique, un rapport d'évaluation de la Haute Autorité de Santé, deux revues systématiques de la littérature et 5 revues générales ont été retenues :

- recommandations pour la pratique clinique (31), française (32), anglaise (33), canadiennes (34-36), écossaise (11), espagnole (9) et allemande (37). En plus de ces recommandations spécifiques du transsexualisme, une recommandation française concernant la contraception (50) a été utilisée dans le chapitre sur les interactions médicamenteuses ;
- rapport d'évaluation de la Haute Autorité de Santé sur l'ostéodensitométrie (51) : ce rapport était basé sur l'analyse systématique de la littérature et l'avis d'experts, il a été utilisé pour déterminer les rapports entre hypogonadisme et ostéoporose ;
- revues systématiques de la littérature (52,53) : la revue de la *John Hopkins School of Medicine* (52) était basée sur une analyse systématique de la littérature en langue anglaise concernant le traitement hormonal des transsexuels, sur une durée non précisée ; seuls les articles issus de revues à comité de lecture et dans lesquels les traitements étaient clairement définis ont été retenus, soit 61 articles ; la revue réalisée par l'Afssaps en 2006 (53) était basée sur l'analyse de la littérature de 1999 à 2006 sur le traitement hormonal de la ménopause. Enfin, une revue plus récente (54), est consacrée aux tumeurs liées au traitement hormonal, il s'agit d'une revue théoriquement exhaustive des articles publiés sur la base *Medline*.
- revues générales : il s'agit de revues publiées par des équipes françaises (55,56), américaine (57,58), belge (14,59) et néerlandaise (60), elles ont été utilisées pour compléter les données (à l'exception du chapitre sur les effets indésirables), compte tenu de la pauvreté de la littérature.

D'autres études ont été également incluses dans l'analyse. A l'exception d'une étude de cohorte néerlandaise (61) incluant 1109 patients et d'une étude comparative randomisée de faible effectif (70 patients) (62), les études étaient de faible niveau de preuve (niveau III ou IV). Elles étaient le plus souvent rétrospectives et consistaient principalement en rapports ou séries de cas sur les effets indésirables des traitements. Les études analysées étaient très hétérogènes sur le plan des populations incluses (âge, comorbidités) et du traitement (variabilité des molécules utilisées, des posologies et de la durée du traitement), notamment pour les MtF ; les effectifs des études étaient faibles, notamment pour les FtM. Le suivi des patients était court ou non renseigné. Chaque étude clinique est résumée sous forme d'un tableau d'évidence en Annexe 7.

A noter que l'équipe du *Free University Hospital* d'Amsterdam (61) avait déjà publié en 1989 (63) les résultats de morbi-mortalité de 425 patients transsexuels suivis pendant une médiane de 3,6 ans ; il est probable que nombre de ces patients sont inclus dans l'étude de van Kesteren *et al.* (61). Aussi, l'étude d'Asscheman *et al.* (63) n'a pas été prise en compte à l'exception de l'analyse des risques de dépression chez les MtF et de la prise de poids chez les FtM, non évalués par van Kesteren *et al.*

L'étude de Meyer *et al.* (64) n'a pas été retenue en raison de la variabilité dans cette série des molécules utilisées, de leur dose et des durées de traitement, de l'existence de patients déjà traités avant inclusion et dont les résultats n'ont pas été individualisés.

Au total, 33 études ont été analysées : 1 étude comparative randomisée, 1 étude comparative non randomisée prospective, 2 études de cohorte rétrospective, 9 études cas-témoins, 8 séries de cas et 12 rapports de cas.

II. PREAMBULE

Les traitements hormonaux jouent un rôle important dans le processus de transition anatomique et psychologique pour les adultes correctement sélectionnés présentant des troubles de l'identité de genre (31). Ils consistent à **fournir aux patients des hormones exogènes afin de supprimer les caractères sexuels secondaires du sexe d'origine et d'induire ceux du sexe opposé le plus complètement possible** (9,35).

L'efficacité de ces traitements se juge en fonction de la satisfaction du patient et de son intégration socioprofessionnelle (9). Elle est très variable d'un patient à l'autre, d'une part, en raison de la subjectivité de son appréciation, d'autre part en fonction des traitements utilisés, leur dosage et la réponse propre du patient. L'hormonosubstitution peut demander 2 à 4 ans, parfois plus, pour produire tout son effet (9,31,34).

Néanmoins, **il s'agit de traitements lourds, administrés à long terme, pouvant induire des effets secondaires**. Il est à noter que l'automédication pratiquée par des patients augmente le risque d'effets secondaires (9).

III. PRINCIPES DU TRAITEMENT

La première phase du traitement consiste à bloquer les stéroïdes sexuels du sexe refusé ; c'est en principe au cours de la deuxième phase qu'est introduite l'hormone du sexe désiré (56).

Chez les MtF, la féminisation est obtenue par suppression directe ou indirecte des effets des androgènes et par induction de caractères sexuels féminins (34).

La suppression des caractères sexuels masculins peut être réalisée par :

- des substances qui interfèrent avec la production de testostérone ou sa conversion périphérique en 5 α dihydrotestostérone (DHT) ;
- des substances qui bloquent les récepteurs androgéniques (9,34) ;
- des antigonadotropes, substances inhibant les gonadotrophines (hormone folliculo-stimuline [FSH], hormone lutéinique [LH]).

L'induction des caractères féminins est réalisée principalement par les estrogènes (9,34).

Chez les FtM, la testostérone permet à la fois de **supprimer les caractères sexuels féminins** et **d'induire les caractères sexuels masculins** (9,34). D'autres molécules, à action antigonadotrope (analogues de la gonadotropine releasing hormon [Gn-RH], acétate de cyprotérone, autre progestatif), peuvent être utilisées lors d'une première étape, pour entraîner une déféminisation et bloquer les cycles menstruels (56) (avis du groupe de travail).

IV. MOLECULES DISPONIBLES

IV.1. Suppression des caractères sexuels du sexe refusé

IV.1.1. Analogues de la Gn-RH

Les analogues de la Gn-RH ont une action anti-gonadotrope (9,34). Ils agissent en saturant les sites de la LHRH au niveau hypophysaire, entraînant à terme une diminution de sécrétion de la LH conduisant à une diminution des taux d'estradiol et de testostérone (Vidal en ligne, 31 mars 2006). De ce fait, ils sont aussi bien utilisés chez les MtF que chez les FtM. Ils se présentent sous forme injectable sous-cutanée ou intramusculaire, sous forme d'implant sous-cutané ou sous forme de spray nasal. Leur coût est élevé (56).

IV.1.2. Anti-androgènes

Il en existe deux types.

a) Anti-androgènes stéroïdiens

- Acétate de cyprotérone : c'est un progestatif ayant une activité antigonadotrope et anti-androgénique périphérique. Il agit par inhibition compétitive de la liaison de la DHT à son récepteur cytosolique dans les cellules cibles (Vidal en ligne, consulté le 31 mars 2006). De plus, il accélère le métabolisme hépatique des androgènes par induction enzymatique. Utilisé chez les MtF, il peut aussi l'être chez les FtM, pour son action antigonadotrope (56,59). Il est administré par voie orale.
- Spironolactone : il s'agit d'un antagoniste de l'aldostérone qui a un effet diurétique épargneur de potassium. Son action anti-androgénique s'exerce par blocage des récepteurs androgéniques. Utilisé chez les MtF, il est administré par voie orale (9,34,58).
- Acétate de médroxyprogestérone : c'est un progestatif à effet antigonadotrope, qui bloque les récepteurs des androgènes. Utilisé chez les MtF, il est administré par voie injectable ou orale. Il est peu utilisé (60).

b) Anti-androgènes non stéroïdiens (utilisés chez les MtF)

- Flutamide, nilutamide, bicalutamide : ils agissent par blocage des récepteurs androgéniques et sont dépourvus de toute autre activité endocrinienne.
- Finastéride : c'est un inhibiteur de la 5 alpha réductase (l'enzyme qui transforme la testostérone en DHT) (Vidal en ligne, consulté le 31 mars 2006).

IV.1.3. Progestatifs de synthèse

Les progestatifs de synthèse dérivés de la progestérone ou de la 17-hydroxyprogestérone (pregnane et norpregnane) ainsi que les progestatifs « norstéroïdes » (dérivés de la norméthyltestostérone, noyau estrane) ont un effet antigonadotrope (65). Les dérivés pregnanes et norpregnanes sont préférés aux norstéroïdes du fait de leur meilleure tolérance (avis d'expert).

IV.2. Induction des caractères sexuels du sexe désiré

IV.2.1. Estrogènes

À forte dose, ils ont une action féminisante, anti-gonadotrope et anti-androgène (9,56).

Différentes molécules peuvent être utilisées :

- le 17 bêta estradiol (E2) : c'est un estrogène naturel, sécrété par l'ovaire. Il peut être administré par voie orale sous forme d'ester (valérate d'estradiol) ou sous forme micronisée, par voie percutanée (gel ou patch transdermique), intramusculaire ou par pulvérisation nasale (9) ;

- l'éthinyl-estradiol (EE) : c'est un estrogène de synthèse, administrable uniquement par voie orale (9,58,66). ;
- les estrogènes sulfoconjugués équins : ils sont administrés par voie orale (Vidal en ligne, consulté le 31 mars 2006).

IV.2.2. Androgènes

Il s'agit principalement de la testostérone. Celle-ci agit par stimulation directe de ses récepteurs sur les organes cibles ; à haute dose, la testostérone a une action anti-gonadotrope (34). Elle peut être administrée par voie injectable (éнанthate de testostérone ou undécanoate de testostérone), sous forme de gel (testostérone) ou plus rarement par voie orale (undécanoate de testostérone).

V. EFFETS ATTENDUS DES TRAITEMENTS HORMONAUX

La littérature concernant l'efficacité du traitement est pauvre. Ce chapitre est donc basé essentiellement sur des documents de recommandation pour la pratique clinique (9,31,34,37) et sur deux séries de cas (66,67).

V.1. Traitements des MtF

V.1.1. Modifications biologiques hormonales

Diminution des taux sanguins de gonadotrophines et de testostérone, augmentation de l'estradiol sanguin (66).

V.1.2. Modifications physiques et physiologiques

- Adoucissement de la peau, ralentissement ou arrêt de la chute des cheveux et diminution de la pilosité (9,31). La pilosité s'amenuise peu à peu, mais sa disparition complète peut nécessiter des traitements complémentaires (électrolyse, traitement au laser...) (34).
- Erections moins fréquentes et moins soutenues (9,31,34).
- Diminution de la masse musculaire et de la carrure de la partie supérieure du corps (9,31,34).
- Redistribution des graisses selon un morphotype féminin (9,31,34).
- Augmentation du volume des seins (14,31) : elle démarre en 3 à 6 mois et est généralement maximale en 2 ans (34). Dans l'étude de Dittrich *et al.* (66), au bout de 2 ans, 35 % des patients avaient un bonnet \geq B et 35 % un bonnet A, mais 70 % des patients jugeaient leur croissance mammaire insuffisante. Il est recommandé d'attendre 12 à 24 mois avant la mise en place d'une prothèse (9,34).
- Diminution de la taille des testicules et de la fertilité (31) : la diminution du volume testiculaire peut atteindre 25 % la première année et jusqu'à 50 % par la suite (9,34).
- Modification du timbre de la voix (56).

V.1.3. Modifications psychologiques

Elles sont liées aux transformations corporelles et/ou à l'effet direct des hormones : troubles de l'humeur, labilité émotionnelle (9).

V.1.4. Conclusion

La première étape de dévirilisation permet de diminuer la pilosité et les érections ; cette étape est généralement réversible (56). **Le développement mammaire (31,34) et l'atrophie testiculaire (34,37) induits par l'estrogénothérapie peuvent avoir du mal à régresser à l'arrêt du traitement.**

V.2. Traitements des FtM

V.2.1. Modifications biologiques hormonales

Augmentation du taux sanguin de testostérone, diminution des taux sanguins de gonadotrophines, d'estradiol et de progestérone (67).

V.2.2. Modifications physiques et physiologiques

- Diminution du volume mammaire (31,59).
- Aménorrhée (34) : dans la plupart des cas, les règles s'arrêtent en 1 à 6 mois. Parallèlement, s'installent une atrophie du col et du vagin et une diminution des sécrétions vaginales (34).
- Augmentation de la masse musculaire et de la carrure de la partie supérieure du corps et redistribution des graisses selon un morphotype masculin (31,34).
- Modifications de la voix (31) : la voix commence à se transformer dans les 3 à 6 mois, mais des modifications plus profondes peuvent prendre un an ou plus (34).
- Augmentation de la pilosité faciale, du torse et des extrémités, installation d'une alopecie de type masculin (31,34) : la pilosité du torse et des extrémités augmente progressivement dans la première année ; la pilosité de la face augmente plus lentement, l'apparition d'une barbe peut demander 1 à 4 ans (34) ;
- Hypertrophie clitoridienne (9,31,34) : la croissance clitoridienne démarre dans les tout premiers mois après le début du traitement et plafonne au bout d'un an ; elle peut atteindre 3,5 à 6 cm (34).

V.2.3. Modifications psychologiques

Intérêt social augmenté, augmentation de la libido (9,31), excitabilité (31).

V.2.4. Conclusion

L'étape de déféminisation permet de diminuer le volume mammaire et de supprimer les règles ; cette étape est généralement réversible (56). **Les modifications de la voix, la pilosité faciale, la calvitie et l'hypertrophie clitoridienne** induites par la testostérone **sont irréversibles** (34,37).

VI. EFFETS INDESIRABLES DES TRAITEMENTS HORMONAUX

La morbi-mortalité induite par les traitements hormonaux chez les transsexuels est difficile à évaluer (notamment le risque cardiovasculaire et le risque de cancer) en raison des faibles effectifs des études, de leur suivi le plus souvent court, de la variabilité des traitements et des posologies utilisés et de l'absence, en général, de groupe contrôle non traité. Récemment un site internet a été ouvert pour répertorier ces effets secondaires (http://www.wpath.org/resources_transgender.cfm)

A l'exception d'une cohorte rétrospective néerlandaise portant sur 1109 transsexuels (816 MtF et 293 FtM) traités pendant 2 mois à 41 ans (61) et d'une étude comparative randomisée de faible effectif (62), la littérature spécifique du traitement des transsexuels est de faible niveau de preuve (études cas-témoins, séries et rapports de cas). Parmi ces études, 3 ont produit des données complètes de morbidité (66,68,69). Plus récemment une revue systématique de la littérature a été réalisée sur les tumeurs liées au traitement hormonal (54).

VI.1. Mortalité

Van Kesteren *et al.* (61) ont montré que la mortalité globale des transsexuels n'était pas significativement supérieure à celle d'un groupe contrôle de la population néerlandaise ajustée sur l'âge et le sexe (taux de mortalité standardisé 0,77, IC 95 % [0,55-1,05]) ; en

général, la mortalité observée ne pouvait pas être attribuée au traitement hormonal. Néanmoins, outre les limites liées à son caractère rétrospectif et à l'absence de suivi à long terme, les effectifs de cette étude n'étaient peut-être pas suffisants pour mettre en évidence une différence significative.

VI.2. Morbidité chez les MtF

Les principales complications du traitement hormonal féminisant (estrogènes et anti-androgènes) sont représentées par les accidents thrombo-emboliques.

VI.2.1. Données issues du traitement hormonal de la ménopause

L'extrapolation des résultats observés au cours du traitement hormonal substitutif chez la femme ménopausée au traitement des MtF doit rester prudente : outre le sexe biologique différent, l'extrapolation se heurte à des différences concernant l'âge des populations cibles (les populations transsexuelles sont généralement plus jeunes), le dosage des hormones (les doses d'estrogènes chez les transsexuels sont 2 à 3 fois supérieures à celles du traitement hormonal substitutif de la ménopause) et la nature des traitements.

En juin 2006, l'Afssaps a réalisé une mise au point sur le traitement hormonal de la ménopause basée sur l'analyse de la littérature (53) incluant les résultats les plus récents de l'étude américaine WHI (*Women's Health Initiative Study*), de l'étude anglaise MWS (*Million Women Study*) et des études françaises E3N et ESTHER. Pour ce qui concerne la sécurité de ces traitements, les conclusions de cette mise au point sont les suivantes :

- Risque de cancer du sein : « il existe un sur-risque de cancer du sein chez les femmes utilisant un THM estroprogestatif. Ce sur-risque de cancer augmente avec la durée du traitement. Aucune différence n'est démontrée en fonction de la voie d'administration (orale, extra-digestive), ni en fonction du schéma d'administration (séquentiel ou continu). Des données (E3N) suggèrent que le sur-risque de cancer du sein lié au traitement estroprogestatif pourrait varier en fonction du type de progestatif, mais ces données nécessitent d'être confirmées. » Les données les plus récentes de l'étude WHI (70) suggèrent qu'un THM à base d'estrogènes seuls (estrogènes conjugués équinés dans cette étude) ne semble pas augmenter le risque de cancer du sein.
- Risque cardiovasculaire : « le THM estroprogestatif ou par estrogènes seuls n'exerce pas d'effet protecteur sur la maladie coronarienne et vis-à-vis du risque cérébro-vasculaire, que les femmes aient ou non des antécédents cardio- ou cérébro-vasculaires. Il existe une augmentation du risque coronarien et cérébro-vasculaire sous traitement estroprogestatif, sans que l'on observe de variation notable en fonction de la durée du traitement. Néanmoins, l'augmentation du risque coronarien a été observée chez des femmes de plus de 60 ans traitées par l'association estrogènes conjugués équinés et acétate de médroxyprogestérone. »
- Risque thrombo-embolique : « il existe une augmentation du risque de maladie veineuse thrombo-embolique sous THM estroprogestatif. Ce risque ne semble pas exister avec les estrogènes administrés par voie transdermique, mais ces données nécessitent d'être confirmées. »

VI.2.2. Données spécifiques au traitement des transsexuels

VI.2.2.1. Risque thrombo-embolique

Les estrogènes et en particulier l'éthinyl-estradiol oral augmenteraient le risque d'accident thrombo-embolique veineux ; néanmoins, on ne peut exclure le rôle de l'acétate de cyprotérone dans la genèse de ces accidents (66).

Cinq études ont été analysées : une étude de cohorte rétrospective (61) et 3 séries de cas (66,68,69) totalisant 945 MtF et une étude comparative randomisée de faible effectif (62) comparant l'impact de différents types de traitements hormonaux sur l'hémostase.

Dans l'étude de Van Kesteren *et al.* (61), le nombre d'accidents thrombo-emboliques (45/816 MtF, soit 5,5 % des patients) chez les patients traités par hormonosubstitution (éthinyli-estradiol 100 µg/j + acétate de cyprotérone 100 mg/j) était 20 fois supérieur à celui de la population générale (taux d'incidence standardisé 19,56, IC95 % [12,27-26,18]). Sur 45 cas, 36 étaient, selon l'auteur, imputables au traitement. Sur ces cas imputables, la plupart (21/36) sont survenus pendant la première année de traitement (incidence annuelle 2,6 %), mais le risque existait tout le long du traitement (l'incidence annuelle était en moyenne de 0,4 % pour des traitements durant de 1 à 12 ans). Tous ces accidents sont survenus chez des sujets sous éthinyli-estradiol administré par voie orale, à l'exception d'un sujet sous 17 β-estradiol transdermique ; chez les sujets sous 17 β-estradiol transdermique depuis plus d'un an, l'incidence standardisée était de 0,11 %. En 1989, Asscheman *et al.* (63) avaient montré chez ces mêmes patients qu'il y avait une association forte entre l'âge et l'incidence de thrombose et que le risque augmentait au delà de 40 ans ($p < 0,05$).

Outre les cas décrits dans l'étude de Van Kesteren *et al.* (61), un seul accident thrombotique a été rapporté dans la littérature par Dittrich *et al.* (1/60, soit 1,7 % des patients) (66). Il s'agissait d'une thrombose veineuse profonde survenue au douzième mois de traitement (valérate d'estradiol et analogues de la GnRH) chez un sujet de 62 ans sans antécédent de thrombose veineuse, mais avec une mutation homozygote MTHFR (mutation C677T du méthylène tétrahydrofolate réductase), qui serait un facteur prédisposant à la thrombose.

Globalement, **la fréquence des accidents thrombo-emboliques veineux est donc de 4,9 %** des patients sur les 4 études analysées (46 cas/945 patients).

Toorians *et al.* (62) ont mis en évidence un effet prothrombotique des traitements par acétate de cyprotérone et/ou estrogènes (notamment éthinyli-estradiol) : la résistance à la protéine C activée (reconnue comme un facteur de risque de thrombose) était augmentée dans les groupes traités par acétate de cyprotérone seul (+ 29 %, $p = 0,016$), par 17 β-estradiol transdermique + acétate de cyprotérone (+ 54 %, $p = 0,016$), par éthinyli-estradiol per os + acétate de cyprotérone (+ 242 %, $p < 0,001$) ainsi que chez des patients traités par valérate d'estradiol ; l'augmentation était significativement plus importante dans le groupe éthinyli-estradiol que dans les autres.

Au total, il y aurait une augmentation du risque thrombo-embolique chez les patients transsexuels sous hormonosubstitution estrogénique, en particulier l'éthinyli-estradiol.

VI.2.2.2. Risque cardiovasculaire

Les accidents cardio-vasculaires n'étaient pas plus importants chez les transsexuels traités par estrogènes que dans la population générale dans l'étude de Van Kesteren *et al.* (61) ; le taux d'infarctus du myocarde (IdM) était même moins important chez les transsexuels traités par hormonosubstitution (taux d'incidence standardisé 0,50, IC95 % [0,24-0,91]). Aucun cas d'IdM ou de décompensation d'une pathologie cardiaque n'était rapporté dans les 3 autres séries de cas analysées (66,68,69) (Tableau 5).

Elbers *et al.* (71), chez 20 MtF traités par éthinyli-estradiol et acétate de cyprotérone et suivis pendant un an, ont noté une augmentation du HDL-cholestérol (24 % en moyenne, $p < 0,001$) associée à une diminution du LDL-cholestérol (12 %, $p < 0,01$). En revanche, ils ont constaté une prise de poids (3,8 kg en moyenne, $p < 0,001$), une augmentation des triglycérides (86 %, $p < 0,001$), une augmentation de la TA systolique ($p = 0,01$) et diastolique ($p < 0,01$) et une diminution de la sensibilité à l'insuline ($p < 0,01$).

Des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ont été décrits dans une seule des 4 études analysées précédemment ; il s'agissait de 5 cas d'accidents ischémiques et 1 cas d'hémorragie intracrânienne dans l'étude de Van Kesteren *et al.* (61). Dans cette étude, le taux d'AVC des patients traités ne semblait pas supérieur à celui de la population

générale (taux d'incidence standardisé 1,71, IC95 % [0,63-3,88]). Par ailleurs, un ou plusieurs épisodes d'AVC ischémiques ont été décrits par Biller et Saver (72) et Egan et Kuyl (73) chez deux patients MtF sans facteur de risque apparent, traités par estrogènes à fortes doses + progestatif +/- spironolactone pendant une durée non renseignée.

Au total, des données limitées et de faible niveau de preuve ne montrent pas un risque plus élevé d'accidents cardiovasculaires chez des patients MtF sous traitement hormonal. Néanmoins, des études contrôlées avec un suivi à plus long terme sont nécessaires pour évaluer précisément l'impact de l'hormonosubstitution sur le risque cardiovasculaire.

Tableau 5. Fréquence (en % des patients) des principales complications du traitement des MtF.

1 ^{er} auteur, année, pays	Schlatterer <i>et al.</i> , 1998, Allemagne (68)	Van Kesteren <i>et al.</i> , 1997, Pays-Bas (61)	Becerra Fernández <i>et al.</i> , 1999, Espagne (69)	Dittrich <i>et al.</i> , 2005, Allemagne (66)
Effectif	38	816	31	60
Nature du traitement	E2 (IM puis PO, 2 à 8 mg/j) + AC (100 mg/j)	EE (100 µg/j) + AC (100 mg/j), E2 Td si > 40 ans	Enanthate d'estradiol IM (100-200 mg/mois) + AC (200-400 mg/j)	Analogues de la GnRH (3,8 mg/mois) + E2 PO (6 mg/j)
Durée du traitement	NR	2 mois à 41 ans	6 mois à 10 ans	2 ans
Complications				
Accidents thrombo-emboliques	0	5,5	NR	1,7
IdM	NR	1,2	NR	NR
Hyperprolactinémie	63 (> limite supérieure de la normale)	14 (> 3 fois la normale)	77,4 (> limite supérieure de la normale)	3,3 (> 3 fois la normale)
↑ enzymes hépatiques	15,8	10,8	12,9	0
Lithiases biliaires	NR	1 (8 cas)	NR	1,7 (1 cas)

AC = acétate de cyprotérone ; E2 = 17 β estradiol ; EE = éthinyl estradiol ; IdM = infarctus du myocarde ; IM = intramusculaire ; NR = non renseigné ; Td = transdermique.

VI.2.2.3. Hyperprolactinémie et adénomes à prolactine

L'hyperprolactinémie est fréquente lors de l'administration d'estrogènes chez des patients transsexuels. Les estrogènes entraîneraient une augmentation de la synthèse, du stockage et de la sécrétion de prolactine, une prolifération de cellules lactotrophes pouvant aboutir à un adénome (69,74).

Dès 1988, Asscheman *et al.* (74) notaient une hyperprolactinémie au moins modérée (taux dépassant la limite supérieure de la normale chez l'homme) chez 100 % des patients et une hyperprolactinémie importante (taux de prolactine > 3 fois la normale) chez 21,4 % des patients. Chez la moitié de ces derniers, le taux de prolactine avait diminué de plus de 50 % spontanément ou après réduction des doses (diminution des doses d'EE ou passage de la voie intramusculaire à l'EE per os) ; un scanner de la selle turcique, réalisé chez 15 des 23 patients avec une hyperprolactinémie importante persistante, montrait un élargissement de la selle turcique dans 5 cas. Les hyperprolactinémies importantes étaient corrélées avec des doses élevées d'estrogènes (notamment par voie intramusculaire) ($p < 0,05$) et avec un âge relativement avancé au début du traitement ($p < 0,05$), mais pas avec la durée du traitement.

Ces résultats ont ensuite été confirmés dans l'étude de Van Kesteren *et al.* (61) : 14 % des patients avaient un taux de prolactine > 3 fois la normale ; cette hyperprolactinémie était régressive lors de la diminution des doses d'estrogènes ou à l'arrêt du traitement dans tous les cas sauf un.

Becerra Fernández *et al.* (69) et Schlatterer *et al.* (68) ont également retrouvé une hyperprolactinémie (taux dépassant la limite supérieure chez l'homme) chez respectivement 77,4 % et 63 % des patients. Aucun cas d'adénome à prolactine n'était décrit (tableau 12).

Deux cas d'adénomes à prolactine (dont un seul prouvé histologiquement) ont été rapportés chez des patients MtF traités par estrogènes, l'un à fortes doses (75), l'autre pendant une longue période : 17 ans (76).

Globalement, l'hyperprolactinémie apparaît donc comme une complication fréquente du traitement par estrogènes. Elle est dose-dépendante, mais sa corrélation avec la durée du traitement n'est pas établie. Elle est le plus souvent modérée et réversible à l'arrêt du traitement ou lors de la diminution des doses. Le développement d'adénome à prolactine est possible mais rare ; il est à rechercher en cas hyperprolactinémie importante persistante.

VI.2.2.4. Complications hépato-biliaires et pancréatiques

Élévation des enzymes hépatiques. Une augmentation des enzymes hépatiques a été observée chez 0 à 16 % des patients traités par hormonothérapie (le plus souvent estrogènes + acétate de cyprotérone) dans les 4 principales études analysées (61,66,68,69) (*tableau 12*). Cette augmentation était le plus souvent transitoire (61,68), et ne dépassait pas 2,5 fois la normale (61). Les estrogènes, mais aussi l'acétate de cyprotérone¹⁵³, auraient un impact sur le foie (34,66).

Lithiases biliaires. Neuf cas de lithiases biliaires symptomatiques ont été rapportés dans les 4 études analysées (61,66,68,69) (*tableau 12*). Dans 6 cas, ces lithiases étaient pré-existantes. Le calcul du taux d'incidence standardisé dans l'étude de Van Kesteren *et al.* (61) a montré que le taux de lithiases biliaires *de novo* était légèrement supérieur à l'incidence attendue (5,26, IC95 % [1,09-15,38]).

Pancréatite aiguë. Un cas de pancréatite aiguë nécrotique sévère a été rapporté chez un MtF de 37 ans sans antécédents ou pathologie biliaire identifiés, ni abus d'alcool, ni antécédent d'hyperlipidémie (77). Ce patient était traité depuis 2 mois par estrogènes conjugués, EE et acétate de cyprotérone.

VI.2.2.5. Diabète

Feldman (78) a décrit trois cas de diabète de type 2 survenus dans un groupe de 74 patients MtF suivis de 1998 à 2001, ce qui représente une incidence plus élevée que l'incidence attendue de diabète aux Etats-Unis (3,7 pour 1 000). Les trois patients étaient obèses (JMC > 29), avaient plus de 40 ans, étaient hypertendus et hypertriglycéridémiques, mais normoglycémiques avant traitement ; ils étaient traités depuis 8 à 11 mois par estrogènes, spironolactone et progestatifs (pour 2 d'entre eux). Aucun autre cas n'était rapporté dans les 4 autres études analysées (61,66,68,69).

L'accroissement du risque de diabète chez les sujets sous traitement hormonal féminisant reste donc à démontrer, mais sa possibilité doit conduire à surveiller la glycémie chez les sujets traités, à contrôler la prise du poids et, selon Feldman, à limiter l'usage de progestatifs.

VI.2.2.6. Cancers

Le risque de cancer lié au traitement hormonal est difficile à évaluer car les études sont le plus souvent non contrôlées, les effectifs faibles, les suivis courts et la pré-existence éventuelle du cancer avant la mise en place du traitement méconnue. Le risque de cancer n'a pas été évoqué par les experts interrogés par l'enquête-courrier (*tableau 10*).

Cancer de la prostate

Trois cas de cancer de la prostate ont été rapportés chez des transsexuels traités par hormonothérapie depuis au moins 10 ans et orchidectomisés depuis au moins 8 ans

¹⁵³La toxicité hépatique de l'acétate de cyprotérone a été rapportée pour des doses de 200 à 300 mg/j chez des hommes traités pour cancer de la prostate (Vidal en ligne, 31 mars 2006)

(61,79,80). Le cas le plus récemment rapporté (80) concernait une patiente traitée depuis 41 ans par estrogène et orchidectomisée depuis 26 ans.

Cancer du sein

Le traitement hormonal des MtF pourrait potentiellement modifier le risque de tumeur du sein en induisant notamment une féminisation du sein comparable à celle des femmes génotypiques.

En 2000, Kanhai *et al.* (81) ont comparé les changements histologiques induits par le traitement hormonal chez des patients MtF orchidectomisés ou non, traités pendant au moins 18 mois par estrogènes +/- acétate de cyprotérone et chez des hommes non transsexuels atteints de cancer de la prostate traités pendant 24 à 36 mois par anti-androgènes non progestatifs. Chez ces derniers, la formation lobulaire et acineuse (caractéristique du sein féminin) était modérée ou nulle, alors qu'elle était maximale chez les patients transsexuels traités par estrogènes et anti-androgènes.

Deux cas de fibroadénomes du sein (82,83) et 2 cas de carcinomes canauxaires invasifs (84,85) ont été rapportés chez des patients sous traitement féminisant depuis au moins 10 ans. Parmi eux, un cas présentait un antécédent familial de cancer du sein (chez la mère) (84).

Au total, 7 cas de tumeur ont été rapportés chez des patients MtF sous traitement hormonal féminisant. Néanmoins, la faiblesse méthodologique des études identifiées ne permet pas d'apprécier le risque de cancer lié au traitement hormonal chez les MtF.

VI.2.2.7. Modifications de la densité osseuse

En 2006, la HAS (86) considérait l'hypogonadisme prolongé et en particulier, l'androgénoprivation induite, chirurgicale (orchidectomie) ou médicamenteuse (traitement prolongé par un analogue de la Gn-RH), comme un facteur de risque d'ostéoporose. Néanmoins, les études analysées n'ont pas mis en évidence de risque supplémentaire d'ostéoporose chez les MtF substitués en estrogènes de manière suffisante.

Trois études transversales (87-89) ont évalué la masse osseuse chez des patients MtF traités par estrogènes (et acétate de cyprotérone avant gonadectomie) pendant une durée médiane respective de 2 ans, 1,5 ans et 12,5 ans. Les données d'histomorphométrie (87) et d'ostéodensitométrie (densité minérale osseuse) (88,89) ont montré que la densité osseuse des transsexuels traités ne différait pas de celle d'un groupe contrôle ajusté sur le sexe génotypique et l'âge.

Deux études longitudinales (67,90) ont mesuré l'évolution de la densité minérale osseuse (DMO) sous traitement hormonal féminisant. La DMO était augmentée au bout d'un an de traitement hormonal avant gonadectomie (estrogènes + acétate de cyprotérone dans l'étude de Van Kesteren *et al.*, estrogènes et analogues de la GnRH dans celle de Mueller *et al.*). Cette augmentation était confirmée à 2 ans pour Mueller *et al.* (90) ; en revanche, pour Van Kesteren *et al.* (67), la DMO était revenue à la normale au bout de 45 mois en moyenne. Dans cette étude (67), il n'y avait pas de corrélation entre les changements de densité osseuse ou l'âge et la nature du traitement hormonal ; le taux de LH est apparu comme le meilleur facteur prédictif de la perte de densité osseuse : les changements de densité osseuse entre 1 an et la fin du suivi étaient inversement corrélés avec les taux sériques de LH à la fin du suivi ($p = 0,04$, $r = - 0,46$), traduisant l'adéquation ou non des doses d'estrogènes (plus la LH est élevée, moins le traitement substitutif est suffisant, et plus la perte osseuse est importante).

Globalement, le risque de développement d'ostéoporose sous traitement féminisant apparaît donc faible quand la substitution en estrogènes est suffisante.

VI.2.2.8. Effets psychologiques

Ils sont difficiles à évaluer, d'une part parce que leur recherche systématique et spécifique n'est le plus souvent pas réalisée dans les études analysées, d'autre part parce qu'on ne connaît pas la part de l'hormonosubstitution et des changements qu'elle induit dans le déterminisme des troubles observés. Enfin, outre les estrogènes, l'acétate de cyprotérone peut par lui-même induire des désordres psychologiques (34).

En 1989, Asschemann *et al.* (63) notaient un risque de dépression multiplié par 15 chez les transsexuels traités par rapport à la population générale : 8,3 % des patients traités étaient atteints de dépression, notamment durant les 6 premiers mois de traitement. Outre des états dépressifs, une labilité émotionnelle et une diminution anormale de la libido sont décrites comme étant liées au traitement hormonal (31).

Deux des huit experts ayant répondu à l'enquête courrier considéraient la dépression et les troubles psychiques comme des effets secondaires du traitement (*tableau 10*).

Il importe de rechercher ces troubles de manière systématique chez le sujet traité.

VI.3. Morbidité chez les FtM

Chez les FtM traités par androgènes, les principales complications rapportées sont métaboliques (notamment lipidiques). La littérature est encore moins abondante que pour les traitements féminisants.

VI.3.1. Complications métaboliques et risque cardiovasculaire

L'impact du traitement par androgènes sur le risque cardiovasculaire a été évalué d'une part dans la cohorte de Van Kesteren *et al.* (61), d'autre part dans 2 études de plus faible effectif, non contrôlées, dont le suivi médian ne dépassait pas 4 ans (63,71).

Elbers *et al.* (71) ont mis en évidence des anomalies lipidiques chez 17 FtM traités par testostérone et suivis pendant un an : une prise de poids (2,7 kg en moyenne, $p = 0,001$), une diminution du HDL-cholestérol (20 %, $p < 0,001$) et de la taille des particules de LDL (0,4 %, $p < 0,05$) et une augmentation des triglycérides (33 %, $p = 0,046$) ont été constatées. La PA, le cholestérol total et LDL, l'activité de la lipoprotéine lipase et la sensibilité à l'insuline étaient inchangés. En 1989, Asscheman *et al.* (63) avaient également décrit une prise de poids d'au moins 10 % chez 17,2 % des patients sous traitement virilisant.

Certes, le taux d'infarctus du myocarde chez les transsexuels traités par hormonosubstitution n'était pas supérieur à celui de la population générale (taux d'incidence standardisé = 0,50, IC95 % [0,24-0,91]) dans l'étude de Van Kesteren *et al.* (61) (*Tableau 13*).

Néanmoins, l'augmentation potentielle du risque cardiovasculaire impose de mettre en place des mesures hygiéno-diététiques adéquates : faire de l'exercice physique, éviter la prise de poids, contrôler les apports lipidiques, (9,35,52).

Tableau 6. Fréquence (en % de patients) des principales complications du traitement des FtM.

1 ^{er} auteur, année, pays	Schlatterer <i>et al.</i> , 1998, Allemagne (68)	Van Kesteren <i>et al.</i> , 1997, Pays-Bas (61)	Becerra Fernández <i>et al.</i> , 1999, Espagne (69)
Effectif	31	293	26
Nature du traitement	Ester de testostérone IM (250 mg/2 à 4 sem.)	Ester de testostérone IM (250 mg/2 sem.) ou undécanoate de testostérone PO (160 mg/j)	Ester de testostérone IM (250 mg/1-2 sem.) ou undécanoate de testostérone PO (120-160 mg/j)
Durée du traitement	NR	2 mois à 41 ans	6 mois à 10 ans
↑ enzymes hépatiques	12,9	15,3	19,2
IdM	NR	0,3 (1 cas)	NR
Polyglobulie	16	NR	NR
Acné	12,9	27,3	NR

AC = acétate de cyprotérone ; E2 = 17 β estradiol ; EE = éthinyl estradiol ; IdM = infarctus du myocarde ; IM = intramusculaire ; PO = per os ; NR = non renseigné ; Td = transdermique.

VI.3.2. Complications hépto-biliaires

Une augmentation des enzymes hépatiques a été observée chez 12,9 à 19,2 % des patients traités par androgènes (*Tableau 13*) (61,68,69).

VI.3.3. Polyglobulie

Elle a été retrouvée chez 16 % des patients traités dans l'étude de Schlatterer *et al.* (68) (*Tableau 13*). Cette complication a été rapportée par 2 des 8 experts ayant répondu à l'enquête-courrier (*Tableau 10*).

VI.3.4. Acné

Il s'agit d'une complication fréquente de l'androgénothérapie : deux études (61,68) rapportaient un taux d'acné de 12,9 à 27,3 % parmi les patients traités (*Tableau 13*).

VI.3.5. Cancers

Le risque de cancer lié au traitement est difficile à évaluer car les effectifs des études sont le plus souvent faibles et les suivis courts. Le risque de cancer n'a pas été évoqué par les experts interrogés par l'enquête-courrier (*Tableau 10*).

VI.3.5.1. Cancer du sein

Des données de faible niveau de preuve n'ont pas montré de risque supplémentaire de cancer du sein lié à l'utilisation prolongée d'androgènes. Ainsi, Burgess et Shousha en 1993 (91) et Slagter *et al.* en 2006 (92) ont comparé sur les plans histologique et immunohistochimique des pièces de mastectomie provenant de FtM traités depuis au moins 18 mois et de femmes opérées en vue d'une réduction mammaire. Sur le plan histologique, les tissus mammaires des patients FtM étaient comparables à ceux des patientes ménopausées du groupe contrôle ; des lésions fibreuses kystiques n'étaient généralement pas observées (92). La prévalence de microcalcifications était plus élevée chez les FtM dans l'étude de Burgess et Shousha (91).

VI.3.5.2. Cancer de l'endomètre (col et corps)

Il n'y a pas de preuve que la testostérone ait un impact sur le risque de cancer du col ou de l'endomètre. Néanmoins, la survenue de métrorragies sous traitement doit alerter et être explorée (35).

VI.3.5.3. Cancer de l'ovaire et ovaires polykystiques

Hage *et al.* (93) ont rapporté deux cas de cancer épithélial de l'ovaire chez des FtM traités par esters de testostérone depuis 1 an et 18 ans, parmi une population de 600 patients représentant 2418 années de traitement.

Surtout, l'impact du traitement par androgènes sur les ovaires chez les FtM a été évalué par Futterweit et Deligdisch (94). Ces auteurs ont comparé sur le plan histologique les ovaires de 19 patients FtM traités par testostérone pendant 1 à 10 ans et d'un groupe contrôle de 12 femmes : 68,4 % (13/19) des FtM répondaient à la définition histologique d'ovaires polykystiques ; à l'inverse, aucune patiente du groupe contrôle ne présentait d'ovaire polykystique. Cette étude était limitée par l'absence de données exhaustives sur la préexistence avant traitement d'anomalies ovariennes. Cependant, cette augmentation potentielle du risque d'ovaires polykystiques a conduit certains auteurs à préconiser de réaliser une salpingo-ovariectomie en même temps que l'hystérectomie (60,93). Plus récemment une étude de plus grande envergure (95) réalisée chez 61 patients FtM comparés à 94 contrôles n'a pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes quel que soit le critère diagnostique d'ovaire polykystique utilisé, mais les patients FtM avaient significativement plus fréquemment un hyperandrogénisme biologique ($p < 0.001$).

Au total, des données de faible niveau de preuve (études cas-témoin de niveau 3) n'ont pas montré de risque supplémentaire de cancer du sein lié à l'utilisation prolongée d'androgènes. De même il n'existe pas fréquence plus importante d'ovaires polykystiques chez les FtM que chez les femmes contrôle, par contre un hyperandrogénisme biologique. Enfin, aucune preuve de l'impact des androgènes sur le cancer du col ou de l'utérus n'a été identifiée.

VI.3.6. Modifications de la densité osseuse

Trois études cas-témoins (89,96,97) ont montré que la DMO de transsexuels FtM traités par androgènes pendant au moins un an (par esters de testostérone IM le plus souvent) et ovariectomisés, était normale pour l'âge (Z-score) (89,96) et ne différait pas de manière significative de celle des FtM non opérés, non traités (97). Goh et Ratnam (97) ont noté qu'avant ovariectomie, les FtM sous androgènes avaient une DMO (ajustée sur l'âge) plus élevée que les FtM non opérés non traités ($p < 0,05$), suggérant un effet synergique des androgènes et des estrogènes sur le métabolisme osseux.

Néanmoins, Van Kesteren *et al.* (67), dans une étude prospective, ont mis en évidence une diminution de la DMO à long terme sous traitement : la DMO lombaire, inchangée durant la première année de traitement, a diminué de manière significative ensuite dans les 28 à 63 mois après ovariectomie ($p = 0,003$). Toutefois, il n'est pas précisé si la diminution de DMO a entraîné une ostéopénie.

La perte osseuse semble corrélée non pas avec la nature et la durée du traitement hormonal (67) mais avec l'âge et surtout la compliance au traitement (67,97) : dans l'étude de Goh et Ratnam (97), les FtM ovariectomisés ayant arrêté le traitement ou sous traitement discontinu avaient une DMO moyenne plus faible que les FtM non opérés non traités ($p < 0,05$), mais chez 5 d'entre eux, la DMO a augmenté de manière significative ($p < 0,05$) après reprise d'un traitement régulier par androgènes pendant 17 à 27 mois. De même, Van Kesteren *et al.* (67) ont suggéré que le taux de LH était le meilleur facteur prédictif de perte de densité osseuse ($p = 0,09$, $r = -0,41$).

Au total, il semble qu'à long terme une perte osseuse puisse se développer chez les FtM si le traitement par testostérone ne parvient pas à compenser le déficit en estrogènes, ce qui est surtout le cas si la compliance au traitement est mauvaise.

VI.3.7. Effets psychologiques

Labilité émotionnelle, augmentation anormale de la libido, agressivité pathologique, voire syndromes psychotiques sont décrits dans la littérature synthétique comme pouvant être révélés par le traitement masculinisant (31,34). En 1995, Van Goozen *et al.* (98) ont évalué de manière spécifique (questionnaires, tests psychométriques) l'effet des hormones sur le comportement et les fonctions cognitives chez 35 patients FtM traités pendant 3 mois : outre l'augmentation du désir sexuel, ils ont mis en évidence une augmentation de l'agressivité.

VI.4. Impact du traitement hormonal sur la fertilité, chez les MtF et les FtM

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 au patient avant le début du traitement (11,31,33,34).

VII. LA PRESCRIPTION DES TRAITEMENTS HORMONAUX MTF ET FTM EN PRATIQUE

VII.1. Le praticien en charge du traitement hormonal et de son suivi

En France, les médecins interrogés lors de l'enquête de pratique s'accordent pour que la prescription initiale du traitement soit réalisée par un endocrinologue. Pour ce qui concerne le suivi et les prescriptions ultérieures, une fois la dose optimale obtenue, leurs réponses sont variables : un endocrinologue, un médecin généraliste, un médecin interniste, un urologue, un sexologue, voire tout médecin formé pourrait assurer cette prise en charge (*tableau 8*).

A l'étranger, toutes les recommandations analysées insistent sur le fait que l'hormonosubstitution doit être prescrite et suivie par un médecin, formé et/ou ayant une expérience du transsexualisme ; selon les recommandations, celui-ci peut être endocrinologue (37) ou médecin généraliste (11,31,33,34). Les Canadiens (34) préconisent le recours à un endocrinologue si le médecin généraliste n'a aucune expérience du traitement des transsexuels ou si le patient a une maladie métabolique ou endocrinienne préexistante. Les Anglais (33) recommandent de recourir à un endocrinologue pour la prescription initiale et l'adaptation des doses ; une fois le dosage stabilisé, le relais peut être pris par le médecin généraliste pour le suivi et le renouvellement de prescription.

<p>Au total, la prescription d'hormones et le suivi médical du patient doivent être effectués après la phase diagnostique préalable, par un médecin formé et/ou ayant une expérience du transsexualisme. Il est recommandé qu'un endocrinologue de l'équipe pluridisciplinaire assure l'introduction de l'hormonosubstitution, de l'adaptation des doses avant la chirurgie de réassignation jusqu'à l'obtention des doses optimales après la chirurgie. Au-delà, le relais peut être pris par un autre endocrinologue ou le médecin généraliste du patient, si celui-ci le souhaite ; une consultation au moins annuelle avec l'endocrinologue de l'équipe pluridisciplinaire est recommandée. Quelle que soit l'étape, l'endocrinologue et le généraliste devront travailler en étroite collaboration, en s'informant mutuellement.</p>

VII.2. Information du patient

Avant le démarrage du traitement, le praticien doit s'assurer que le patient a bien compris le rapport bénéfice/risque du traitement hormonal, ses limites et le fait qu'il s'agisse d'un traitement à long terme. Il serait souhaitable qu'un document écrit avec toutes les informations relatives aux effets attendus et indésirables du traitement soit remis au patient. Cette information sera au mieux formalisée par la signature d'un consentement éclairé (31,33,36,37).

VII.3. Évaluation médicale initiale

Son but est de :

- s'assurer que le sujet n'a pas d'affection (notamment intersexualité) susceptible d'être à l'origine d'un trouble de l'identité (32) ;
- rechercher d'éventuelles contre-indications au traitement hormonal (31,32) ;
- obtenir des données de base permettant de préciser l'état biologique du patient avant toute prise de traitement hormonal, d'objectiver les effets du traitement lors du suivi et décider quel sera le traitement le plus approprié (31,32).

Cette évaluation doit comporter un interrogatoire, un examen clinique et des examens biologiques.

L'interrogatoire doit porter sur :

- l'âge ;
- la profession ;
- l'anamnèse : ancienneté du trouble, degré d'insatisfaction, difficultés engendrées au niveau personnel, familial et socio-professionnel, existence d'une automédication préalable (9) ;
- les antécédents personnels ou familiaux et les épisodes en cours de thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire, de maladie athéromateuse, d'hypertension artérielle, de diabète ou d'hyperlipidémie (hypertriglycéridémie ou hypercholestérolémie), de cancer estrogéno-dépendant, de migraine, de maladie hépatique, de lithiase biliaire (MtF), de maladie gynécologique (notamment ovaires polykystiques chez les FtM) (34,35,37) ;
- les traitements médicamenteux associés (35) ;
- les habitudes de vie (tabac notamment, mais aussi alcool, drogues illicites) (9,34) ;
- la pratique sexuelle (9).

L'examen clinique comportera :

- un examen physique complet comportant, entre autres, une mesure du poids, de la taille et de l'IMC, une mesure de la PA, un examen du foie et la recherche de signes de lithiases biliaires, des seins et du système veineux (9,37). Feldman *et al.* (35) recommande la réalisation d'une épreuve d'effort chez des patients à risque cardiovasculaire et/ou avant la prescription de testostérone chez les FtM.
- un examen génital et endocrinien avec recherche de signe d'intersexualité (32).

Le bilan biologique est résumé dans le *tableau 7*. Il s'appuie sur les recommandations françaises (32), de la HBIGDA (31), espagnoles (9) et canadiennes (34,35).

En cas d'antécédent personnel ou familial thrombo-embolique, le bilan biologique comprendra au mieux, outre l'hémogramme et un TP-TCA, des dosages d'antithrombine, protéine C, protéine S, le test de résistance à la protéine C activée ou recherche de la mutation facteur V Leiden et recherche de la mutation 20210A du gène de la prothrombine ou facteur II. Un dosage des anticorps anticardioline est préconisé en cas d'antécédent thrombo-embolique personnel (communication du Dr J. Conard, unité Hémostase-Thrombose, hôpital de l'Hôtel Dieu, Paris).

Le caryotype est recommandé en Espagne (9) et obligatoire en Belgique (14). En France, sa réalisation est préconisée par les membres du groupe de travail.

Tableau 7. Bilan biologique proposé avant mise en place du traitement.

MtF	FtM
	Hémogramme
	Bilan lipidique, glycémie à jeun
	Bilan hépatique
	Ionogramme sanguin, urée et créatininémie
	Bilan d'hémostase simple (TP, TCA)*
	Sérologie HIV, sérologie hépatite B et C, syphilis
	Caryotype
	FSH, LH
Prolactinémie, testostéronémie biodisponible et/ou totale, SHBG	Estradiolémie

*complété en cas d'antécédent personnel ou familial thrombo-embolique par un bilan d'hémostase approfondi.

VII.4. Traitements préconisés

Le choix du traitement et son dosage doivent tenir compte des souhaits du patient, de son âge, de ses co-morbidités et de sa sensibilité individuelle au traitement (33,34,66).

Comme pour toute prescription, le praticien devra vérifier l'absence de contre-indications pour chacune des molécules choisies et identifier les interactions médicamenteuses possibles. Pour plus d'informations sur les interactions médicamenteuses, il pourra se référer au « Référentiel national des interactions médicamenteuses » disponible sur le site internet de l'Afssaps (<http://afssaps.sante.fr/html/10/iam/indiam.htm>).

Il n'y a pas actuellement de « traitement-type » recommandé au niveau international : les molécules utilisées, les doses et la voie d'administration sont très variables d'une équipe à l'autre (52).

Ce chapitre s'appuie sur l'avis des membres du groupe de travail ainsi que sur des recommandations pour la pratique clinique (9,31,34,35), des revues générales publiées par des équipes néerlandaise (60), belge (14) et françaises (55,56), une revue systématique (52) et des études cliniques (61,62,64,66,69). Il inclut également les résultats de l'enquête de pratique réalisée auprès de 9 praticiens prenant en charge des transsexuels sur le plan hormonal.

VII.5. Traitement des MtF

VII.5.1. Avant orchidectomie : première étape, de dévirilisation

La dévirilisation peut être obtenue par des anti-androgènes ou des analogues de la GnRH.

VII.5.1.1. Anti-androgènes

En Europe, l'acétate de cyprotérone est le plus utilisé, à la dose de 50 à 100 mg/j (14,55,61,68). Compte tenu des possibles effets secondaires de ce produit (troubles hépatiques, dépression), les Canadiens (34,35) lui préfèrent la spironolactone.

Des anti-androgènes non stéroïdiens, comme le flutamide, le nilutamide, le bicalutamide, sont commercialisés. L'usage du flutamide n'est pas préconisé par les Canadiens (34) en raison d'une possible hépato-toxicité. Le finastéride (inhibiteur de la 5-alpha réductase) permettrait de ralentir la calvitie (34).

Pour les experts français ayant répondu à l'enquête-courrier, l'anti-androgène était le plus souvent l'acétate de cyprotérone, mais pour 2 d'entre eux, il pouvait s'agir d'un anti-androgène non stéroïdien (*tableau 13*).

VII.5.1.2. Analogues de la Gn-RH

L'enquête-courrier réalisée en France a montré qu'ils étaient peu utilisés (2 sur 8 experts ayant répondu) (*tableau 13*), notamment du fait de leur coût élevé. Ils peuvent être proposés à la place de l'acétate de cyprotérone, pour éviter les effets secondaires de celui-ci (dépression, hépatotoxicité) (66).

VII.5.2. Avant orchidectomie : deuxième étape, de féminisation

C'est au cours de cette étape que sont introduits les estrogènes, associés aux anti-androgènes.

Le choix de l'estrogénothérapie doit tenir compte de l'âge du patient, de l'existence d'antécédents thrombo-emboliques, de facteurs de risque cardiovasculaire et du recours éventuel à des interventions chirurgicales esthétiques, notamment l'implantation de prothèses mammaires (avis d'expert).

Plusieurs molécules sont possibles, mais il n'y a pas de preuve de supériorité d'une molécule par rapport à une autre (34) : en terme d'efficacité, Dittrich *et al.* (66) n'ont pas retrouvé de différence significative de croissance mammaire entre 17 β estradiol par voie orale et éthynyl-estradiol. Néanmoins, le 17 β estradiol (oral ou percutané) est utilisé de manière préférentielle au Canada (34), aux Pays-Bas (60) et en France (7 des 9 experts ayant répondu à l'enquête courrier prescrivent du 17 β estradiol en première intention). L'existence d'antécédent personnel de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire et/ou une thrombophilie contre-indique l'utilisation d'éthynyl-estradiol (communication du Dr J. Conard, unité Hémostase-Thrombose, hôpital de l'Hôtel Dieu, Paris). En effet, le risque d'accident thrombo-embolique semble plus élevé avec l'éthynyl-estradiol per os qu'avec le 17 β estradiol transdermique (61,62). De plus, le dosage de l'estradiolémie (17 β estradiol sanguin) ne permet pas de surveiller le traitement par éthynyl-estradiol ou par estrogènes conjugués (52).

Plusieurs modalités d'administration (orale, injectable, transdermique, nasale) sont possibles. L'utilisation de la forme transdermique doit être privilégiée pour les MtF de plus de 40 ans ou ceux ayant des anomalies de l'hémostase ou des antécédents de thrombose veineuse (9,31,34,35). L'utilisation d'estradiol par voie orale est déconseillée en cas d'antécédent personnel de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire et/ou une thrombophilie mais doit être discutée en fonction du type de thrombose et du type de thrombophilie (communication du Dr J. Conard, unité Hémostase-Thrombose, hôpital de l'Hôtel Dieu, Paris). En intramusculaire, les estrogènes auraient un effet plus rapide que les formes orales ou transdermiques, mais ils entraînent plus de fluctuations des taux sanguins, donc plus de risque de surdosage (34,60) ; de plus, en cas d'arrêt du traitement suite à un effet indésirable, les taux d'estradiol mettront plusieurs semaines à revenir à la normale (9,60). En France, les experts ayant répondu à l'enquête-courrier prescrivaient le 17 bêta estradiol essentiellement sous forme orale ou de gel, plus rarement sous forme de patch transdermique et, pour un expert, par voie nasale (*tableau 13*).

La survenue d'une thrombose veineuse pendant le traitement hormonal doit conduire à reconsidérer les modalités de l'estrogénothérapie :

- si la thrombose est survenue sous estrogène par voie orale, un relais par la voie transdermique est possible ;
- si la thrombose est survenue sous estrogène par voie transdermique, ce traitement peut être poursuivi pendant le traitement anticoagulant. La durée du traitement anticoagulant est déterminée en fonction du type de thrombose et de l'existence ou

non de facteurs transitoires ou permanents ayant pu favoriser celle-ci avant de poursuivre de façon isolée le traitement hormonal par voie transdermique (communication du Dr J. Conard, unité Hémostase-Thrombose, hôpital de l'Hôtel Dieu, Paris).

Les doses utilisées sont très variables d'une équipe à l'autre, en général 2 à 3 fois supérieures à celles d'un traitement hormonal substitutif (52). Les doses sont progressivement augmentées jusqu'à induire des changements physiques visibles (34). Les doses préconisées par le groupe de travail sont de 4 à 6 mg/j de 17 β estradiol, 25 à 50 μ g/j d'éthinyl-estradiol. Les estrogènes seront arrêtés 2 à 4 semaines avant la chirurgie pour minimiser le risque de thrombose (34,60). Le traitement sera repris dès que le patient sera mobile (34,35,60).

VII.5.3. Après orchidectomie

Après orchidectomie, l'hormonosubstitution doit être maintenue (34) mais les doses d'estrogènes doivent être réduites au minimum tout en maintenant la féminisation (31) et la prévention de l'ostéoporose (9,60). Selon les membres du groupe de travail, au-delà de 55-60 ans, la poursuite du traitement estrogénique peut se discuter en prenant en compte, entre autre, l'état de la minéralisation osseuse.

L'anti-androgène est généralement interrompu (67,68).

L'adjonction de progestatifs peut se discuter en fonction de l'existence de mastodynies ou d'éventuels troubles de l'humeur (avis d'expert).

VII.5.4. Autres traitements

L'arrêt du tabac, la réduction de la consommation d'alcool, l'exercice physique, un régime alimentaire adapté (35,52) et la supplémentation en calcium et vitamine D sont recommandés (34). Les Canadiens (35) préconisent même l'usage d'aspirine chez les patients à haut risque cardiovasculaire.

VII.5.5. Conclusion sur le traitement des MtF

Avant orchidectomie, le traitement hormonal des MtF comporte deux étapes :

- une première étape, de dévirilisation : l'acétate de cyprotérone est le plus souvent proposé à doses de 50 à 100 mg/j. Les anti-androgènes non stéroïdiens ou les analogues de la GnRH peuvent être proposés en cas de contre-indication à l'acétate de cyprotérone ;
- une deuxième étape, de féminisation, au cours de laquelle sont introduits les estrogènes, associés aux anti-androgènes. Le 17 β estradiol doit être préféré à l'éthinyl-estradiol en raison du risque moindre d'accidents thrombo-emboliques ; la voie transdermique doit être privilégiée après 40 ans ou en cas d'antécédent de maladie thrombo-embolique. L'existence d'antécédent personnel de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire et/ou une thrombophilie contre-indique l'utilisation d'éthinyl-estradiol. La survenue d'une thrombose veineuse pendant le traitement hormonal doit conduire à reconsidérer les modalités de l'estrogénothérapie.

L'utilisation des analogues de la GnRH est limitée par leur coût élevé et les fait discuter en cas d'intolérance à l'acétate de cyprotérone.

Après orchidectomie, l'hormonosubstitution est maintenue, les doses d'estrogènes sont réduites mais doivent être suffisantes pour préserver le capital osseux et maintenir la féminisation. L'anti-androgène sera généralement interrompu. L'adjonction de progestatifs peut se discuter en fonction de l'existence de mastodynies ou d'éventuels troubles de l'humeur.

VII.6. Traitement des FtM

VII.6.1. Avant ovariectomie : Première étape, de déféminisation

Au cours de cette première étape, les progestatifs de synthèse (dérivés pregnanes et norpregnanes) peuvent être utilisés en raison de leur propriété antigonadotrope (avis du groupe de travail). Ils peuvent notamment aider à supprimer les règles (9,34).

En France, 3 des 9 experts ayant répondu à l'enquête courrier prescrivaient un progestatif (acétate de nomegestrol essentiellement) avant ovariectomie (*tableau 13*).

VII.6.2. Avant ovariectomie : Deuxième étape, de virilisation

C'est au cours de cette étape que sont introduits les androgènes.

Le traitement consiste essentiellement en l'administration de testostérone (9,34).

Le plus souvent, la testostérone est administrée sous forme d'ester par voie intramusculaire ; tous les experts ayant répondu à l'enquête courrier la prescrivaient sous cette forme (*tableau 13*). Toutefois, les injections intramusculaires, entraînant des fluctuations des taux de testostérone, pourraient provoquer chez certains patients des sautes d'humeur anormales (34). La testostérone percutanée peut être préférée chez les patients souffrant de ces sautes d'humeur (34), ou chez ceux ne souhaitant pas se faire d'injections (31). La testostérone orale serait moins efficace que les formes IM et transdermique sur le plan de la virilisation (9,34) et aurait une toxicité hépatique plus importante que les préparations parentérales et percutanées (34).

Les doses préconisées par le groupe de travail sont de 250 mg toutes les 3 semaines ou 125 mg toutes les 2 semaines.

VII.6.3. Après ovariectomie

Après ovariectomie, pour préserver le capital osseux et maintenir la virilisation, la testostérone doit être prescrite de manière continue (34).

VII.6.4. Autres traitements

L'arrêt du tabac (35) et la supplémentation en calcium et vitamine D sont recommandés (34).

VII.6.5. Conclusion sur le traitement des FtM

Avant ovariectomie, le traitement hormonal des FtM comporte deux étapes :

- une première étape de déféminisation : les progestatifs de synthèse (dérivés pregnanes et norpregnanes) peuvent être utilisés au cours de cette étape en raison de leur propriété antigonadotrope ; ils permettent de bloquer les cycles menstruels ;
- une deuxième étape de virilisation au cours de laquelle est introduite la testostérone. Celle-ci doit être administrée de préférence par voie intramusculaire ou percutanée. Les doses préconisées par le groupe de travail sont de 250 mg toutes les 3 semaines ou 125 mg toutes les 2 semaines.

Après ovariectomie, les doses de testostérone doivent rester suffisantes pour préserver le capital osseux et maintenir la virilisation.

VII.7. Suivi du traitement

Le suivi comporte l'anamnèse, l'examen clinique et des examens biologiques. Il a pour but d'évaluer les effets attendus du traitement, de détecter et traiter les effets indésirables et d'adapter le traitement. Les éléments de suivi préconisés dans ce rapport sont spécifiques du traitement hormonal et ne se substituent pas aux mesures de dépistage et de prévention des maladies (notamment des cancers) habituellement recommandées.

Les tableaux 8 et 9 résument les principaux éléments de ce suivi et leur périodicité; ils ont été élaborés à partir des données de la littérature (recommandations pour la pratique clinique (9,31,34,35), revue générale (14) ou systématique (52), études cliniques (61,77)) et de l'avis des experts du groupe de travail.

Tableau 8. Bilan proposé pour le suivi du traitement hormonal chez les MtF.

Paramètre	Périodicité ou circonstances
Bilan clinique	
Bilan psychologique (troubles de l'humeur, libido, fonction sexuelle)	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis tous les 6 mois
Bilan de féminisation (pilosité, masse musculaire, répartition des graisses, circonférence mammaire, volume testiculaire)	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis tous les 6 mois
Bilan cardiovasculaire (dont poids et PA)	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis tous les 6 mois
Recherche de thrombose (dont douleur et œdème des membres inférieurs)	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis tous les 6 mois
Recherche de signes d'ostéoporose (fracture...)	Annuellement
Examen des seins à la recherche d'une masse	Annuellement
Bilan biologique	
Cholestérol total, triglycérides, cholestérol-HDL, calcul du cholestérol LDL	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis annuellement
Glycémie à jeun	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis annuellement
SGOT, SGPT, γ GT, PH.ALC.	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis annuellement
Prolactinémie	6 et 12 mois après le début du traitement puis annuellement pendant 3 ans
Estradiolémie	3 mois après le début du traitement puis annuellement
Bilan d'imagerie	
Mammographie	Selon les recommandations en vigueur chez la femme
Ostéodensitométrie	Après orchidectomie

Tableau 9. Bilan proposé pour le suivi du traitement hormonal chez les FtM.

Paramètre	Périodicité ou circonstances
Bilan clinique	
Bilan psychologique (troubles de l'humeur, libido, fonction sexuelle, troubles bipolaires, schizophrénie)	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis tous les 6 mois
Bilan de masculinisation (cycles menstruels, pilosité, voix, masse musculaire, répartition des graisses)	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis tous les 6 mois
Bilan cardiovasculaire (dont poids et PA)	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis tous les 6 mois
Examen du foie	Annuellement
Recherche d'ostéoporose (fractures...)	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis tous les 6 mois
Dépistage du cancer du sein : examen des seins	Avant mastectomie, tous les 6 mois
Dépistage de cancer du col (interrogatoire, examen clinique, frottis vaginal si possible)	Avant hystérectomie
Bilan biologique	
Cholestérol total, triglycérides, cholestérol-HDL, calcul du cholestérol LDL	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis annuellement
Glycémie à jeun	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis annuellement
SGOT, SGPT, γ GT, PH.ALC.	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis annuellement
Hémogramme	3, 6 et 12 mois après le début du traitement puis annuellement
Testostéronémie totale et/ou biodisponible	Indication du dosage variable en fonction de type de molécule utilisée et de sa voie d'administration
Bilan d'imagerie	
Mammographie	Selon les recommandations en vigueur chez la femme
Ostéodensitométrie	Après ovariectomie

VII.8. Cas particulier du patient infecté par le VIH

Il y a peu de données sur les interactions entre les traitements antirétroviraux et les divers traitements hormonaux prescrits aux transsexuels. La prise en charge par traitement hormonal des transsexuels infectés par le VIH est compliquée d'une part par les interactions possibles entre traitements antirétroviraux et traitements hormonaux, d'autre part par la sommation des effets indésirables des deux types de traitements (complications métaboliques glucidolipidiques, augmentation du risque cardiovasculaire). Les risques d'effets indésirables sont par ailleurs majorés par l'automédication fréquente et souvent inadaptée observée chez ces patients (99).

Certaines antiprotéases (par ex. ritonavir, nelfinavir, lopinavir, efavirenz et névirapine) peuvent entraîner une diminution des taux d'estrogènes (par effet inducteur enzymatique du CYP450 des inhibiteurs de protéases sur l'éthynilestradiol) (50,100). Cet effet inducteur nécessite de surveiller l'estradiolémie en recherchant un taux compris entre 60 et 80 pg/ml. A l'inverse, il n'y a pas de preuve que les contraceptifs hormonaux modifient l'efficacité des traitements antirétroviraux (HAART) (101).

L'effet inducteur enzymatique des inhibiteurs de protéases sur l'éthynil-estradiol et le risque cardiovasculaire augmenté des patients HIV sous traitement anti-rétroviral doivent conduire à préférer le 17 β estradiol par voie percutanée à l'éthynilestradiol (communication du Dr Nicolas Hacher).

Le rapport 2006 concernant la « Prise en charge des personnes infectées par le VIH » (100) conclut : « l'objectif pour ces patients, outre la féminisation ou la masculinisation, est le maintien d'une thérapie antirétrovirale efficace, la prévention à court terme des accidents thrombo-emboliques et à long terme des risques cardiovasculaires ». Dans ce rapport, et la version suivante de 2008 (99), il est précisé que « tous les patients transsexuels infectés par le VIH doivent être suivis de manière pluridisciplinaire, au moins par un endocrinologue et un spécialiste du VIH. »

VIII. L'ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

VIII.1.Cible

Cette enquête a été effectuée au près de neuf praticiens prenant en charge sur le plan hormonosubstitution des patients transsexuels ; ces praticiens ont été identifiés par les professionnels de santé du groupe de travail ou les associations de patients. Le questionnaire qui leur a été adressé comprenait des questions spécifiques sur la date de début de l'hormonosubstitution, les traitements administrés, les effets indésirables et les contre-indications (Annexe 3).

VIII.2.Résultats de l'enquête

Les neuf experts interrogés ont répondu (*tableau 10 à 15*) :

- 8 sont endocrinologues et un médecin interniste ; 6 exercent dans le public, 1 en libéral et 2 ont une activité mixte ;
- 7 des 9 experts suivent des transsexuels depuis plus de 15 ans ;
- le nombre de patients suivis varie entre 2 et 700 patients par praticien et le nombre de nouveaux cas ne dépasse pas 50 / an / praticien. Au total, près de 1 500 patients sont suivis par les experts interrogés et le nombre de nouveaux cas est de l'ordre de 170 par an ;
- les modalités de traitement peuvent varier selon les équipes ;
- les effets secondaires et contre-indications rapportés sont pour la plupart concordants avec la littérature ;
- tous les experts participent à une réunion pluridisciplinaire périodique de revue des cas de transsexualisme.

Concernant les axes possibles d'amélioration de la prise en charge des transsexuels, les experts ont insisté sur la nécessité :

- d'équipes pluridisciplinaires spécialisées avec désignation d'un coordinateur médical ;
- d'un délai suffisant pour permettre une évaluation rigoureuse avant mise en place du traitement hormonal ;
- d'une uniformisation des protocoles de prise en charge ;
- d'une simplification des relations avec la justice et des procédures administratives de changement d'état civil ;
- d'une simplification des modalités de prise en charge par l'Assurance maladie.

Tableau 10. Résultats de l'enquête hormonosubstitution : données d'activité.

	Spécialité	Secteur d'exercice	Date de début de l'activité	Nombre de patients suivis		Nombre moyen de nouveaux cas/an	
				MtF	FtM	MtF	FtM
Expert A	Endocrinologie	Public	2002	190			50
Expert B	Endocrinologie	Mixte	1990	72			
Expert C	Endocrinologie	Public	1976	45	50	15	15
Expert D	Endocrinologie	Public	1980	59	52	5	5
Expert E	Endocrinologie	Mixte	1990	150	50	15	5
Expert F	Endocrinologie	Libéral	1983	50	50	5	5
Expert G	Endocrinologie	Public	1986	65	35	5-6	3-4
Expert H	Médecine interne	Public	1997	0	2	NR	NR
Expert I	Endocrinologie	Public	1972		700	25	15

NR = non renseigné.

Tableau 11. Résultats de l'enquête hormonosubstitution : conditions de mise en œuvre de l'hormonosubstitution.

	Dès le diagnostic posé	Après une expérience en vie réelle	Autre condition
Expert A	Non	Non	Après un an de suivi minimal de psychothérapie par une équipe spécialisée multidisciplinaire et passage en commission spécialisée.
Expert B	Non		Après évaluation par 1 équipe multidisciplinaire et psychothérapie.
Expert C	Non	Oui, 2 ans	Après une évaluation par 1 équipe multidisciplinaire et avis du psychiatre.
Expert D	Non	Oui, 1 à 2 ans	
Expert E	Non	Oui, 2 ans	
Expert F	Non	Oui, 2 ans	
Expert G	NR	NR	Après évaluation et avis du psychiatre.
Expert H	Non	Oui	
Expert I	Oui (en moyenne 2 ans)	NR	

NR = non renseigné

Tableau 12. Résultats de l'enquête hormonosubstitution : qui prescrit et suit le traitement.

	Prescription initiale	Prescription une fois la posologie optimale obtenue
Expert A	Endocrinologue	Endocrinologue
Expert B	Endocrinologue/Médecin interniste	Endocrinologue/Médecin interniste/Urologue
Expert C	Endocrinologue	Tout médecin formé
Expert D	Endocrinologue	Médecin généraliste
Expert E	Endocrinologue	Endocrinologue/Médecin généraliste
Expert F	Endocrinologue	Endocrinologue/Médecin généraliste
Expert G	Endocrinologue	Endocrinologue/Médecin généraliste
Expert H	Endocrinologue/Sexologue	Endocrinologue/Sexologue
Expert I	Endocrinologue	Médecin généraliste + endocrinologue (1 fois/an)

Tableau 13. Résultats de l'enquête hormonosubstitution : traitements administrés.

	MtF		FtM	
	Avant gonadectomie	Après gonadectomie	Avant gonadectomie	Après gonadectomie
Expert A	E2 PO AC	E2	Enanthate de testostérone IM Testostérone gel	Enanthate de testostérone IM Testostérone gel
Expert B	E2 PO, rarement EE AC, Finastéride, rarement flutamide, nilutamide Analogues de la GnRH	E2 PO, Td, gel Si pilosité excessive : EE, AC, parfois Finastéride	Enanthate de testostérone IM AC	Enanthate de testostérone IM
Expert C	E2 PO AC	E2 PO	Enanthate de testostérone IM Acétate de nomegestrol jusqu'à disparition des règles	Enanthate de testostérone IM
Expert D	E2 gel AC	E2 gel	Enanthate de testostérone IM Analogues de la GnRH	Enanthate de testostérone IM
Expert E	E2 gel, PO, Td AC, spironolactone, flutamide, nilutamide, bicalutamide Progestérone Exceptionnellement analogues de la GnRH	E2 gel, PO, Td Progestérone	Enanthate de testostérone IM ou undecanoate de testostérone IM ou PO ou Androstanolone ou testostérone gel Acétate de nomegestrol ou chlormadinone	Enanthate de testostérone IM ou undecanoate de testostérone IM ou PO ou Androstanolone ou testostérone gel Acétate de nomegestrol ou chlormadinone
Expert F	E2 gel, pulv nasale AC	E2 gel, pulv nasale AC	Enanthate de testostérone IM ou undecanoate de testostérone IM ou PO ou testostérone gel Danazol	Enanthate de testostérone IM ou undecanoate de testostérone IM ou PO ou testostérone gel Danazol (Danatrol®)
Expert G	E2 PO, E2 gel, Td AC	E2 PO, E2 gel, Td	Enanthate de testostérone IM	Enanthate de testostérone IM
Expert H	NR	NR	NR	NR
Expert I	EE (< 35 ans) ou E2 PO, gel ou Td AC	EE ou E2 PO, gel ou Td AC (si alopécie ou pilosité) Autre progestatif	Enanthate de testostérone IM ou undécanoate de testostérone IM ou PO ou testostérone gel Chlormadinone (Lutéran®) jusqu'à disparition des règles	Enanthate de testostérone IM ou undécanoate de testostérone IM ou PO ou testostérone gel

AC = acétate de cyprotérone ; EE = éthinyl estradiol ; E2 = 17 β estradiol ; IM = intra-musculaire ; NR = non renseigné ; PO = per os ; Td = transdermique.

Tableau 14. Résultats de l'enquête hormonosubstitution : effets secondaires des traitements.

	Traitement MtF	Traitement FtM
Expert A	Dyslipidémie, hépatite, hyperprolactinémie, acné	Polyglobulie, hyperviscosité sanguine, acné, alopecie
Expert B	hyperprolactinémie	
Expert C	Hyperprolactinémie, altérations hépatiques, troubles psychiques	Elévation de l'hématocrite, perturbations lipidiques et du métabolisme glucidique, hypersexualité
Expert D	NR	NR
Expert E	Dépression (AC), insuffisance de développement mammaire, accidents thrombo-emboliques	Alopecie, acné, persistance des règles
Expert F		Acné
Expert G	Accidents thrombo-emboliques, mastose/mastodynies	Non
Expert H	NR	NR
Expert I	En cas de fortes doses d'estrogènes injectables pendant plus de 10 ans : accidents thrombo-emboliques et cardiovasculaires, hyperprolactinémies	Prise de poids, alopecie, acné, troubles psychiques, diminution du HDL-cholestérol

NR : non renseigné.

Tableau 15. Résultats de l'enquête hormonosubstitution : contre-indications aux traitements.

	Traitement MtF	Traitement FtM
Expert A	Maladies thrombo-emboliques, dyslipidémies, cancer du sein, cancers génitaux hormono-dépendants	Maladies thrombo-emboliques et cardiovasculaires
Expert B	Maladies thrombo-emboliques, cancer du sein	Maladies thrombo-emboliques
Expert C	Maladies thrombo-emboliques (troubles de l'hémostase, antécédents de thrombose), lithiase biliaire, perturbations hépatiques, troubles de sensibilité à l'insuline, adénome à prolactine	Perturbations hépatique et lipidiques Hyperplasie de l'endomètre
Expert D	Absolues (troubles psychiatriques), relatives (hyperprolactinémies ou troubles métaboliques)	Absolues (troubles psychiatriques)
Expert E	Maladies thrombo-emboliques, hépatopathies graves, tumeurs hypophysaires, cancer du sein	Maladies thrombo-emboliques, hépatopathies graves, tumeurs hypophysaires, cancer du sein
Expert F	Maladies thrombo-emboliques	Maladies thrombo-emboliques
Expert G	Maladies thrombo-emboliques et cardiovasculaires (antécédents ou pathologies évolutives), obésité importante (BMI>35), cancer du sein ou de la prostate, maladie hépatique sévère (antécédent ou maladie évolutive), diabète de type 2, âge > 60 ans	Maladies thrombo-emboliques et cardiovasculaires (antécédents ou pathologies évolutives), obésité importante (BMI>35), cancer du sein, maladie hépatique sévère (antécédent ou maladie évolutive), diabète de type 2, âge > 60 ans
Expert H	NR	NR
Expert I	Pas de contre-indication absolue au traitement	Pas de contre-indication absolue au traitement

NR : non renseigné.

CHIRURGIE DE REASSIGNATION

I. RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET LIMITES METHODOLOGIQUES

Ce chapitre a été rédigé à partir d'études cliniques et de revues, publiées dans des journaux scientifiques à comité de lecture. Les techniques chirurgicales non documentées dans ce cadre (par exemple celles uniquement documentées par des sites internet ou par des résumés de congrès) ne sont donc pas abordées dans ce rapport.

Ces études cliniques présentent des faiblesses méthodologiques importantes (études rétrospective, non comparaison, faible effectif, nombreux perdus de vue, utilisation de questionnaire non validé, ...)

Les articles sans résultat d'efficacité ou de sécurité mais décrivant seulement les techniques chirurgicales ont été utilisés dans les parties présentant les différentes techniques

II. PREAMBULE

La chirurgie de réassignation sexuelle a pour but de mettre le morphotype en conformité avec l'identité sexuelle désirée en créant une anatomie génitale aussi conforme que possible à celle du sexe souhaité. La plupart du temps, la chirurgie vient compléter le processus de transformation anatomique ébauché par l'hormonosubstitution, par l'ablation des organes sexuels du sexe génétique et la création de nouveaux organes génitaux du sexe désiré. Sont associées une chirurgie ablative et une chirurgie reconstructrice, qui selon les cas peuvent être simultanées ou successives. Il est à noter que certains transsexuels ne souhaitent pas ou ne peuvent pas réaliser cette chirurgie.

III. CHIRURGIE MTF

III.1. Indications et buts de la chirurgie de réassignation sexuelle pour les MtF

Dans le cas des MtF, il s'agit d'abord d'**une castration avec pénectomie**. Sur le plan purement technique, la castration est identique à celle qui est pratiquée pour le traitement de certaines pathologies testiculaires ou prostatiques. La pénectomie comprend l'ablation des corps caverneux et d'une partie du corps spongieux du pénis. Le reste du corps spongieux et une partie du gland sont préservés pour effectuer la clitoridoplastie.

Une chirurgie reconstructrice visant à créer des organes génitaux externes de type féminin y est associée, dans le même temps dans l'immense majorité des cas, ou ultérieurement. Il s'agit de créer une cavité vaginale, des lèvres génitales et un néo-clitoris.

La chirurgie mammaire peut être indiquée, enfin les modifications de la voix sont envisageables.

III.2. Les techniques chirurgicales

Les techniques de création d'un néovagin, de création d'un néoclitoris et d'une néo-vulve, et d'urétroplastie avec création d'un néo-méat ont fait l'objet de deux revues récentes, qui présente des options chirurgicales différentes (102,103). Ces reconstructions sont effectuées en un ou deux temps.

III.2.1. Vaginoplastie

Différentes techniques de création d'un néovagin sont utilisées.

La technique du lambeau pénien inversé permet d'utiliser la peau et le tissu sous-cutané du pénis. L'intervention comporte une castration, puis un « déshabillage » du pénis dont la peau est ensuite retournée et utilisée pour tapisser le néo-vagin. La pénectomie est réalisée en disséquant au niveau de l'albuginée des corps caverneux, tout en respectant la peau qui est laissée en place. Une fois les corps caverneux enlevés, une néo-cavité est créée dans le périnée entre le rectum et le plan urinaire, constitué par la prostate et la vessie. La peau pénienne est invaginée et fixée dans cette cavité (104-107). Cette plastie peut être combinée avec l'utilisation d'un lambeau de peau scrotale pédiculé afin d'élargir l'introït (108). Il s'agit d'une technique fréquemment utilisée.

La technique du lambeau crural pédiculé comporte le prélèvement d'un lambeau cutané au niveau de la cuisse, qui est tubulisé, puis positionné de la même façon que le lambeau pénien inversé. Cette technique semble désormais abandonnée (102)

La technique du segment intestinal pédiculé impose une dissection intra-abdominale. Un segment de colon sigmoïde est prélevé et reste vascularisé par son attache mésentérique. La continuité colique est rétablie immédiatement. Le segment intestinal est fermé à une de ses extrémités, l'autre correspondant au futur orifice vaginal. Il est placé dans une néo-cavité entre rectum en arrière et plan urinaire en avant, et l'extrémité inférieure est suturée à la peau (109). Cette technique est utilisée pour les patientes ayant subi antérieurement une pénectomie sans reconstruction. Cette technique semble de moins en moins utilisée, notamment en raison des complications possibles (occlusion, désunion) et de l'hyperlubrification.

La technique par greffe de peau a également été décrite (105) ; elle est souvent utilisée en complément du lambeau pénien inversé (110,111).

L'équipe de Perovic (112) propose de fixer le néovagin pour au ligament spinosacré afin de prévenir les prolapsus vaginaux, cette technique a été testée chez 62 patients, pour lesquels aucun prolapsus n'a été observé en postopératoire, elle est faisable dans une équipe entraînée, toutefois il ne s'agissait pas d'une étude prospective comparative.

Après toutes ces techniques, l'utilisation régulière de **dilatateurs** est recommandée afin d'éviter les rétrécissements.

III.2.2. Clitorolabioplastie

Création des lèvres par plastie scrotale

La peau du scrotum est partiellement réséquée et la partie proximale est utilisée pour la reconstitution de la vulve. Une plastie complémentaire vise à créer un mont de Vénus. Cette plastie peut être pratiquée dans un second temps (104)

Création d'un néo-clitoris par lambeau pédiculé balanique

Une partie du gland est réséquée, et la partie restante est pédiculisée sur une partie du corps spongieux, en respectant la vascularisation et l'innervation. Le corps spongieux restant est plicaturé afin de fixer le néo-clitoris en position anatomique (104-107). Ce néo-clitoris vascularisé et innervé est placé à la partie supérieure de la vulve. L'utilisation du prépuce pour créer le capuchon du néo-clitoris a été énoncée mais aucune publication spécifique n'a été identifiée.

III.2.3. Uréthroplastie

Il s'agit du raccourcissement de l'urètre et de la création d'un méat à la face ventrale du néo-clitoris. L'urètre pénien et la partie antérieure de l'urètre bulbaire sont réséqués et l'urètre ainsi raccourci est anastomosé à la peau de la vulve.

III.2.4. Mammoplastie

Les patients MtF pour lesquels l'hormonosubstitution ne procure pas une augmentation mammaire suffisante peuvent avoir des prothèses mammaires. Seule une équipe a publié ses résultats (113,114). La première publication est une revue des résultats à long terme réalisée à l'aide de questionnaire, chez 164 patients avec un taux de réponse de 65 %. Les 107 patients avaient un suivi moyen de 57 mois, 75 % étaient satisfaits du résultat final des prothèses et 25% non satisfaits. Les deux groupes ne différaient pas par la taille des prothèses. Dans une autre étude, la même équipe a constaté que la taille des prothèses avait augmenté au cours des années, ainsi que les interventions itératives.

III.2.5. Modifications de la voix

Les techniques retrouvées dans la littérature concernent essentiellement les changements MtF, car les hormones masculines administrées dans les changements FtM masculinisent la voix (60). Les techniques sont phoniatriques ou chirurgicales, les études rapportées sont souvent avec des petits effectifs, il s'agit d'études de cas, seules sont rapportées ici les études ayant inclus au moins 20 patients. La technique chirurgicale est un rapprochement cricothyroïdien parfois associé à une chirurgie thyroïdoplastique. Les méthodes sont dérivées de la technique d'Isshiki (115-117). Dans l'étude de Yang *et al.*, 20 MtF inclus avec un suivi de 22 mois, présentaient une augmentation dans le registre de leur voix de parole de six demi-tons et une augmentation dans leur voix dynamique de deux demi-tons. Les complications per et postopératoires n'étaient pas évoquées. A long terme, 29 % des patients ont eu des difficultés à avaler, 14 % des inconforts de gorge, 9 % des troubles de l'éclaircissement de la voix, sans que ces troubles soient corrélées avec la satisfaction de l'intervention. Au total, 58 % des patientes étaient satisfaites, 33 % insatisfaits, 9 % étaient neutres.

Dans la série de Matai *et al.*, 45 MtF n'ont été évalués que sur les critères subjectifs par questionnaire avec un recul de plus de 8 ans. Un taux de réponse de 93 % a été obtenu, 86 % des patients pensaient que leur profil laryngé était amélioré, 79 % que leur voix était améliorée et étaient satisfaits de l'intervention.

Dans l'étude de Neuman et Welzel, 67 patients ont été traités chirurgicalement et évalués un an après par laryngoscopie et étude phoniatrique. Alors qu'aucun patient n'était dans le registre de voix féminin avant l'intervention, 30 % l'étaient après l'intervention et 32% étaient dans le registre neutre. Aucune complication postopératoire grave n'a été rapportée, les complications ont spontanément régressées (25 % d'œdème externe local, 10 % d'emphysème). Un seul patient a été réopéré pour ablation de matériel. Au total, 85 % des patients étaient satisfaits de l'intervention et 15 % insatisfaits.

Une seule série utilisant l'approche phoniatrique et répondant aux critères d'effectif a été retrouvée dans la littérature (118). Dans cette étude, 22 patients MtF et FtM ont été suivis avec prise en charge en phoniatrie. Avant intervention, plus de la moitié des patients présentaient une constriction supra-glottique sur la phonation habituelle et préférée. La comparaison des analyses acoustiques avant et après traitement ont montré une augmentation des fréquences fondamentales chez les patients MtF ($p < 0.01$). La fatigue vocale a été réduite. Le degré de satisfaction de la voix post-thérapie n'était pas lié au nombre de séances.

III.3. Résultats en terme d'efficacité et de sécurité de la chirurgie génitale

Il est difficile de tirer des conclusions fortes de l'analyse de la littérature puisque très peu d'articles ont été identifiés. En effet, les résultats fonctionnels et les complications de la chirurgie ont été évalués dans huit publications seulement, dont les résultats sont résumés sur le *Tableau 16*.

Concernant l'aspect esthétique des organes génitaux, les résultats sont considérés comme satisfaisant dans la plupart des cas (86 à 94 %), y compris par auto-évaluation, de même que les dimensions vaginales. Sur le plan sexuel, 58 à 79 % des patientes avaient une activité sexuelle postopératoire.

Des études commencent à être réalisées afin de mesurer avec des critères objectifs les néo-organes. Toutefois, il s'agit d'études préliminaires. Une étude d'exploration de l'excitation sexuelle après chirurgie MtF a été réalisée au moyen de la photoplétysmographie vaginale (119), les pulsations artérielles vaginales étaient plus basses dans la population transsexuelle (n = 11) que chez les femmes contrôles (n = 72), et la corrélation entre ces pulsations et les réponses subjectives étaient hautes dans la sous population non homosexuelle alors qu'elle était basse chez les femmes contrôles et les transsexuelles homosexuelles. Dans l'étude de Brotto *et al.* (120), les résultats (sur 15 MtF) sont considérés comme non interprétables en raison d'artefact et posent la question de l'impact d'une musculature périnéale différente entre femme contrôle et MtF sur la mesure par photoplétysmographie.

Les complications urinaires surviennent dans 1 à 10 %. Les complications digestives sont rares (1 à 5 %). Les nécroses postopératoires ou les sténoses secondaires du néovagin surviennent dans moins de 10 % des cas. Une équipe a évalué le taux de transfusion sanguine, qui était de 59 % (104).

Le *Tableau 16* montre que c'est la technique du lambeau pénien inversé qui est la plus documentée (7 sur 8 études traitent de cette technique).

III.4. Conclusion

La castration avec pénectomie (ablation des corps caverneux et d'une partie du corps spongieux du pénis) est une technique chirurgicale de castration techniquement comparable aux procédures thérapeutiques pratiquées dans d'autres indications. La pénectomie doit préserver le fourreau cutané qui est utilisé pour la construction vaginale.

Une chirurgie reconstructrice visant à créer des organes génitaux de type féminin y est associée, presque toujours dans le même temps opératoire.

La création d'un néo-vagin repose le plus souvent sur l'utilisation d'un lambeau cutané pénien inversé, pouvant être complétée par une greffe de peau et, beaucoup plus rarement par un lambeau intestinal car cette dernière technique présente de sérieux désavantages. La technique du lambeau pénien inversé est la plus documentée. La littérature disponible ne permet pas de recommander une technique plus qu'une autre, et l'indication repose sur les désirs de la patiente et les techniques maîtrisées par le chirurgien. Ces procédures sont le plus souvent associées à la création d'une néovulve et d'un néoclitoris utilisant le gland.

Le résultat esthétique et fonctionnel est le plus souvent considéré comme satisfaisant. Cependant, des complications urinaires, digestives, génitales et hémorragiques sont possibles.

Il est recommandé de fournir à la patiente une information complète afin de permettre un choix éclairé.

Tableau 16. Résultats et complications de la chirurgie pour les MtF.

Auteur Année Technique	n	Suivi Moyen Résultats	Complications
Kwun <i>et al.</i> , 2003 (109) Segment intestinal pédiculé	28	5 ans (1 à 10 ans) A un an : Activité sexuelle : 22 (79 %) Sécrétion excessive : 3 (11 %) Cosmétique satisfaisante : 24 (86 %) Sténose orificielle : 4 (14 %)	Sténose urétrale : 2 (7 %) Constipation : 5 (18 %) Fistule recto-vaginale : 1 (3 %)
Perovic <i>et al.</i> , 2000 (121) Lambeau pénien inversé	87	4,6 ans (0,25 à 6 ans) Humidité satisfaisante 71 (82 %) Bonne sensibilité vaginale 83 (95 %) Orgasme : 73 (84 %) Cosmétique satisfaisante : 78 (90 %) Rapports sexuels (à 6 mois) : 69 (79 %)	Fistule rectovaginale : 1 (1 %) Sténose complète vaginale : 2 (2 %) Sténose néovaginale orificielle : 6 (7%) Sténose urétrale : 1 (1 %) Rupture vaginale : 1 (1 %)
Krege <i>et al.</i> , 2001 (105) Lambeau pénien inversé Second temps cosmétique	66	31 patientes évaluées à 6 mois où plus (questionnaire) Satisfaction cosmétique : 29 (94 %) Rétraction vaginale : 2 Profondeur vaginale satisfaisante : 22 (76 %) Rapports sexuels : 18 (58 %) dont 8 avec difficulté Orgasme : 27 (87 %)	Sténose du méat : 7 (10 %) Abscess post-opératoire : 6 (9 %) Plaies rectales: 3 (5 %) Nécrose néoclitoris : 3 (5 %) Prolapsus néovagin : 2 (3 %) Nécrose urétrale : 1 (2 %) Lésion sphinctérienne : 1 (2 %) Fistule urétrale : 1 (2 %)
Revol <i>et al.</i> , 2006 (104) Lambeau pénien inversé Chirurgie en un temps	63	15 mois (2 à 79 mois) Auto-évaluation par questionnaire (22patientes) : Satisfaction globale 7,6/10 Qualité de vie 8,4/10 Morphologie vulvaire 8,0/10 Sensibilité clitoridienne 8,4/10 Fonction urinaire : 8,3/10 Fonction vaginale : 7,2/10 Fonction sexuelle 7,0/10	Transfusion sanguine : 30/51 patients évaluables (59 %) Plaie rectale : 1 (2 %) Compression nerveuse : 1 (2 %) Hématome post-opératoire : 9 (14 %) Nécrose cutanée du néo-vagin : 5 (8 %) Fistule recto-vaginale : 1 (2 %)
Lawrence <i>et al.</i> , 2003 (122) Lambeau pénien inversé	232	Suivi : 1 à 6 ans Satisfaction globale estimée sur une échelle de 0 à 10 41% de patientes : 10 86% de patientes > ou = 8 Taux de participation à l'étude : 232/737 = 32%	Complications rapportées : fistule recto-vaginale, prolapsus vaginal, sténose vaginale, sténose urétrale, nécrose clitoridienne, douleurs génitales chroniques, événement thrombo-embolique Aucune complication : 157 (68%) Une complication : 55 (24%) Deux complications : 16 (7%) Trois complications : 4 (2%)
Hoebeke <i>et al.</i> , 2005 (123) Lambeau pénien inversé	31	Suivi moyen : NR Etude des conditions mictionnelles. Dégradation des conditions de miction : 6 (19%) Amélioration des conditions mictionnelles : 4 (13%) Taux de participation à l'étude : 32/127 (25%)	Incontinence : 6 (19%) Infections urinaires 10 (32%)
Hage <i>et al.</i> , 2000 (124) Lambeau péno-scrotal inversé	390	Suivi moyen : 42 mois (2 mois à 17 ans) Nécessité de réintervention : 86/390 (22%) 130 interventions sur 86 patientes Reprise plastie labiale : 103 Elargissement orifice vaginal : 27	

Tableau 16. (suite) Résultats et complications de la chirurgie pour les MtF

Auteur Année Technique	n	Suivi Moyen Résultats	Complications
Goddard <i>et al.</i> , 2007 (107) Lambeau pénien inversé	233	temps moyen suivi 56 jours <u>court terme</u> (8-351 jours) âge moyen 41 ans (19-76 ans) 100% : penectomie, labiaplastie, urétroplastie. 93% néoclitoris séjour moyen hôpital 10 jours (6-21 jours) 82,2% profondeur vaginale adéquate (longueur moyenne 13 (5-15cm)) 86.3% de néoclitoris sensibles. Première visite : 88,3 % patients heureux, 6,6 % malheureux, 5,1 % des patients sans commentaire.	6.1 % sténose vaginale 1.7% prolapsus vaginal 1.1% nécrose partie lambeau 0.8% poils dans le vagin 18.3% sténose urétrale 5.6% fuites d'urines minimales. Correction minimale chirurgicale : 36 patients 42 dilatations urétrales 8 méatotomies.
		<u>Suivi tardif</u> : questionnaires : 70 (30%) 91% néoclitoris, 89% un néovagin âge moyen : 43 ans (19-76ans) suivi moyen : 36 mois (9-96 mois) 98% (63) : néoclitoris sensible 48% (31) : orgasme 14% (9) : hypersensible 61% (38) : profondeur vaginale adéquate 23% (14) relations régulières. Résultats : acceptable 76% (53), 80% (56) chirurgie a correspondu à attente.	29% (18) poils vaginaux 6% (4) prolapsus vaginal 3% (2) nécrose vaginale 27% (19) problèmes urinaires) 26% (18) révision chirurgicale, 26% (18) gouttes urinaires, 23% (16) sténose urétrale

NR : non renseigné

IV. CHIRURGIE FTM

IV.1. Indications et buts de la chirurgie de réassignation sexuelle pour les FtM

Pour mettre le morphotype en conformité avec l'identité sexuelle, la chirurgie comporte d'une part l'ablation de l'utérus, des annexes et du vagin, d'autre part la construction d'organes masculins.

Cette chirurgie concerne la morphologie externe, la fonction urinaire et la fonction sexuelle, ensemble ou séparément. Elle est beaucoup plus complexe que la chirurgie pour les MtF. Les buts sont, dans l'idéal :

- la création d'une verge morphologiquement normale au repos, dotée d'une sensibilité cutanée normale ;
- le respect de sensations érogènes ;
- la création d'un urètre pénien avec méat balanique, permettant la miction debout ;
- l'implantation d'un matériel rigide ou gonflable permettant de reproduire une érection ;
- la création d'un scrotum contenant des prothèses testiculaires.
- la chirurgie mammaire.

Selon les désirs du patient, et en fonction des complications potentielles des différents gestes, la chirurgie de masculinisation est plus ou moins complète.

IV.2. Les techniques chirurgicales

IV.2.1. Chirurgie mammaire

La mastectomie sous-cutanée est réalisée dans la chirurgie FtM ; il s'agit souvent de la première intervention réalisée. Le but de la chirurgie est l'ablation des tissus mammaires, de la peau en excès, le repositionnement des mamelons et aréoles. Cette chirurgie peut être rendue plus difficile par le port pendant plusieurs années de bandages des seins

ayant déformé la poitrine, de pratique courante. Seules deux équipes ont décrit leur technique et résultats.

L'équipe belge (125), a publié une étude qui présente un algorithme prenant en compte la taille des seins et l'élasticité des tissus. Cinq techniques de mastectomies sous cutanées sont utilisées : semi-circulaire, trans-aréolaire, concentrique circulaire, concentrique circulaire étendue et greffe libre de mamelon. Au total, 92 patients ont été opérés avec un taux de complication postopératoire de 12,5 % (23/184 interventions). Dans 8 cas (4.3%), une intervention additionnelle a été requise en raison d'un hématome, infection ou déhiscence de la cicatrice. Dans 32,1 % des cas (59 seins), une intervention supplémentaire a été réalisée pour amélioration de l'esthétique. Les meilleurs résultats sont ceux obtenus avec les techniques semi-circulaires et concentriques (seins de petits volumes).

L'équipe d'Amsterdam (126,127), utilise une approche assez similaire : dans leur série de 70 patientes (126), l'approche combinant une dé-épithélialisation péri-alvéolaire et une mastectomie trans-aéolaire, a été utilisée dans 65 % des cas ; dans 24 % des cas, les patientes ont eu des incisions latérales et médiales et dans 11 % des cas, une greffe libre de mamelon a été associée avec de double incision cutanées fusiformes. Treize patients ont eu des complications postopératoires (hématomes, déhiscence de la cicatrice, nécrose du transplant) avec 6 ré-interventions. Trente patients ont eu des ré-interventions secondaires à long terme.

IV.2.2. Hystérectomie, ovariectomie, colpectomie

L'hystérectomie avec annexectomie et colpectomie obéit aux mêmes principes que la chirurgie ablative telle qu'elle est pratiquée en cas de tumeur utérine.

La voie d'abord initialement préconisée était la laparotomie médiane sous ombilicale, afin de préserver les pédicules épigastriques. L'hystérectomie par voie vaginale a également été utilisée (128,129). La chirurgie coelioscopique a été décrite dans cette indication pour la première fois en 1993 (130).

Deux premières publications concernant l'hystérectomie coelioscopique dans la chirurgie de réassignation sexuelle ont rapporté les résultats observés respectivement dans huit et deux cas (131,132). Une autre plus récente (133) a rapporté 48 cas comparés aux 592 cas effectués pour une autre indication. Bien que les interventions chez les FtM aient eu une durée opératoire et des pertes sanguines significativement plus faibles, les taux de complication total et de ré-intervention ne différaient pas significativement.

Cette technique semble donc efficace et les complications ont été rares. Etant donné la nécessité d'épargner la peau de la région suspubienne en vue de la chirurgie reconstructrice, la coelioscopie semble actuellement la voie d'abord de première intention (avis du groupe de travail).

Dans la plupart des cas, ce temps précède la construction du pénis (128,134,135), mais les procédures d'ablation et de reconstruction peuvent être simultanées (136).

IV.2.3. Création d'organes génito-urinaires masculins.

IV.2.3.1. Lambeaux régionaux pédiculés : inguinaux, abdominaux sus-pubiens ou cruraux

Pour ces techniques (134,137-139), un ou deux lambeaux comprenant la peau et le tissu sous cutané cellulo-adipeux sont découpés soit dans la région inguinale, le long du pli, soit sur la face antérieure de la cuisse, soit sur la partie suspubienne médiane de l'abdomen. Ces lambeaux sont vascularisés et innervés grâce à la conservation d'un pédicule originaire du site de prélèvement. La zone de prélèvement est ensuite recouverte par glissement cutané. Le ou les lambeaux sont modelés pour reconstituer un pénis, fixé dans la région sous-pubienne médiane en avant de la région clitoridienne.

Dans le cas des lambeaux inguinaux, on peut, par une intervention préalable, créer un tube « urétral » dans la peau de la région inguinale destinée à donner le lambeau (134). Le lambeau est transposé par tunnellation dans la région suspubienne (139) et la zone de prélèvement est couverte soit par glissement, soit par greffe.

Lorsqu'un lambeau sus-pubien est utilisé, il est prélevé dans la région immédiatement susgénitale et tubulisé autour de la plastie urétrale. Celle-ci est réalisée en utilisant la peau des petites lèvres tubulisée autour d'une sonde vésicale. Le clitoris est incorporé dans l'uréthoplastie, qui est le plus souvent réalisée en deux temps (138). L'incision cutanée suspubienne médiane, qui peut être utilisée pour réaliser l'hystérectomie dans le même temps, est fermée par glissement sans nécessité de greffe. La technique est plus simple si le patient ne souhaite pas d'uréthoplastie (137).

Dans le cas des lambeaux pédiculés de cuisse, utilisant le tenseur du *fascia lata*, la pose d'un expandeur sous-cutané est nécessaire, de même que la création dans un premier temps d'un tube « urétral » dans la zone cutanée du lambeau. Celui-ci est ultérieurement disséqué en préservant son innervation et sa vascularisation, puis transposé par tubulisation dans la région prépubienne. La partie initiale de l'urètre est confectionnée par plastie de la peau des petites lèvres au moment de l'hystérectomie (129). Cette technique utilisant le tenseur du *fascia lata* serait de moins en moins utilisée.

L'utilisation de lambeau pédiculé de la face antérieure de la cuisse a été présentée dans des congrès mais aucune étude n'a été identifiée.

Tout ou partie du clitoris peut être incorporé dans la base de la plastie afin d'obtenir une sensibilité érogène.

En ce qui concerne la fonction urinaire, l'uréthoplastie n'est pas systématique. Le méat féminin peut être conservé, mais il se trouve alors en situation d'hypospade postérieure (ce qui oblige à des mictions en position assise).

Une ou deux prothèses peuvent être insérées au sein du lambeau pour assurer l'érection. Les grandes lèvres sont utilisées pour placer des prothèses testiculaires. Ces techniques complémentaires seront détaillées plus loin.

IV.2.3.2. Lambeaux libres avec microanastomoses vasculo-nerveuses, à l'avant-bras ou à la jambe

Pour ces techniques (128,136,140-142), les lambeaux libres sont prélevés à distance avec leurs pédicules vasculo-nerveux, modelés puis revascularisés dans la région sous-pubienne par micro-anastomoses nerveuses et vasculaires. Les sites de prélèvement sont couverts soit par glissement, soit par greffe de peau. L'utilisation d'un lambeau de l'avant-bras est la technique qui semble la plus fréquemment utilisée.

Une plastie d'urètre pénien peut être réalisée avant le prélèvement du lambeau, par tubulisation d'un lambeau cutané (140) ou vaginal libre (128). La construction de l'urètre pénien peut être faite lors de la phalloplastie (136). Les lambeaux de peau et de tissu sous-cutané épais sont tubulisés et façonnés, puis suturés dans la région suspubienne. Les artères sont généralement anastomosées sur l'artère fémorale, les veines sur la veine saphène externe, et les nerfs sur le nerf clitoridien ou sur le nerf ilio-inguinal (136). La zone de prélèvement de greffon peut être couverte par greffe de peau libre ou par greffon inguinal pédiculé (128,136,140).

Une ou plusieurs prothèses peuvent être insérées au sein du lambeau pour assurer l'érection (136). Cette fonction peut être assurée par l'utilisation d'un fragment osseux prélevé sur le péroné ou le radius (128,140,141) ; cette dernière technique semble désormais abandonnée.

IV.2.3.3. *Plastie d'agrandissement du clitoris : métaidoioplastie*

Dans cette technique (135,139,143), le clitoris, hypertrophié à la suite de l'hormonosubstitution masculinisante, est désenfoui et modelé pour constituer un pénis de petite taille. Une éventuelle uréthroplastie peut y être associée. L'utilisation de prothèses érectiles, et donc la pénétration, est généralement impossible.

La métaidoioplastie peut être pratiquée lors de l'hystérectomie ou secondairement (143). L'intervention consiste en un désenfouissement du clitoris, avec allongement par résection de la chordée ventrale et transposition dans la région sous-pubienne (135,143). L'intervention respecte l'innervation et la vascularisation du clitoris. Une plastie cutanée utilisant les petites lèvres permet de recouvrir les corps caverneux clitoridiens. Dans le cas où une uréthroplastie est associée, la muqueuse de la face antérieure du vagin est utilisée pour reconstituer un urètre bulbaire, et la peau de la face interne des petites lèvres (135) ou du capuchon clitoridien (143) est utilisée pour reconstruire l'urètre antérieur. L'intervention peut être complétée par une plastie des grandes lèvres pour reconstituer un scrotum, mais la pose des prothèses testiculaires est généralement différée (136).

IV.2.4. Fonction érectile

Dans le cas de la métaidoioplastie, les capacités érectiles sont celles des corps caverneux clitoridiens.

Dans le cas des lambeaux cutané-ostéo-musculaires, la rigidité du pénis est constante grâce à la présence du fragment osseux.

Dans le cas des lambeaux fascio-cutanés, les capacités d'érection sont restaurées par l'implantation de prothèses identiques à celles employées dans le traitement de l'insuffisance érectile acquise. Cette chirurgie est le plus souvent pratiquée dans un deuxième temps après la chirurgie de réassignation (136). Des prothèses cylindriques monobloc ont été utilisées, insérées à l'intérieur d'une prothèse vasculaire pour pallier l'absence de corps caverneux (144). Des prothèses gonflables par pompe et réservoir ont également été implantées (145), fixées par l'intermédiaire d'un fragment de prothèse vasculaire au pubis. Selon les cas, un ou deux cylindres sont mis en place par tunnellation du néo-pénis, avec ou sans fixation à la symphyse pubienne.

IV.2.5. Fonction urinaire

Selon les désirs du patient, les possibilités anatomiques et la technique de plastie péniennne employée, l'urètre peut être traité de différentes manières :

- soit maintien du méat originel en place, qui se trouve donc en position hypospade postérieure au niveau de la face ventrale du néo-pénis. Dans ce cas, la miction debout est le plus souvent impossible.
- soit uréthroplastie par lambeau cutané pédiculé à la face ventral du néo-pénis, plus ou moins longue, permettant d'amener le méat vers l'extrémité du néo-pénis, idéalement au niveau du néo-gland, permettant ainsi la miction debout. Cette chirurgie peut être pratiquée lors de la chirurgie de réassignation, soit préparée avant la création de la phalloplastie, soit faite dans un temps ultérieur.

IV.2.6. Chirurgie du scrotum

Peu de publications sont disponibles sur la reconstruction scrotale : l'équipe de Gant (146) rapporte les résultats de 300 plasties réalisées au cours des reconstructions de verge à l'aide du lambeau libre d'avant bras, selon une technique de lambeau V-Y des grandes lèvres avec rotation de la partie supérieure du lambeau. Les prothèses (testiculaires et péniennes) sont implantées 12 mois après. Aucune complication majeure due à la plastie scrotale n'a été observée (un hématome du scrotum, 11 cas de déhiscence de la plaie, aucune ré-intervention chirurgicale) et les patients ont été

satisfaits du résultat cosmétique.

IV.3. Résultats en matière d'efficacité et sécurité de la chirurgie génitale

Les résultats des séries publiées sont résumés dans le *Tableau 17*. Les différentes techniques décrites, de complexité variable, permettent de créer des organes génitaux externes de morphologie masculine. L'aspect esthétique du résultat a été évalué dans plusieurs publications, mais aucune ne mentionne la méthode d'évaluation. Cette évaluation a toujours été réalisée sur moins de 50 % des patients opérés. Les résultats sont donc marqués d'un biais important. Comme pour la chirurgie des MtF, la littérature identifiée est peu abondante et de qualité méthodologique médiocre. La technique de lambeau libre d'avant-bras est celle qui est quand même la mieux documentée, avec deux séries de plus de 50 patients (*Tableau 17*).

IV.3.1. Résultats plastiques

Le taux de satisfaction pour le résultat cosmétique est compris entre 75 et 100 % toutes techniques confondues. Les risques de nécrose du greffon sont faibles (5 % environ). Les greffons libres exposent à des complications au niveau du site de prélèvement.

IV.3.2. Résultats urinaires

La capacité du patient à uriner debout a été évaluée dans cinq publications : le résultat est inférieur à 50 % dans trois publications et de 100 % dans les deux autres. Toutes les équipes ne pratiquent pas systématiquement l'uréthroplastie en complément de la phalloplastie.

Les complications les plus fréquentes sont les complications urinaires, fistules et rétrécissements. Le taux de complications urinaires est supérieur à 50 % dans la quasi-totalité des publications. Elles nécessitent une ou plusieurs ré-interventions.

Tableau 17. Résultats et complications de la chirurgie pour FtM.

Auteur Année Technique	n	Durée de suivi Résultats fonctionnels	Complications
Lambeau pédiculé sus-pubien, inguinal ou crural			
Trombetta <i>et al.</i> , 2002 (137) Lambeau sus-pubien Pas de plastie urétrale	3	Suivi : NR Satisfaction cosmétique : 3	Déhiscence : 1
Bettocchi <i>et al.</i> , 2005 (138) Lambeau sus-pubien	85	Suivi : NR Satisfaction cosmétique : 58 (68 %) Miction debout : 40 (47 %) Nécessité de correction : 22 Pénétration possible sans prothèse : 16 (19 %) Demande de pose de prothèse testiculaire : 25 (29 %)	Infections du site opératoire : 30 (35 %) Nécroses complètes : 3(4 %) Sténoses urétrales : 51 (60 %) Fistules urétrales : 44 (52 %) Calculs urétraux : 2 (2 %)
Prothèse érectile	17	8 prothèses malléables 9 prothèses gonflables	Erosions : 6 (35 %)

Tableau 17 (Suite) : Résultats et complications de la chirurgie pour FtM.

Auteur Année Technique	n	Durée de suivi Résultats fonctionnels	Complications
Santanelli et Scuderi, 2000 (129) Lambeau de tenseur du fascia lata	5	Suivi : NR Aspect cosmétique satisfaisant : 4 Pose ultérieure de prothèse érectile : 2	Nécrose du lambeau : 1 Sténose urétrale : 1 Fistules urétrales : 3
Zielinski, 1999 (134) Lambeau inguinal Urétroplasties : 5/127 Prothèses érectiles : 47/127	127	Suivi : NR Résultat cosmétique satisfaisant : 76 % Succès urétroplastie : 1/5 Cicatrisation correcte après pose de prothèse : 60 %	Nécrose précoce complète : 4 % Nécrose distale : 20 % Œdème : 14 % Hématome : 3 % Infection : 5 % Lymphorrhée : 3 % Fistules urétrales : 4/5 (80 %)
Lambeau ostéo-fascio-cutané			
Papadopoulos <i>et al.</i> , 2002 (141) Lambeau d'avant-bras : 12 Lambeau de jambe : 6	18	Suivi : 27 mois (5 à 112) Survie du greffon osseux : 18	
Fang <i>et al.</i> , 1999 (128) Lambeau libre d'avant bras	22	Suivi 6 à 35 mois Résultat cosmétique satisfaisant 88 % Sensations érogènes locales : 8 (36 %) Sexualité satisfaisante : 9 (41 %)	Nécrose partielle du greffon 1/22 (4 %) Fistule urétrale : 14 (64 %) Sténose urétrale : 3 (14 %) Complications sur l'avant-bras : 10 (45 %)
Dabernig <i>et al.</i> , 2006 (140) Lambeau libre de jambe	5	Suivi moyen : 25 mois (18 à 30) Résultat cosmétique satisfaisant : 5/5 (100 %) Miction debout possible : 5/5 (100 %) Rapports sexuels satisfaisants 5/5 (100 %)	Sténose urétrale : 2/5 (40 %)
Monstrey <i>et al.</i> , 2001 (136) Lambeau libre d'avant-bras	54	Suivi : NR Regrets d'avoir été opérée : 0/54 Rapports sexuels normaux : 16/20 (80 %)	Nécrose distale du greffon : 2/54 (4 %) Embolie pulmonaire : 1/54 (2 %) Fistule urétrale : 26/54 (48 %) Sténose urétrale : 8/54 (15 %) Complications incision : 12/54 (16 %) Echec de prothèse érectile : 5/20 (25 %)
Timsit, 2004 (142) Lambeau libre d'avant bras Urétroplasties : 19 Prothèses érectiles : 38 Prothèses testiculaires : 18	56	Suivi moyen 110 mois (11 à 204) Survie du lambeau : 94 % Satisfaction cosmétique : 75 % Sensibilité cutanée : 95 % Sensations érogènes : 2/22 (9 %) Mictions correctes : 3/19 (16 %) Satisfaction sexuelle : 47 %	Taux global de complications : 50 % Perte du lambeau : 6 % Nécrose distale 4 % Complication sur avant-bras : 2 % Échec et urétrostomie périnéale : 7/19 Incontinence ou sténose urètre : 8/19 Explantation de prothèse : 10 % Changement de prothèse : 53 % Complications mineures : 24 % Complications scrotales : 4/18 (22)

Tableau 17 (Suite) : Résultats et complications de la chirurgie pour FtM.

Auteur Année Technique	n	Durée de suivi Résultats fonctionnels	Complications
Monstrey , 2009 (147) Lambeau libre d'avant bras (cette publication reprend l'ensemble de l'expérience de l'équipe sur cette technique)		287 phalloplasties, 130 prothèses péniennes durée moyenne hospitalisation : 17 jours (extrêmes : 16-41 jours) Miction debout possible : 100 %	Complications : -liées au lambeau : Révision anastomotique : 34/287 (12 %) Perte complete du lambeau : 2/287 (0,7 %) nécrose partielle: 21/287 (7,3 %) -urologique : Fistule précoce (fermeture spontanée) 51/287 (17,7 %) Rétrecissement traité de manière conservative 16/287 (5,5 %) fistule et/ou rétrécissement ayant requis urethroplastie 52/287 (18,1 %) -prothèse pénienne (130) Chirurgie revision 58/130 (44,6 %) incapacité aux rapports sexuels: 26/130 (20 %) -divers : (mineure) embolie pulmonaire 3/287 (1 %) reprise greffe sur defect de bras 2/287 (0,7 %) Compression nerveuse (premiers cas) 2/287 (0,7 %) Retard de cicatrisation dans la zone génitale 32/287 (11,1 %)
Hoebeke <i>et al.</i> , 2005 (123) Phalloplastie par lambeau d'avant bras	24	Etude des conditions mictionnelles Suivi moyen : NR Dégradation des conditions mictionnelles: 8 (33%) Amélioration des conditions mictionnelles : 1 (4%) Taux de participation à l'étude : 24/105 (23%)	Incontinence : 12 (50%) Gouttes retardataires : 19 (79%) Infection urinaire : 10 (32%)
Rohrmann et Jakse, 2003 (148) Lambeau libre d'avant bras Urétroplastie dans le même temps	25	Suivi moyen : NR	Fistules et/ou sténoses : 14/25 (56%)
Hoebeke <i>et al.</i> , 2003 (145) Lambeau libre d'avant bras Prothèse érectile (patients en partie cités dans Monstrey <i>et al.</i> , 2001 (136))		Suivi moyen : 3,5 ans pour les prothèses mono corps Suivi moyen : 1,8 ans pour les prothèses 3 composants 29/35 patients satisfaits sexuellement (83%)	Changement de prothèse : 7/35 (20%) Infections : 4 (11%) Nécrose : 1 (3%) Fuite de prothèse : 1 (3%)

Tableau 17 (Suite) : Résultats et complications de la chirurgie pour FtM.

Auteur Année Technique	n	Durée de suivi Résultats fonctionnels	Complications
Métaidoioplastie			
Hage, 1996 (135)	20	22 mois [6 à 36] Miction debout 10/20 (50 %) Pénétration : 0	Nécrose : 1 Hémorragie : 1 Fistules urétrales : 7 (35 %) Sténoses urétrales : 3 (15 %)
Perovic et Djordjevic, 2003 (143)	22	3,9 ans [0,5 à 6] Satisfaction cosmétique 17/22 (77 %) Sexualité non évaluée	Fistules urétrales : 3 (14 %) Sténoses urétrales : 2 (9 %)
Jarolim, 2000 (139)	28	Suivi : NR Miction debout 7/28 (25 %) Sensibilité génitale 28/28 (100 %)	NR

NR = non renseigné.

IV.3.3. Résultats sur la fonction sexuelle

La capacité du patient à avoir des rapports sexuels avec pénétration après phalloplastie n'a été évaluée que dans quatre publications : elle est de 20 % en l'absence de prothèse, et comprise entre 40 et 100 % (sur cinq cas) après pose de prothèse dans la phalloplastie. La métaidoioplastie ne permet pas la pénétration ni l'implantation de prothèses érectiles. Les sensations érogènes étaient présentes entre 36 et 100 % des cas évalués.

La pose de prothèse érectile entraîne des complications dans 20 à 35 % des cas. Elle est faite dans un temps ultérieur à la phalloplastie.

Au total, les différentes techniques chirurgicales actuelles, de complexité variable, permettent la création d'organes génitaux externes de morphologie masculine. Mais chaque technique présente ses limites. La métaidoioplastie semble la technique la plus simple, mais la verge ainsi créée est de petite taille. La phalloplastie par lambeau permet d'obtenir un résultat plus satisfaisant, mais les complications sont plus fréquentes, avec d'éventuelles complications sur les sites de prélèvement dans le cas des lambeaux libres.

Pour les voies urinaires, toutes les techniques recourent à l'urétroplastie cutanée, qui permet la création d'un méat distal sur le néo-pénis. Cependant, le taux de patients pouvant uriner debout est inférieur à 50 % dans la quasi-totalité des publications étudiées. Les complications urinaires sont très fréquentes.

L'érection peut être obtenue grâce à l'implantation de prothèses après phalloplastie par lambeau. L'évaluation des résultats concernant la sexualité est très incomplète.

Des études de meilleure qualité seraient nécessaires pour pouvoir conclure plus formellement.

Il est nécessaire de bien informer le patient des avantages et inconvénients de chaque technique pour permettre un choix éclairé, qui dépend également des techniques maîtrisées par la chirurgie. L'information devrait notamment porter sur les limites des techniques actuelles pour créer des néo-organes masculins.

IV.3.4. Résultats sur la satisfaction sexuelle

Une étude a été réalisée afin d'évaluer la santé physique et sexuelle des patients pris en charge (149) : 107 patients ont été contactés, 55 ont accepté de participer à cette étude réalisée au moyen de questionnaires et d'entretiens, de dosages hormonaux (32 MtF [temps de suivi moyen : 3,8 ans ; DS : 2,7], 23 MtF [temps de suivi moyen : 6,2 ans ; DS : 4,2]). Tous les patients MtF atteignaient des taux de testostéronémie totale situés dans les valeurs normales chez la femme, mais seulement 32,1% atteignaient les valeurs normales de testostéronémie libre. Après réassignation, les attentes au niveau émotionnel

et social des patients ont été atteintes, mais moins au niveau physique et sexuel, 80% des patients ont rapporté une amélioration de leur sexualité. Les patients FtM se masturbaient significativement plus fréquemment que les MtF et une tendance à plus de satisfaction sexuelle, excitation sexuelle, facilité à atteindre l'orgasme était notée dans le groupe FtM. La majorité des patients ont rapporté un changement de sensation de l'orgasme avec un orgasme plus puissant et court chez les FtM et plus intense et long chez les MtF. Plus des 2/3 des MtF rapportent des sécrétions vaginales durant l'excitation sexuelle (glandes de Cooper laissées en place). Chez les patients FtM porteurs de prothèse pénienne la satisfaction sexuelle est plus grande (83, 3 % versus 60 %), mais les douleurs sont présentes dans 55,5 % des cas (versus 0 %).

L'équipe d'Elaut (150) a étudié les troubles du désir dans un groupe de MtF (n = 62). Comparées à une groupe contrôle de femme non ménopausées, les troubles du désir étaient élevés dans les deux groupes (34 versus 23 %, p = 0,30) non significativement différents alors que les testostéronémies totale et libre étaient significativement plus basses dans le groupe transsexuel (p < 0,001). De plus il existait une corrélation significative entre les deux facteurs chez les femmes contrôles (p = 0,003) et non chez les femmes transsexuelles (p = 0,82), ce qui est contre un rôle majeur de la testostérone dans ce sous groupe.

L'attirance sexuelle avant et après réassignation a été étudiée chez 232 MtF d'âge moyen de 44 ans (18-70 ans) au moyen de questionnaires (151). Avant réassignation, 54 % des patients étaient attirés de manière prédominante par les femmes et 9 % par les hommes. Après réassignation, ces chiffres étaient de 25 et 34 % respectivement. Le nombre moyen de partenaires sexuels avant et à 1 an après chirurgie passait de 6 (identique au chiffre retrouvé chez les hommes dans l'enquête *National Health and Social Life*) à 1. 32 % des patients n'ont pas de partenaire sexuel dans les 12 mois après réassignation (taux supérieur à celui rapporté dans l'enquête NHSL). Avant chirurgie, 49 % des patients pratiquent l'autogynophilie et 3 % après, enfin 85 % des patientes ont un orgasme après intervention.

IV.4. Conclusion

L'hystérectomie avec annexectomie bilatérale est un geste techniquement identique à celui effectué à titre thérapeutique en cas de pathologie utérine ou ovarienne. La technique la plus adaptée semble la coelioscopie. Le premier temps de l'uréthroplastie peut être associé à cette intervention.

Plusieurs techniques de création d'une verge ont été décrites. Elles sont de complexité variable et offrent des résultats esthétiques et fonctionnels différents. La littérature disponible ne permet pas d'en recommander une plus qu'une autre : l'indication repose sur les désirs du patient et les techniques maîtrisées par le chirurgien. Il est recommandé de fournir au patient une information complète afin de permettre un choix éclairé. La technique par lambeau libre d'avant-bras est la technique la mieux documentée et celle qui semble la plus pratiquée. Elle présente néanmoins des complications, essentiellement urinaires et les cicatrices de l'avant-bras restent visibles.

La reconstitution d'un urètre est possible, mais le taux de complications est supérieur à 50 %. Il n'est pas possible de garantir au patient que la miction en position debout sera possible.

La possibilité d'obtenir des érections repose sur la pose de prothèse. La littérature disponible ne permet pas d'en préciser les indications. Si le patient choisit cette option, il est recommandé de l'informer sur le taux d'échec et de complications.

La chirurgie de reconstruction de la verge apparaît au final comme une chirurgie extrêmement complexe avec des résultats incertains (plastiques, urinaires et sexuels) ; elle doit donc être réalisée par une équipe de très haut niveau.

V. L'ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

V.1. Cible

Cette enquête a été adressée aux cinq centres chirurgicaux français identifiés par les professionnels de santé du groupe de travail ou les associations de patients. Le questionnaire qui leur a été adressé comprenait des questions spécifiques sur les techniques chirurgicales utilisées et leurs complications (Annexe 3).

V.2. Résultats de l'enquête

La quasi-totalité des cinq centres pratique la chirurgie du transsexualisme depuis plus de 10 ans (*tableau 18*).

Au sein de chaque équipe, le nombre de chirurgiens pratiquant régulièrement cette chirurgie est comprise entre 2 et 5.

Le nombre annuel de cas traités par équipes est compris entre 6 et 50 en France.

Les complications rapportées correspondent à celles qui sont mentionnées dans la littérature.

Tous les services tiennent une réunion pluridisciplinaire périodique de revue des cas de transsexualisme.

Un seul service a publié son expérience.

Tous les services affirment leur motivation et leur désir de poursuivre et de développer cette chirurgie.

Tableau 18. Résultats de l'enquête de pratique auprès des chirurgiens pratiquant les interventions de réassignation sexuelle.

	Équipe 1	Équipe 2	Équipe 3	Équipe 4	Équipe 5
Durée de pratique de la chirurgie du transsexualisme (années)	10	9	30	NR	NR
Chirurgie pratiquée	MtF	FtM	MtF/FtM	MtF/FtM	FTM
Nombre de cas opérés dans les cinq dernières années	60	130	250	100	30
Chirurgie en un temps	oui	non	non	FtM : non MtF : oui	non
Équipe pluridisciplinaire	oui	oui	oui	oui	oui
Réunion périodique de revue des dossiers	oui	oui	oui	oui	oui
Publications	oui	non	non	non	non
Souhaite continuer cette chirurgie	oui	oui	oui	oui	oui

NR : non renseigné

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

I. PRINCIPES

La phase diagnostique décrite plus haut n'est pas une prise en charge à visée psychothérapeutique ; un accompagnement psychologique, quelle que soit sa nature, mais de préférence indépendante de l'évaluation, peut-être indiqué **tout au long du parcours de soins**, voire même dans la période post-chirurgicale, pour contribuer à un mieux-être du patient avec lui-même, l'aider à mieux vivre et à s'adapter au nouveau rôle identitaire.

Certes, l'accompagnement psychologique n'est pas retenu dans certains protocoles comme une condition absolue pour le traitement hormonal et chirurgical (9,11,31). Toutefois, les cliniciens s'accordent pour reconnaître que le transsexualisme peut engendrer une grande vulnérabilité et détresse psychologique qui devront être prises en compte et soulagées par un soutien adapté.

Quand l'évaluation initiale du professionnel de santé mentale conduit à la recommandation d'un accompagnement psychologique et quand cette demande est formulée par le patient, les objectifs du traitement, son utilité, ses modalités, sa fréquence et durée doivent être discutés avec le patient.

Étant donné la variabilité interindividuelle et les souhaits différents des patients concernés, **il est difficile d'établir un schéma psychothérapeutique standard**. Les programmes individuels varieront donc d'un patient à l'autre (152). La participation à des groupes de parole peut permettre d'apaiser les souffrances. La détresse partagée, la confrontation à d'autres vécus et réflexions peut rassurer et sortir les patients de leur isolement. La thérapie familiale peut également apporter un soutien et aider à résoudre des conflits intrafamiliaux (8).

Le psychothérapeute peut être un soutien important pour le patient dans la phase de transition dès lors qu'une relation thérapeutique de confiance est installée. Ce n'est pas systématiquement le même professionnel qui pose le diagnostic et qui réalise cet accompagnement psychologique ; toutefois, une collaboration étroite avec les autres membres de l'équipe est essentielle pour une prise en charge optimale du patient.

Son impact et son efficacité ne sont pas retrouvés dans la littérature avec mesure sur des questionnaires validés sur le plan international.

II. L'ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Les professionnels interrogés pour l'enquête diagnostique ont également répondu aux questions relatives à l'accompagnement psychologique (*tableau 19*)

Tableau 19. Résultats de l'enquête : accompagnement psychologique.

	L'accompagnement psychologique est-elle nécessaire durant le parcours de soins ; de quel type ?	Le thérapeute doit-il être distinct du spécialiste réalisant l'étape diagnostique ?
Expert 1	NR	NR
Expert 2	Non. Quand recommandée, individuelle psychanalytique	oui
Expert 3	Oui ; selon thérapeutes et patients	oui quand c'est possible
Expert 4	Oui ; d'inspiration analytique	oui
Expert 5	Accompagnement empathique par un spécialiste en santé mentale	oui
Expert 6	Oui ; toujours individuel, parfois familiale ; TCC avec tenue cahier-journal avec photos	oui mais souhaitable de revoir au moins 1 fois le spécialiste ayant réalisé l'étape diagnostic
Expert 7	NR	NR
Expert 8	Soutien et support identitaire	oui

TCC= Thérapie cognitivo-comportementales

III. CONCLUSION SUR L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Les changements dus à l'hormonosubstitution et à la chirurgie étant majeurs, un accompagnement psychologique doit être proposé par l'équipe au patient qui a le choix entre l'accepter et la refuser. Cet accompagnement n'a pas pour intention de soigner les troubles de l'identité sexuelle. **Son objectif principal est d'aider le patient à fixer des objectifs de vie réalistes, tant professionnels que relationnels.** Il semble que cet accompagnement doive de préférence être réalisée par un professionnel distinct de celui ayant posé le diagnostic. Son choix résulte des désirs du patient lui-même et de l'équipe, le psychothérapeute devant en tout cas rester en relation avec l'équipe.

PRISE EN CHARGE GLOBALE

Une recherche d'articles ayant pour but de mesurer l'effet global de la prise en charge médicale, avec ses différentes composantes, a été réalisée.

Aucune donnée n'est disponible en France et peu de données internationales sont publiées.

Michel *et al.* (153) ont réalisé une revue systématique de la littérature sur le suivi des transsexuels ayant subi un traitement hormono-chirurgical. La stratégie de recherche documentaire n'était pas précisée de même que le mode de sélection des études. Ils soulignent que les données de la littérature disponibles doivent être analysées avec précaution compte tenu de :

- l'hétérogénéité des études concernant les critères diagnostiques retenus, les populations étudiées (effectif souvent faible, âge et stade de la transformation variables, études concernant les FtM ou les MtF), les durées de suivi, les méthodes de recueil et d'analyse des données (recueil le plus souvent rétrospectif) ;
- l'existence de biais de sélection (surreprésentation dans les études de patients satisfaits) ;
- la subjectivité des données analysées et des critères d'évaluation souvent non validés.

Sur la base des données sélectionnées ils estiment que :

- le taux de satisfaction après traitement hormono-chirurgical varie de 80 à 97 % chez les FtM et de 71 à 95 % chez les MtF ;
- le sentiment de regret après l'intervention est généralement transitoire et disparaît dans l'année qui suit la chirurgie ; il peut résulter de la douleur postopératoire, des complications de la chirurgie, de résultats insatisfaisants, du départ du conjoint, de la perte de travail, de difficultés familiales.... à plus long terme, les regrets sont rares, de l'ordre de 1 % et peuvent être liés à une erreur de diagnostic, à l'absence ou l'insuffisance d'une période d'expérience en vie réelle, aux résultats jugés décevants des interventions chirurgicales ;
- le taux de tentatives de suicide est de 20 % avant transformation hormono-chirurgicale ; après chirurgie, le taux de suicide varie de 1,2 à 1,9 % chez les MtF et de 0,5 à 0,8 % chez les FtM ; tous les suicides n'étaient pas attribuables à la prise en charge (erreur de diagnostic, absence d'expérience en vie réelle, résultats chirurgicaux décevants) mais pouvaient avoir été causés par des erreurs de traitement, des overdoses, une perte de travail, des difficultés affectives.

Une enquête par questionnaire déjà ancienne (154) (non citée dans la revue précédente) a été réalisée par la principale équipe suédoise, 136 patients opérés ont répondu avec un taux de 66 % (90 patients) et un suivi moyen de 5.8 ans (extrême de 0,5 à 30). L'instabilité sociale et personnelle, avant l'intervention et un âge de moins de 30 ans sont corrélés avec une insatisfaction de résultat. La réassignation n'a pas eu d'influence sur la capacité de la personne à travailler.

Landén *et al.* (155) (non cités dans la revue précédente) ont évalué les facteurs prédictifs de regret sur une cohorte de 218 sujets. Un taux de regret et demande de ré-intervention de 3,8 % (8 patients) après un temps de moyen de 7.4 ans (IC 95 % : 4,7-10,1) a été observé. Après régression logistique, le manque de soutien familial et des proches apparaît comme le facteur prédictif le plus significatif de regret ($p = 0,0081$).

Plus récemment, de Cuyper *et al.* (156) ont interrogé les 107 transsexuels néerlandophones dont la transition avait eu lieu entre 1986 et 2001 dans leur équipe. Sur les 62 transsexuels ayant répondu, aucun ne regrette sa transition. Sur le plan psychologique, ce groupe n'apparaît pas différent d'une population témoin.

Au total, il est à noter qu'au niveau de l'analyse des conséquences globales de la prise en charge des transsexuels, peu d'études existent.

Les quelques études publiées suggèrent néanmoins une amélioration tout à fait substantielle de la santé des transsexuels après leur prise en charge.

EXEMPLE DE STRUCTURE DE SOINS ET DE PARCOURS DE SOINS A L'ETRANGER

Des contacts ont été pris pour essayer de connaître l'organisation de la prise en charge des transsexuels dans d'autres pays.

Des renseignements n'ont pu être obtenus que pour le Royaume-Uni, la Belgique et les Etats-Unis.

L'organisation des soins dans ces deux pays s'appuie sur les recommandations internationales de la WPATH de 2001 (31). Il en est de même pour le protocole de soins d'un centre américain (Center for Sexual Health of the University of Minnesota Medical School).

En Belgique, la phase diagnostique dure habituellement neuf mois au cours de laquelle est posé un diagnostic approfondi, prolongé, positif (à l'aide du DSM-IV) et différentiel. Les transsexuels d'âge « avancé » (c'est-à-dire de plus de 30 ans environ, étant ou ayant été marié, pouvant avoir eu des enfants, ...) sont pris en charge. A l'issue de cette phase, commence l'expérience en vie réelle durant laquelle l'hormonosubstitution réversible et des interventions légères sont possibles (épilation laser, chirurgie esthétique de la face [pomme d'Adam], travail sur la voix). Cette expérience en vie réelle dure habituellement neuf mois ; à la fin de cette période l'hormonosubstitution irréversible peut commencer. La chirurgie de réassignation peut avoir lieu neuf mois après le début de l'hormonosubstitution irréversible. Au franchissement de chacune de ces étapes, un point est fait entre l'équipe et le transsexuel pour décider de la suite des soins. Un suivi psychothérapeutique est proposé tout au long du parcours de soins. En Belgique, une seule équipe complète semble exister. Elle comprend non seulement les différents professionnels de santé impliqués (psychiatre, psychologue, endocrinologue, chirurgien plastique, urologue, gynécologue, ORL, ...) mais également un coordinateur et un professeur de droit.

Au Royaume-Uni, la phase diagnostique dure environ 6 mois ; elle est réalisée par le psychiatre d'une équipe spécialisée, qui utilise le DSM-IV. L'expérience en vie réelle dure habituellement deux ans (elle peut être réduite à 1 an dans quelques cas) pendant laquelle l'hormonosubstitution peut commencer. La chirurgie de réassignation a lieu suite à l'expérience en vie réelle. L'accompagnement psychologique semble obligatoire. A côté de ces soins délivrés par une équipe spécialisée (il en existe 6 à 8), la « médecine de ville » a aussi un rôle : celui du premier contact entre le transsexuel et le système de soins (le médecin généraliste ou un autre professionnel de santé adresse le transsexuel à une équipe spécialisée) et celui du suivi à long terme (de l'hormonosubstitution et du bien être du transsexuel par exemple).

Le centre pour la santé sexuelle de l'Université du Minnesota (EUA) applique également les Recommandations de la WPATH, notamment pour l'accès à l'hormonosubstitution et à la chirurgie de réassignation. Ainsi pour l'hormonosubstitution, sont demandés une compréhension des avantages, des limites et des inconvénients de ce traitement, une période préalable de trois mois durant laquelle a eu lieu une expérience en vie réelle ou un accompagnement psychologique (l'un ou l'autre venant après le diagnostic initial), un bilan sur l'expérience en vie réelle (notamment sur les relations sociales) sur sa santé, Pour la chirurgie mammaire, elle peut avoir lieu au début de l'hormonosubstitution pour les FtM ; pour les MtF, un minimum de 18 mois d'hormonosubstitution est demandé. Pour la chirurgie génitale, un an d'hormonosubstitution et un an d'expérience réussie en vie réelle (non cumulatifs) sont demandés. A toutes ces étapes, un point est fait (bilan et information) ce qui montre que le parcours de soins est loin d'être uniquement technique.

Conclusions, propositions et perspectives pour une structure d'offre de soins et un parcours de soins

Ce rapport a été réalisé suite aux demandes formelles ou informelles des différentes parties prenantes de la prise en charge médicale du transsexualisme (ministère, Assurance maladie, professionnels de santé, personnes transsexuelles) qui souhaitent un état des lieux de la prise en charge actuelle et des propositions d'amélioration.

La méthode employée pour l'élaboration de ce rapport a compris l'analyse critique de la littérature internationale publiée sur le sujet, le recueil de l'opinion des différentes parties prenantes (personnes transsexuelles, professionnels de santé, institutions) et la description de la prise en charge dans quelques pays étrangers. Ce rapport a ensuite été soumis à un double critique : celle d'une équipe de référence en Europe dans la prise en charge médicale des personnes transsexuelles, puis celle de toute personne souhaitant le faire, par le biais d'une consultation publique.

A notre connaissance, il s'agit du premier rapport français sur le sujet et un des plus complets au niveau international.

Les propositions présentées ci-après sont regroupées en deux chapitres : un premier décrivant la structure générale de l'offre de soins, un second le parcours des différents soins.

I. PROPOSITION D'UNE STRUCTURE D'OFFRE DE SOINS

Compte-tenu l'aspect multidisciplinaire, complexe et extrêmement spécifique des soins à offrir, il paraît très souhaitable que cette offre soit structurée en un réseau organisé autour d'équipes de référence pour dispenser des soins de grande qualité. Cette possibilité s'inscrit dans la proposition de directive relative à «*l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers*» adoptée par la Commission européenne le 2 juillet 2008. Ce texte prévoit l'amélioration de la coopération européenne dans le secteur des soins par la mise en place de réseaux européens de référence réunissant des centres spécialisés dans différents états membres.

I.1. Equipes de référence multidisciplinaires

Elles devraient être reconnues et constituées notamment de psychiatres (associés ou non aux psychologues), d'endocrinologues et de chirurgiens (plasticien, urologue, gynécologue). A côté de ces professionnels et du personnel habituel des services (infirmier, assistante sociale, ...), le bon fonctionnement de chaque équipe serait favorisé par l'existence d'un coordinateur chargé de l'accueil et de l'orientation des transsexuels, de l'organisation des consultations, du suivi des patients, ainsi que du recueil des données en vue de la tenue d'un registre national qui permettrait d'acquérir des données qui font défaut aujourd'hui (voir ci-dessous).

La participation d'un juriste dans les équipes pluridisciplinaires apporterait la fluidité nécessaire à la coordination entre le travail médical et les démarches administratives.

Dans ces équipes de référence, la question de l'infection par le VIH devrait aussi être traitée compte-tenu du pourcentage élevé de transsexuels présentant cette infection et des interactions pharmacologiques entre les antirétroviraux et les hormones. Une structure spécifique a d'ailleurs été recommandée par le rapport Yeni 2008 (99).

Le caractère multidisciplinaire des équipes semble indispensable pour une évaluation et une prise en charge globale de la personne transsexuelle d'une part et pour une coordination efficace des soins dispensés d'autre part.

Compte-tenu du caractère très spécifique des soins dispensés aux transsexuels, ces équipes multidisciplinaires peuvent être constituées dans des centres de référence dont le nombre doit à la fois répondre aux besoins de la population transsexuelle et avoir une distribution géographique pour couvrir les besoins sur le territoire national.

Cette organisation en équipes de référence multidisciplinaire est largement pratiquée dans différents pays d'Europe pour la prise en charge des transsexuels et plus généralement pour la prise en charge des situations cliniques rares et/ou complexes.

Il convient de réfléchir au nombre optimal d'équipes dans notre pays. Ce nombre est difficile à déterminer vu le manque de données épidémiologiques françaises. Ce qui importe toutefois, c'est qu'il y ait adéquation entre l'offre de soins et le nombre de transsexuels requérant des soins. Actuellement, les professionnels de santé et les transsexuels auditionnés décrivent une insuffisance substantielle de l'offre de soins et une insuffisance de coordination. Les équipes ne devraient pas être trop nombreuses pour avoir une activité suffisante afin d'acquérir puis de maintenir un bon niveau de compétences, en particulier pour la chirurgie. La qualité du service rendu par ces équipes devrait être assurée par différents moyens à déterminer précisément (autorisation, agrément, accréditation de l'équipe, de ses membres...).

Ces équipes pourront être les équipes publiques existant déjà actuellement. De nouvelles pourront également être constituées. Lors de la réalisation de ce travail, il n'est pas apparu d'éléments justifiant un exercice uniquement public pour les équipes qui pourraient donc être publiques, libérales ou mixtes. Le critère primordial étant la qualité des soins dispensés par ces équipes. La proposition faite ici n'est pas un *statu quo*. La notion d'équipe n'implique pas forcément une unité de lieu (par exemple tous les membres exerçant dans le même établissement); il faut néanmoins que les professionnels qui la composent puissent communiquer régulièrement et fréquemment pour coordonner leurs soins.

I.2. Réseau de soins

Les centres de références multidisciplinaires devraient travailler en réseau avec les professionnels de santé, assurant le relais de la prise en charge à proximité du domicile du patient.

Le réseau entourant les équipes multidisciplinaires serait composé de professionnels de santé en lien étroit, régulier et formalisé avec elles. Ces correspondants participeraient en particulier au premier contact entre les transsexuels et le système de soins, au suivi des transsexuels éloignés géographiquement des équipes, au suivi des transsexuels avec des traitements stables, comme par exemple l'hormonosubstitution. Ils assureraient également un lien entre les équipes et les transsexuels. Les médecins traitants des transsexuels devraient évidemment faire partie de ce réseau, ainsi que tout professionnel de santé pouvant être amené à dispenser des soins « complémentaires » aux grandes étapes du parcours à savoir les chirurgiens maxillo-faciaux, les dermatologues, les orthophonistes... Actuellement, la réalisation de ces soins apparaît, au moins dans certains cas, isolée par rapport aux soins pratiqués dans les centres. L'intégration de ces professionnels leur permettrait d'avoir une connaissance plus complète du parcours déjà effectué par le transsexuel qui vient les consulter. Ce réseau comprendrait également des personnes de différents horizons désirant s'investir dans la prise en charge du transsexualisme ; les associations de transsexuels intéressées pourraient ainsi participer ; des travailleurs sociaux auraient également une plus value vu les difficultés que la société peut opposer aux transsexuels. Au final, le but de ce maillage réseau-centres est d'offrir des soins aussi complets que possible, de manière coordonnée.

Le premier contact avec le système de santé devrait faire l'objet d'une réflexion particulière. Les informations nécessaires à un premier entretien devraient être accessibles aux professionnels n'appartenant pas à un réseau ou à un centre. Cet entretien devrait représenter un moment d'écoute, de discussion et de réflexion, distinct du parcours de soins.

La préconisation de la mise en place d'un réseau de soins entourant quelques équipes de référence ne signifie nullement une obligation pour les transsexuels à s'adresser à cette structure, ce qui serait d'ailleurs contraire à la loi qui précise que chacun peut choisir

librement son médecin. Cette préconisation signifie simplement que seraient mis à disposition des transsexuels des professionnels compétents pouvant répondre de manière coordonnée, sur l'ensemble du territoire, efficacement à leurs demandes.

I.3. Moyens nécessaires

Les moyens nécessaires aux équipes et au réseau devraient être mis à disposition des soignants, qu'il s'agisse de personnel, de formation, de locaux, de matériels... pour pouvoir prendre en charge les transsexuels dans de bonnes conditions et dans des délais raisonnables et éviter ainsi que les étapes ne soient pas allongées, en particulier la phase diagnostique, pour des raisons de rendez-vous trop éloignés, que certains ne se fournissent en hormones hors du réseau sécurisé des pharmacies et ne s'adressent à des praticiens isolés et / ou ne possédant pas la compétence nécessaire.

Des actions devraient être menées pour que les équipes et le réseau soient connus des transsexuels et des autres professionnels de santé, afin que les patients puissent être rapidement pris en charge et que les membres de ces équipes soient reconnus par leurs collègues, leurs pairs et leurs administrations. Les professionnels nous ont en effet non seulement alertés sur le manque patent de moyens mais aussi sur un certain ostracisme du système de santé, ainsi que sur la difficulté à recruter de nouveaux praticiens. Il semble donc opportun de fournir à ces professionnels de santé un soutien financier et moral ; et de sensibiliser les professionnels de santé à ce sujet lors de leur formation initiale ou continue.

Les moyens mis à disposition des équipes et du réseau devraient permettre de fédérer l'ensemble des professionnels français et de les insérer au niveau international en partageant leur expérience par la participation à des formations, aux congrès internationaux, à des projets de recherches multicentriques, ou par la publication de leurs résultats. Très peu de publications de qualité ont en effet été identifiées lors de l'élaboration de ce rapport. Par cette activité internationale, les professionnels français pourraient donc prendre une part active dans les groupes de travail et publications européennes et internationales, puis participer à l'élaboration des futures versions des nomenclatures et recommandations internationales. La formation des professionnels est un autre point clef et on ne peut que préconiser une formation au niveau européen dans des domaines aussi spécialisés, notamment concernant la chirurgie. Ce type d'organisation ne peut qu'améliorer la qualité des soins et il pourrait s'appuyer sur des structures existantes.

En échange de ses moyens mis à disposition, ces équipes et ce réseau devraient régulièrement attester de la bonne qualité de leur fonctionnement et de leurs soins, par un système d'accréditation, certification, labellisation, ..., comparable à ceux mis en place dans d'autres situations.

I.4. Soins à l'étranger

En attendant que ce système se mette en place, se pose la question d'accepter des interventions faites à l'étranger. Tant que l'offre de soins ne sera pas suffisante, cela semble opportun, à condition toutefois qu'il existe une coopération entre les équipes françaises et les équipes étrangères dans lesquelles seront reçus les transsexuels français et que l'accès à des soins de qualité soit assuré et encadré par les pouvoirs publics français. Ce recours à des soins à l'étranger peut également s'envisager pour des techniques chirurgicales non réalisées en France.

I.5. Aspects juridico-administratifs

Le présent rapport met en évidence les problèmes administratifs, d'ordre judiciaire et en lien avec l'Assurance maladie principalement, qui compliquent la prise en charge médicale des transsexuels et contribuent substantiellement au mécontentement exprimé par certains d'entre eux. Il serait donc souhaitable que la structure de l'offre de soins pour

les transsexuels intègre ces aspects. Dans cette réflexion globale, devraient notamment être inclus les points suivants qui méritent d'être améliorés :

- la variabilité de traitement selon la juridiction ;
- la nécessité de recourir à une expertise médicale pour l'obtention de ces papiers alors que le patient vient d'être pris en charge par une équipe médicale ;
- l'obtention complexe et lente des nouveaux « papiers d'identité » (carte nationale d'identité, état-civil, numéro de sécurité sociale), laissant les personnes avec des papiers ne correspondant pas à leur genre apparent pendant plusieurs années ;
- la variabilité de traitement selon la caisse primaire d'Assurance maladie, pour tous les soins non inscrits sur les listes de produits ou d'actes pris en charge ; la prise en charge financière des soins prévus dans le parcours de soins ne devant pas aboutir pour la chirurgie « périphérique » à la prise en charge des interventions de pur esthétique ;
- le remboursement de l'hormonosubstitution hors-AMM ;
- l'absence de tarification de la chirurgie de réassignation dans la CCAM, la limitant de fait aux établissements publics ;
- le remboursement des soins *via* une mise en ALD, aujourd'hui limitée à certains transsexuels seulement (ceux avec des troubles d'identité de genre précoce) et *via* une ALD ressentie comme stigmatisante, celle des « affections psychiatriques de longue durée ».

I.6. Acquisition de nouvelles données

Ce rapport a permis de constater que sur de nombreux aspects, très peu de données avaient fait l'objet de publications scientifiques permettant d'assurer une certaine solidité des connaissances. Des études devraient donc être mises en place, par exemple en ce qui concerne :

- les données épidémiologiques et sociologiques sur les transsexuels ;
- l'apport des tests psychologiques à la phase diagnostique ;
- les effets à long terme des traitements hormonaux et leur amélioration ;
- les possibles interactions médicamenteuses pouvant survenir lorsqu'un transsexuel sous hormonothérapie doit parallèlement être traité pour une pathologie ; parmi ces pathologies, devraient être vue prioritairement l'infection par le VIH (données non disponibles en France) ;
- la rééducation orthophonique nécessaire à la plupart des transsexuels MtF ;
- les techniques chirurgicales, notamment les plus nouvelles ;
- les données à long terme sur l'hormonosubstitution, la chirurgie de réassignation et la transition en général.

La tenue d'un registre national par les équipes et le réseau permettrait de répondre à ces questions.

Au total, une bonne coordination entre les trois acteurs que sont le système de santé (= l'offre de soins), l'Assurance maladie (= la prise en charge financière des différents soins prévus dans le parcours), voire la Sécurité sociale (le numéro de sécurité sociale) et le système judiciaire (carte nationale d'identité, état-civil) semble indispensable pour mettre en place une prise en charge globale satisfaisante. Plus généralement, des actions aboutissant à une meilleure acceptation des transsexuels dans la société devraient être menées ; la pression sociale peut en effet constituer un facteur de mauvais pronostic. A titre d'exemple, le système de santé anglais vient de rédiger un guide pour que les transsexuels travaillant pour lui, soient mieux intégrés dans leur milieu professionnel (157).

II. PROPOSITION D'UN PARCOURS DE SOINS

Le parcours de soins proposé ci-dessous est fondé de l'analyse critique de la littérature, notamment les Recommandations internationales de la WPATH (31), de la position du groupe de travail, des remarques des transsexuels, et des parcours de soins mis en place dans d'autres pays.

Le parcours de soins décrit ici débute lorsque le transsexuel rencontre pour la première fois un professionnel de santé, au sein d'une équipe ou au sein d'un réseau.

Le parcours de soins proposé ci-dessous est le parcours « habituel » qui est adapté en fonction des individus et des situations. Les principales étapes du parcours de soins sont présentées schématiquement dans la Figure 2.

Il n'a pas été identifié de consensus fort au niveau international pour limiter la prise en charge du transsexualisme aux « jeunes adultes » en excluant les personnes plus âgées, mariées (ou l'ayant été) ou ayant des enfants ; il en est de même pour leur orientation sexuelle. L'analyse faite dans ce rapport montre que, sur des bases déontologiques, certains praticiens et/ou équipes peuvent à titre personnel limiter leur prise en charge à des patients « jeunes adultes ». Néanmoins, au niveau national, il semble légitime que le système de soins assure la prise en charge de l'ensemble des transsexuels pour ne pas créer de discriminations.

II.1. Phase diagnostique : le diagnostic différentiel

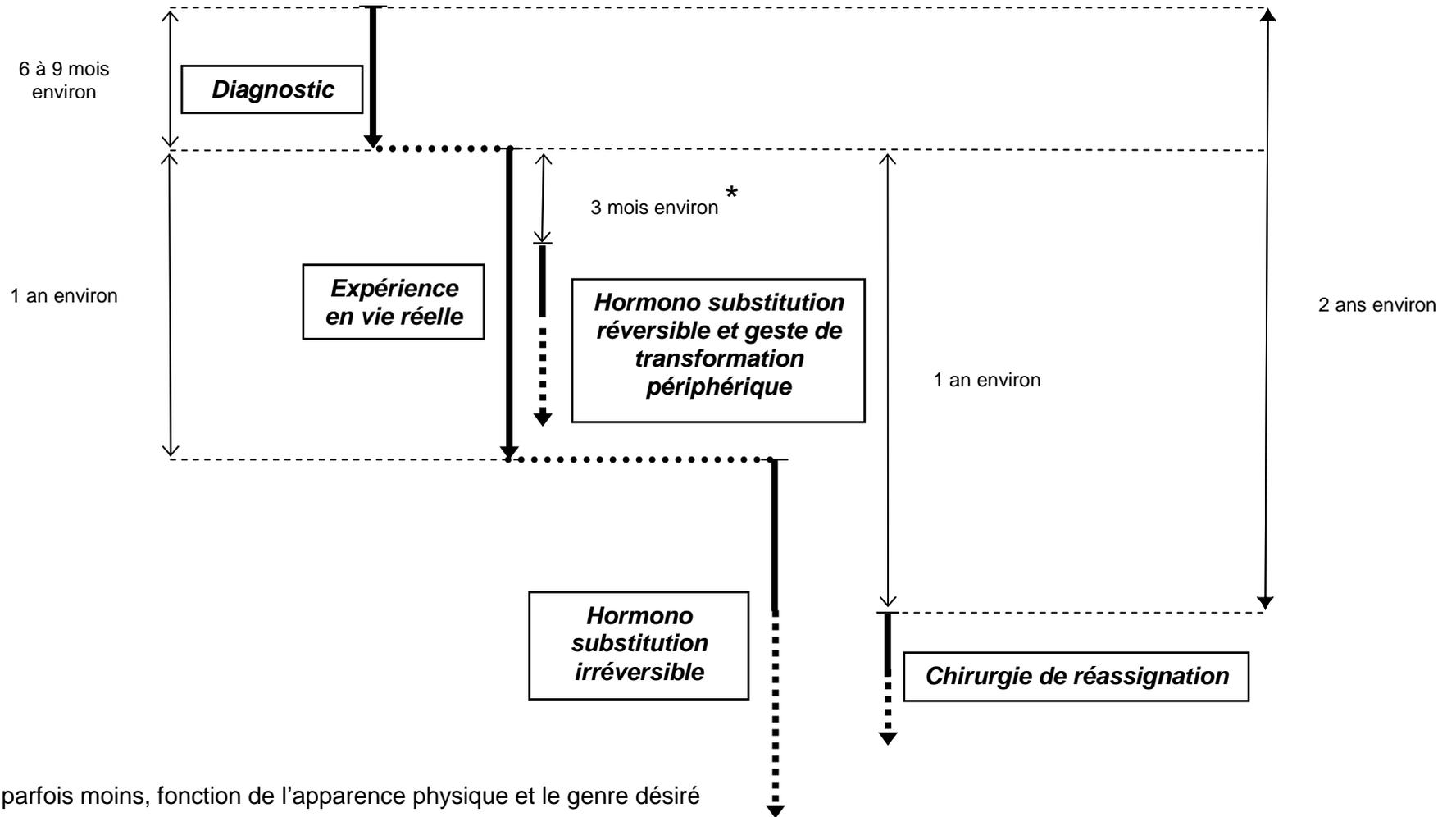
L'organisation d'une prise en charge permettant de répondre à l'ensemble des patients ne signifie pas pour autant qu'elle soit dispensée sans un diagnostic différentiel solidement assuré, en particulier lorsqu'il s'agit d'actions irréversibles.

Malgré le peu de données disponibles, il est important de signaler que **quelques personnes, 1 % selon une revue systématique, manifestent un regret quant à leur transformation.** Compte-tenu du caractère irréversible des dernières étapes de la prise en charge, la phase diagnostique doit avoir pour objectif de limiter les risques de regret.

La phase diagnostique – et notamment le diagnostic différentiel – est donc indispensable pour essayer d'éviter autant que faire se peut des transformations irréversibles injustifiées. La nécessité de cette phase, qui par essence prend un certain temps et a recours à des nomenclatures médicales, doit actuellement être expliquée car elle est très critiquée par certains, qui y voient une « psychiatrisation » du transsexualisme et une limitation de l'accès aux soins, voire un refus de soins.

Les psychiatres disposent à ce jour de critères de diagnostic précisés dans les deux nomenclatures officielles : la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et le manuel Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux (DSM IV). Pour améliorer la prise en charge thérapeutique du patient et lui offrir l'assistance la mieux adaptée et la plus grande sécurité, **l'utilisation de ces critères de diagnostic prédéfinis est indispensable**, tout en sachant que ces classifications ont leurs limites et qu'aucun caractère discriminant pour le transsexuel (concept de trouble mental, marginalisation selon des normes socioculturelles préétablies) ne saurait leur être associé. Ces nomenclatures sont reprises dans les Recommandations en vigueur de la WPATH.

Figure 2 : Présentation schématique des principales étapes du parcours de soins



* parfois moins, fonction de l'apparence physique et le genre désiré

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

La première étape de la prise en charge des patients consiste à **diagnostiquer et évaluer le trouble de l'identité sexuelle**, selon les critères spécifiés dans une des deux nomenclatures officielles déjà citées. Diagnostic et évaluation doivent être effectués par des professionnels qualifiés au sein de l'équipe de référence.

Dans tous les cas, **plusieurs entretiens d'évaluation étalés sur quelques mois** en fonction de la situation clinique, afin de réunir données psychiatriques, cliniques et psychométriques sont nécessaires. Ce bilan peut s'appuyer sur l'interprétation de tests réalisés par des psychologues pour évaluer les modalités de fonctionnement psychique et l'identification sexuelle chez les patients.

La présence d'une psychopathologie peut constituer un facteur de mauvais pronostic quant aux effets du traitement. Une comorbidité doit donc être recherchée systématiquement lors du bilan psychologique et traitée si nécessaire.

Dans cette phase, le psychiatre peut donc s'entourer de psychologue mais aussi de professionnels de santé, comme le médecin traitant, connaissant bien et depuis longtemps le transsexuel.

Cette phase diagnostique représente aussi pour le transsexuel un temps de réflexion sur la conviction de la demande de transition, sur les différentes étapes de la transition à venir, sur la notion d'irréversibilité de certains des traitements (hormonaux ou chirurgicaux), les diverses conséquences de cette transition (médicales et sociales notamment),

Habituellement, cette phase diagnostique dure de 6 à 9 mois, avec de 2 à 10 séances avec le psychiatre et / ou le psychologue. Cette durée est évidemment à adapter au cas par cas.

II.2. L'expérience en vie réelle

Son but doit être bien expliqué au patient car, comme la phase diagnostique et pour les mêmes raisons, elle est parfois mal comprise et mal admise. Le moment de réaliser cette phase relève du transsexuel, accompagné de l'équipe.

Elle se situe avant les deux autres étapes (hormonosubstitution irréversible et chirurgie) ; néanmoins une hormonosubstitution 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 au patient.

L'expérience en vie réelle étudie la capacité à vivre dans le rôle désiré. Elle permet de mettre à l'épreuve la persistance de la demande pour poursuivre le parcours de soins, malgré certaines déceptions. Une décision de report ou d'arrêt de la transition à l'issue de cette phase ne peut donc pas être imposée au transsexuel. Pendant cette expérience, le patient vit en permanence dans le rôle du sexe désiré dans les activités quotidiennes, sociales et professionnelles et montrer son intégration sociale dans ce rôle. Il choisit un nouveau prénom et informer les membres de la famille du changement prévu.

Un temps prolongé d'évaluation et d'observation, notamment lors de l'expérience en vie réelle, est nécessaire avant d'envisager la transformation irréversible hormono-chirurgicale. La durée habituelle de l'expérience en vie réelle est de un an.

L'absence d'expérience en vie réelle ou une expérience peu satisfaisante pourraient constituer des facteurs de regret.

II.3. Hormonosubstitution

Les traitements hormonaux consistent à fournir aux patients des hormones exogènes afin de supprimer les caractères sexuels secondaires du sexe d'origine et induire ceux du sexe opposé le plus complètement possible.

L'hormonosubstitution peut être divisée en deux parties : réversible d'abord, puis irréversible. Il est important d'informer les patients de toutes les significations de l'irréversibilité des traitements et de la nécessité d'un suivi médical tout au long de l'hormonosubstitution, pour adapter au mieux le traitement afin d'optimiser son efficacité et de limiter les effets indésirables. Cette information devrait également rappeler tous les risques que font courir l'auto-prescription et l'achat des hormones hors pharmacie.

Il convient ici de préciser que dans la liste des parties prenantes à sensibiliser à la prise en charge des transsexuels, devraient être inclus les laboratoires pharmaceutiques dont certaines spécialités hormonales sont utilisées dans ce cadre sans développement spécifique, sans suivi de pharmacovigilance et sans AMM. Cette discussion avec les laboratoires devrait permettre de mettre à disposition des transsexuels et des médecins les spécialités hormonales dans de bonnes conditions de choix, d'efficacité et de sécurité.

II.3.1. Information du patient et évaluation médicale initiale

- Avant le démarrage du traitement hormonal, le praticien doit s'assurer que le patient a bien compris son rapport bénéfice/risque, ses limites et le fait qu'il s'agit d'un traitement à long terme. Cette compréhension est formalisée au mieux par la signature d'un **consentement éclairé**.
- **L'évaluation médicale initiale** (interrogatoire, examen clinique et examens biologiques) vise d'une part à s'assurer de l'absence d'intersexualité et de contre-indication médicale au traitement hormonal, d'autre part à obtenir les données de base permettant de suivre et d'adapter le traitement.

II.3.2. Prescription, suivi et précautions d'emploi

- **La prescription et le suivi** doivent être effectués par un médecin formé et/ou ayant une expérience de la prise en charge du transsexualisme, dans le cadre d'une équipe de référence. Il est recommandé que l'intervention directe d'un endocrinologue soit assurée à des moments clés de l'hormonosubstitution : l'introduction, l'adaptation des doses avant la chirurgie de réassignation jusqu'à l'obtention des doses optimales après la chirurgie. Au-delà, le relais peut être pris par le médecin traitant, si celui-ci et le transsexuel le souhaitent. Une consultation au moins annuelle avec l'endocrinologue est recommandée. Quelle que soit l'étape, l'endocrinologue et le médecin traitant devront travailler en étroite collaboration, en s'informant mutuellement.
- **Le choix du traitement et son dosage** doivent tenir compte des souhaits du patient, de son âge, de ses comorbidités et de sa sensibilité individuelle au traitement. Il n'y a pas actuellement de traitement type recommandé au niveau international : les molécules utilisées, les doses et la voie d'administration sont variables d'une équipe à l'autre.
- Dans tous les cas, le prescripteur doit **tenir compte des contre-indications** des produits utilisés et identifier les interactions médicamenteuses possibles.

II.3.3. Principes du traitement des MtF

II.3.3.1. Déroulement

- **Avant orchidectomie**, le traitement hormonal des MtF comporte deux étapes :
 - une première étape de dévirilisation : l'acétate de cyprotérone est le plus souvent proposé à doses de 50 à 100 mg/j. Les anti-androgènes non stéroïdiens ou les

analogues de la GnRH peuvent être proposés en cas de contre-indication à l'acétate de cyprotérone ;

- une deuxième étape de féminisation au cours de laquelle sont introduits les estrogènes, associés aux anti-androgènes. Le 17 β estradiol doit être préféré à l'éthinyl-estradiol en raison du risque moindre d'accidents thrombo-emboliques ; la voie transdermique doit être privilégiée après 40 ans ou en cas d'antécédent de maladie thrombo-embolique. L'existence d'antécédent personnel de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire et/ou une thrombophilie contre-indique l'utilisation d'éthinyl-estradiol.

La survenue d'une thrombose veineuse pendant le traitement hormonal doit conduire à reconsidérer les modalités de l'estrogénothérapie.

- **Après orchidectomie**, l'hormonosubstitution est maintenue, les doses d'estrogènes sont réduites mais doivent être suffisantes pour préserver le capital osseux et maintenir la féminisation. L'anti-androgène sera généralement interrompu. L'adjonction de progestatifs peut se discuter en fonction de l'existence de mastodynies ou d'éventuels troubles de l'humeur.

II.3.3.2. Modifications induites par le traitement MtF

Ces modifications sont physiques (redistribution des graisses, diminution de la masse musculaire, diminution de la pilosité, augmentation du volume mammaire, diminution de la taille des testicules, diminution des érections), psychologiques (troubles de l'humeur, labilité émotionnelle) et biologiques (diminution des taux sanguins de gonadotrophines et de testostérone, augmentation de l'œstradiol sanguin). **Certains de ces changements peuvent être irréversibles** (hypertrophie mammaire, atrophie testiculaire).

II.3.3.3. Complications du traitement féminisant (estrogènes et anti-androgènes)

Elles sont principalement représentées par les accidents thrombo-emboliques ; l'impact précis de l'hormonosubstitution sur le risque cardio-vasculaire reste à évaluer.

L'hyperprolactinémie est le plus souvent modérée et réversible à l'arrêt du traitement ou lors de la diminution des doses. Le développement d'un adénome à prolactine, possible mais rare, est à rechercher en cas d'hyperprolactinémie importante persistante.

Une augmentation des enzymes hépatiques est le plus souvent transitoire. Le risque de pancréatite reste à évaluer, ainsi que le risque de diabète ; toutefois, il est indiqué de contrôler la glycémie, d'éviter la prise de poids et de limiter l'usage de progestatifs.

A ce jour, il n'est pas possible d'apprécier le risque de cancer lié au traitement hormonal chez les MtF.

Le risque de développement d'une ostéoporose apparaît faible si la substitution en estrogènes est suffisante.

Les **désordres psychologiques** induits par le traitement hormonal féminisant, quoique difficiles à évaluer, doivent être recherchés de manière systématique chez le sujet traité.

II.3.4. Principes du traitement des FtM

II.3.4.1. Déroulement

- **Avant ovariectomie**, le traitement hormonal des FtM comporte deux étapes :
 - une première étape de déféminisation : les progestatifs de synthèse (dérivés pregnane et norpregnane) peuvent être utilisés au cours de cette étape en raison de leurs propriétés antigonadotropes ; ils permettent de bloquer les cycles menstruels ;

- une deuxième étape de virilisation au cours de laquelle est introduite la testostérone. Celle-ci doit être administrée de préférence par voie intramusculaire ou percutanée.
- **Après ovariectomie**, les doses de testostérone doivent rester suffisantes pour préserver le capital osseux et maintenir la virilisation.

II.3.4.2. Modifications induites par le traitement FtM

Les modifications induites sont physiques (redistribution des graisses, augmentation de la masse musculaire, augmentation de la pilosité, modification de la voix, hypertrophie clitoridienne, aménorrhée, diminution du volume mammaire); psychologiques (augmentation de la libido, excitabilité) et biologiques (diminution des taux sanguins de gonadotrophines, d'œstradiol et de progestérone et augmentation de la testostéronémie). **Certains de ces changements peuvent être irréversibles** (voix, pilosité faciale, calvitie, hypertrophie clitoridienne).

II.3.4.3. Complications rapportées chez les FtM traités par androgènes

Elles sont principalement métaboliques (perturbations du bilan lipidique). L'augmentation potentielle du risque cardiovasculaire liée à ces perturbations impose de mettre en place des mesures hygiéno-diététiques adéquates.

A ce jour, il n'est pas possible de quantifier précisément le risque d'ostéoporose ni d'apprécier le risque de cancer du sein et du col de l'utérus lié à l'utilisation prolongée d'androgènes. En revanche, une fréquence plus importante d'ovaires polykystiques a été mise en évidence.

Des troubles psychologiques – labilité émotionnelle, augmentation anormale de la libido, agressivité pathologique, voire syndrome psychotique – peuvent être révélés par le traitement masculinisant.

II.4. Chirurgie de réassignation

La plupart des transsexuels souhaitent en bénéficier. Néanmoins, certains patients présentent des contre-indications médicales aux interventions ou estiment que cette étape ne leur est pas nécessaire et que l'hormonosubstitution, la chirurgie « périphérique », la rééducation orthophonique... suffisent à leur assurer une apparence conforme à l'autre sexe en leur permettant d'être reconnus comme tels par la société, sans chirurgie de réassignation génitale donc. Ce souhait peut aussi avoir pour origine la grande difficulté technique et les effets secondaires des interventions, en particulier les phalloplasties. Ce souhait de ne pas poursuivre l'étape chirurgicale peut ne concerner que certaines interventions. Pour reprendre l'exemple des phalloplasties, certains FtM ne les demandent pas, alors qu'ils souhaitent néanmoins une mastectomie.

Bien qu'il soit évident que quiconque ne peut être contraint contre sa volonté de subir une intervention chirurgicale, se pose alors la question d'accorder le changement de sexe dans l'état civil à des personnes conservant les organes génitaux d'origine, mais présentant un aspect en accord avec le genre désiré (ce qui correspond aux définitions habituelles du transsexualisme) et donc en désaccord avec le sexe indiqué sur l'état civil.

Cette question a été tranchée différemment en fonction des pays, par décision législative. Ainsi l'Espagne ne requiert plus depuis quelques années de chirurgie de réassignation sexuelle pour délivrer des papiers d'identité avec la mention du sexe désiré (une hormonosubstitution de 2 ans est demandée). Ceci semble aussi être le cas au Royaume-Uni. En France, les différents jugements rendus ne concluent pas toujours de la même manière. Récemment, le Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, a recommandé aux états membres de ne pas exiger une chirurgie de réassignation sexuelle.

Dans le parcours de soins, la chirurgie de réassignation intervient habituellement deux ans après le début du parcours de soins. La procédure chirurgicale de réassignation n'est habituellement pas menée avant que le patient n'ait vécu dans le rôle souhaité de façon socialement intégrée durant au moins 1 an.

Des résultats peu satisfaisants de la chirurgie (fonctionnels ou esthétiques) pourraient constituer des facteurs de regret.

II.4.1. Chirurgie MtF

- **La castration avec pénectomie** (ablation des corps caverneux et d'une partie du corps spongieux du pénis) est comparable techniquement aux procédures thérapeutiques pratiquées pour le traitement de certaines pathologies testiculaires ou prostatiques.
- **Une chirurgie reconstructrice** visant à créer des organes génitaux externes de type féminin y est associée, presque toujours dans le même temps opératoire.

La création d'un néo-vagin repose le plus souvent sur l'utilisation d'un lambeau cutané pénien inversé, pouvant être complétée par une greffe de peau et, beaucoup plus rarement par un lambeau intestinal car cette dernière technique présente de sérieux désavantages. La technique du lambeau pénien inversé est la plus documentée. La littérature disponible ne permet pas de recommander une technique plus qu'une autre, et l'indication repose sur les désirs du patient et les techniques maîtrisées par le chirurgien. Ces procédures sont le plus souvent associées à la création d'une néovulve et d'un néoclitoris utilisant le gland.

- **Le résultat esthétique et fonctionnel** est le plus souvent considéré comme satisfaisant. Cependant, des complications urinaires, digestives, génitales et hémorragiques sont possibles. La sensibilité génitale et l'orgasme sont presque toujours présents.
- **La chirurgie mammaire reconstructrice** est possible en complément de l'hormonosubstitution
- Il est recommandé de fournir au patient **une information complète** afin de permettre un choix éclairé.

II.4.2. Chirurgie FtM

- **L'hystérectomie avec annexectomie bilatérale** est identique à celle effectuée à titre thérapeutique en cas de pathologie utérine ou ovarienne.
- **Plusieurs techniques de création d'une verge** ont été décrites. Elles sont de complexité variable et offrent des résultats esthétiques et fonctionnels différents. La littérature disponible ne permet pas d'en recommander l'une plus que l'autre, et l'indication repose sur les désirs du patient et les techniques maîtrisées par le chirurgien. Il est recommandé de fournir au patient une information complète afin de permettre un choix éclairé. Toutefois le lambeau libre d'avant bras est le plus évalué et pratiqué par les équipes les plus expérimentées. Elle présente néanmoins des complications, essentiellement urinaires et les cicatrices de l'avant-bras restent visibles.
- La reconstitution d'un urètre est possible, mais le taux de complications est supérieur à 50 %. **Il n'est pas possible de garantir au patient que la miction en position debout sera possible** ; la possibilité d'uriner en position debout peut n'être que de 50 %, en fonction de la technique de reconstruction.
- **La possibilité d'obtenir des érections repose sur la pose d'une prothèse.** La littérature disponible ne permet pas d'en préciser les indications. L'évaluation des résultats est très incomplète. Si le patient choisit cette option, il est recommandé de l'informer sur le taux d'échec et de complications. Toutefois l'orgasme et la sensibilité peuvent être presque toujours obtenus avec le lambeau libre d'avant bras.

- La chirurgie de reconstruction de la verge apparaît au final comme une chirurgie extrêmement complexe avec des résultats incertains (plastiques, urinaires et sexuels) ; elle doit donc être réalisée par une équipe de très haut niveau.
- **Les résultats esthétiques de la mastectomie sous-cutanée** et de la reconstructionaréolaire dépendent de la morphologie de départ.

II.5. L'accompagnement psychologique

Distincte du processus d'évaluation, il n'est pas considéré comme une condition d'éligibilité au traitement hormonal et chirurgical. Il est cependant recommandé au cours du parcours de soins, voire même dans la période post-chirurgicale, pour aider à s'adapter au nouveau rôle et à la nouvelle identité. Le psychologue n'est pas systématiquement le professionnel de santé mentale ayant procédé à l'évaluation initiale. Toutefois, une collaboration étroite avec les autres membres de l'équipe thérapeutique est essentielle.

II.6. L'accompagnement de l'entourage

Un accompagnement peut également être proposé à l'entourage du transsexuel, notamment, le cas échéant, à son conjoint et à ses enfants, pour que par des discussions avec une personne extérieure, ses proches comprennent la situation et la transformation de leur proche.

II.7. Communication entre les professionnels de santé et les transsexuels

Le parcours de soins étant long, complexe et multidisciplinaire, une information permettant un choix éclairé devrait être fournie aux transsexuels.

Cette information doit notamment comporter, en plus des différentes étapes avec leur durée habituelle, la balance bénéfique/risque de l'hormonothérapie, la signification de l'irréversibilité de l'hormonothérapie et de la chirurgie, ainsi que les techniques chirurgicales pratiquées par l'équipe.

Cette information peut-être centralisée par une personne *ad hoc* de l'équipe (assistante sociale, psychologue, ...); pourraient également participer des associations de transsexuels, intéressées par ce travail collaboratif.

Bien qu'à chacune des étapes, un membre de l'équipe ait un rôle primordial (psychiatre, endocrinologue, chirurgien), l'ensemble des membres de l'équipe devrait être impliqué tout au long de la prise en charge. Ainsi, les spécialités « en aval » (endocrinologues, chirurgiens, ...) devraient participer à la communication avec le patient dès la première phase (diagnostique) de la prise en charge pour que le transsexuel ait dès ce moment une vue d'ensemble sur son parcours.

II.8. Etapes du parcours de soins à approfondir

Ce rapport propose les grandes lignes d'un parcours de soins pour les transsexuels. Des étapes n'ont pas, ou très peu, été abordés (intervention et chirurgie du visage et du cou, rééducation orthophonique, autres interventions permettant de modifier l'apparence corporelle [épilation, ...] – ces interventions nécessaires à la transformation devant être distinguées de la chirurgie uniquement esthétique qui ne relève pas du parcours de soins), notamment faute d'études précises publiées.

Suite, ou parallèlement, à la mise en place de la structure de l'offre de soins et du parcours de soins proposés dans ce rapport, pourrait être initié de nouveaux travaux pour apporter une réponse à ces aspects. Vu le manque de littérature, ce travail s'appuiera très certainement sur l'avis d'experts, au mieux à un échelon international, pour obtenir un nombre d'avis suffisant. Ceci pourrait prendre place dans une éventuelle mise à jour des Recommandations de la WPATH dont la dernière version date de 2001.

Devraient également être mieux précisées les modalités de prise en charge des personnes qui ne se relèvent pas être transsexuelles ou qui décident d'arrêter leur transition, des transsexuels ayant débuté une hormonosubstitution ou des interventions chirurgicales hors d'un parcours de soins, ou encore des mineurs qui s'adressent aux professionnels de santé du réseau ou des équipe des références. D'autres points encore pourraient être développés dans ces travaux futurs, comme ceux indiqués par les répondants à la consultation publique (Annexe 5). La tenue d'un registre national permettrait de colliger ces données.

Au total, le système de soins à mettre en place devrait promouvoir la santé, le bien-être et un fonctionnement social réussi des transsexuels, ainsi que l'illustre la définition de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Annexes

ANNEXE 1 – METHODE DES FOCUS GROUPS

I. GENERALITES SUR LES FOCUS GROUPS

Un *Focus Group*, ou groupe d'expression, est une technique d'entretien de groupe qui permet de collecter sur un sujet précis des informations qualitatives (par opposition aux questionnaires, qui collectent des informations quantitatives). Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes et des satisfactions, de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Le nombre de participants est idéalement compris entre six et neuf ; ils sont interrogés par un modérateur et un « analyseur » via des questions ouvertes, générales au début puis de plus en plus précises (d'où le terme *focus*). L'intégralité des discussions est enregistrée et transcrite puis une synthèse est rédigée (158,159).

II. QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX FOCUS GROUPS DES PATIENTS

Deux *Focus groups* d'une demi-journée ont été menés le 20 novembre 2006 ; l'un a réuni huit personnes MtF suivies par les équipes françaises publiques multidisciplinaires constituées ; l'autre a réuni sept personnes (6 MtF et 1 FtM) membres ou représentants les associations identifiées de transsexuels. Aucune des sept personnes de ce second groupe n'avait effectué leur transition avec les équipes françaises publiques multidisciplinaires constituées. Ces deux groupes ont été constitués à partir de listes de personnes volontaires, fournies par les équipes et les associations ; les transsexuels FtM y étaient extrêmement peu représentés. L'anonymat de ces personnes leur a été garanti par la HAS.

Pour préparer ces *Focus Groups*, les patients avaient reçu un questionnaire qu'il leur avait été demandé de remplir et de renvoyer avant la réunion. Les questions posées étaient les mêmes pour les deux *Focus groups*, elles étaient regroupées en 4 parties :

- l'entrée dans le parcours de soins ;
- l'étape d'évaluation (diagnostic et expérience en vie réelle) ;
- l'étape thérapeutique (hormonosubstitution, chirurgie, autres traitements) ;
- des questions diverses.

II.1. Entrée dans la procédure de soins

- Comment êtes-vous entré(e) dans la procédure de soin ?
- Quelle a été votre premier contact dans le parcours de soin ?
- Qui vous a renseigné(e) (internet, associations, médecin généraliste, psychologue...) ?
- Quel a été votre premier interlocuteur « spécialisé » : un psychiatre et/ou psychologue, un endocrinologue, un chirurgien ?
- Vous a-t-il informé(e) de toutes les étapes du parcours, des résultats atteignables, des limites et des effets secondaires ?
- Comment jugez-vous la qualité de son accueil et de l'information qu'il vous a délivrée ?
- Quel était votre parcours antérieur (expérience en vie réelle, automédication, autres soins) ?

II.2. Étape évaluation : diagnostic et expérience en vie réelle

Comment s'est déroulée l'étape d'évaluation de votre désir de changement ?

- *par qui : un psychologue, un psychiatre ?*
- *exerçait-il en ville ou à l'hôpital ?*
- *comment avez-vous été orienté(e) vers ce praticien ?*
- *quels ont été le nombre et la fréquence des consultations ?*

- *quelle a été la durée globale de cette phase d'évaluation ?*
- *avez-vous été amené(e) à changer de praticien ?*
- *si oui, pourquoi ?*

Comment jugez-vous cette étape de l'évaluation psychologique ?

- *la jugez-vous indispensable ?*
- *conforme à vos attentes ?*
- *jugez-vous sa durée adéquate, trop longue, trop courte ?*

Avez-vous eu une expérience en vie réelle ?

- *si oui, quelle en a été la durée ?*
- *quelles ont été les difficultés rencontrées ?*

Avez-vous bénéficié d'une psychothérapie d'accompagnement durant cette période ?

- *estimez-vous ce soutien indispensable ?*
- *si oui, de quel type : soutien, thérapie de groupe, TCC etc..*
- *le thérapeute était-il distinct du spécialiste ayant mené l'étape du diagnostic ?*
- *estimez-vous que cette psychothérapie a été utile ?*
- *a-t-elle été prise en charge par l'assurance maladie ?*
- *avez-vous poursuivi ce soutien psychothérapeutique tout au long de votre parcours de soins voire au-delà ?*

Avez-vous pris des hormones durant cette étape ?

- *si oui, lesquelles ?*
- *comment vous les procuriez-vous (automédication, sur prescription médicale) ?*
- *étiez-vous suivi(e) ?*
- *par rapport à votre vécu, quand estimez-vous qu'il est utile d'introduire l'hormonosubstitution ?*

Avez-vous commencé d'autres soins (esthétiques, autres) durant cette étape ?

1.3 Étape thérapeutique

1.3.1 Hormonosubstitution

Comment s'est passée la prescription initiale de l'hormonosubstitution ?

- *qui l'a réalisée : un endocrinologue, privé ou public, appartenant aux équipes « spécialisées » ou non ?*
- *qui vous a orienté(e) vers ce praticien ?*
- *par rapport à votre entrée dans le circuit de soins, au bout de combien de temps vous a-t-on prescrit le traitement hormonal ?*

Information du patient :

- *avez-vous été informé(e) des effets possibles, des limites et des effets secondaires du traitement hormonal, de son caractère « à vie » ?*
- *avez-vous été informé(e) par : par oral par écrit ou les deux ?*
- *avez-vous signé un consentement éclairé ?*
- *estimez-vous avoir reçu une information complète, suffisante, adaptée ?*
- *si non : que manquait-il ?*

Les résultats attendus positifs de l'hormonosubstitution

- *quel est le principal changement que vous attendiez du traitement hormonal ?*
- *les résultats de l'hormonosubstitution ont-ils été conformes à cette attente ?*

Les effets indésirables de l'hormonosubstitution

- *avez-vous eu des effets indésirables ;*

- *si oui, lesquels ?*
- *ont-ils été bien pris en charge ?*

Actuellement, prenez-vous un traitement hormonal et comment êtes-vous suivi(e) ?

- *quel est votre traitement actuel (nature, modalités d'administration) ?*
- *comment-vous le procurez-vous (pharmacie en France, internet, achat à l'étranger) ?*
- *êtes-vous satisfait(e) par les modalités d'administration (patch, comprimés, injection intramusculaire) ?*
- *si non, de quelles formes souhaiteriez-vous disposer ?*
- *avez-vous encore des effets secondaires ?*
- *si oui, comment sont-ils pris en charge ?*
- *avez-vous été conduit(e) à arrêter le traitement hormonal en raison des effets indésirables ?*
- *qui vous suit actuellement et vous prescrit l'hormonosubstitution : le praticien ayant réalisé la prescription initiale ou un autre professionnel (médecin généraliste, endocrinologue, privé ou public) ?*
- *qui vous a orienté(e) vers ce praticien ?*
- *à quelle fréquence consultez-vous ce praticien ?*

Votre traitement est-il pris en charge par l'assurance maladie ?

1.3.2 Chirurgie

Avez-vous eu une intervention de réassignation ?

- *si non, est-elle prévue ?*
- *où avez-vous été opéré(e) ?*
- *si vous avez été opéré(e) en France, comment avez-vous été orienté(e) sur l'équipe chirurgicale*
- *si vous avez été opéré(e) à l'étranger, pourquoi et quels ont été vos critères de choix*
- *avez-vous été amené(e) à changer d'équipe chirurgicale et pourquoi ?*

Information du patient :

- *avez-vous été informé(e) suffisamment des effets possibles, des limites et des effets secondaires du traitement chirurgical ?*
- *avez-vous été informé(e) par oral, par écrit ou les deux ?*
- *avez-vous signé un consentement éclairé ?*
- *estimez-vous avoir reçu une information complète, suffisante, adaptée ?*
- *si non : que manquait-il ?*

Accueil à l'hôpital

- *comment jugez-vous l'accueil à l'hôpital ?*
- *comment jugez-vous l'attitude de l'équipe soignante à votre égard ?*

Interventions chirurgicales

- *par rapport à votre entrée dans le circuit de soins, combien de temps après avez-vous été opéré(e) ?*
- *combien d'interventions chirurgicales avez-vous eues ?*
- *de quelle nature étaient-elles ?*
- *êtes-vous satisfait(e) du résultat ?*
- *si non, pourquoi ?*
- *quelles ont été les complications ?*
- *jugez-vous que la douleur et les complications ont été bien prises en charge ?*

Êtes-vous suivi(e) sur le plan chirurgical ?

- *par le chirurgien qui vous a opéré(e) ou par un autre ?*

La ou les interventions ont-elles été prises en charge par l'assurance maladie ?

Avez-vous subi d'autres interventions chirurgicales dans votre parcours ?

- si oui, lesquelles ?
- dans le même établissement que la réassignation ou dans un autre ?
- avez-vous été confronté(e) à des refus de prise en charge en raison de la transsexualité ?
- êtes-vous satisfait(e) du résultat ?
- prévoyez-vous d'autres interventions ?
- ces interventions ont-elles été prises en charge par l'assurance maladie ?

1.3.3 Autres traitements

Avez-vous bénéficié d'autres traitements (rééducation orthophonique, épilation électrique, autres...) ?

- si oui, lesquels ?
- dans le même établissement que la réassignation ou dans un autre ?
- avez-vous été confronté(e) à des refus de prise en charge en raison de la transsexualité ?
- êtes-vous satisfait(e) du résultat ?
- prévoyez-vous d'autres interventions ?
- ces interventions ont-elles été prises en charge par l'assurance maladie ?

1.4 Questions diverses

Comment qualifieriez-vous les résultats de votre parcours aujourd'hui ?

Comment avez-vous été informé(e) sur l'existence de centres réalisant ces soins ?

Avez-vous été confronté(e) à des refus de pris en charge en raison de la transsexualité ?

III. QUESTIONNAIRE ENVOYE AU *FOCUS GROUP* AVEC DES PROFESSIONNELS

Ce *Focus Group* a réuni les treize membres (psychiatres, endocrinologues et chirurgiens) du groupe de travail. Il a eu lieu le jour de la première réunion avant de commencer le travail médicotechnique proprement dit. Il a duré une demi-journée. Les questions posées lors de ce *Focus group* ont été :

- de synthétiser les points qui fonctionnent dans la prise en charge actuelle, pour ce qui est de leur étape respective (diagnostic, hormonosubstitution, chirurgie) ;
- de synthétiser les points qui ne fonctionnent pas dans cette prise en charge ;
- de proposer des améliorations dans cette prise en charge.

ANNEXE 2 – RECHERCHE DOCUMENTAIRE

I. SOURCES D'INFORMATION

Bases de données bibliographiques :

- Medline (*National Library of Medicine*, États-Unis) ;
- Embase (Elsevier, Pays-Bas) ;
- PsycInfo (*American Psychiatric Association*, États-Unis) ;
- Pascal (CNRS-INIST, France)
- BDSP (Banque de données en santé publique, Rennes)

Autres sources :

- *The Cochrane Library* (Grande-Bretagne) ;
- *National Guideline Clearinghouse* (États-Unis) ;
- HTA Database (*International network of agencies for health technology assessment - INAHTA*) ;
- Sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;
- Sites Internet des organismes compétents dans le domaine étudié.

II. STRATEGIE DE RECHERCHE

La stratégie d'interrogation de Medline, Embase et PsycInfo précise les termes de recherche utilisés pour chaque sujet ou type d'étude et la période de recherche.

Les termes de recherche sont soit des termes issus d'un thesaurus (descripteurs du MESH pour Medline), soit des termes du titre ou du résumé (mots libres).

Ils sont combinés en autant d'étapes que nécessaire à l'aide des opérateurs « ET » « OU » « SAUF ».

Une présentation synthétique sous forme de tableau (*Tableau 20*) reprend les étapes successives et souligne les résultats en termes de nombre de références obtenues par type d'étude et par sujet sur une période donnée.

La recherche documentaire a été actualisée jusqu'en septembre 2008.

Remarque : une recherche spécifique a été faite dans le but d'identifier des publications sur les techniques et les résultats des équipes thaïlandaises ; au terme de cette recherche, aucune publication rapportant des résultats n'a été identifiée.

Tableau 20. Stratégie de recherche documentaire

Type d'étude / Sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Recommandations		Sans limite	45
Etape 1	Transsexualism OR Gender dysphoria[ti/ab] OR Gender identity disorder[ti/ab] OR Gender identity disorders[ti/ab] OR Sexual identity disorder[ti/ab] OR Transvestism[ti/ab] OR Transsex[ti/ab] OR Transgender*[ti/ab]		
ET			
Etape 2	Practice guideline* OU Guideline* OU Health planning guidelines OU Treatment guidelines OU Professional standards OU Recommendation*[titre] OU Consensus development conference OU Consensus development conference, NIH OU Consensus conference* OU Consensus statement		
Méta-analyses – Revues de littérature		Sans limite	20
Etape 1			
ET			
Etape 3	Meta-analysis OU Review literature OU Systematic review OU Review effectiveness		
Epidémiologie		01/1995-09/2008	58
Etape 1			
ET			
Etape 4	Epidemiology OU Incidence OU Prevalence OU Comorbidity		
Etiologie		01/1995-09/2008	162
Etape 1			
ET			
Etape 5	Etiology OR Genetics OR Pathology OR Psychopathology OR Psychology OR Family OR Child rearing OR Parenting OR Parent-child relations OR Parental behavior OR Psychosexual development/drug effects OR Sex differentiation/drug effects		
Diagnostic		01/1980-09/2008	179
Etape 1			
ET			
Etape 6	Diagnosis OU Differential diagnosis OU Psychological assessment OU Psychiatric evaluation OU Psychodiagnosis		
Psychothérapie		01/1995-09/2008	94
Etape 1			
ET			
Etape 7	Psychotherapy OU Psychiatric treatment		
Traitements hormonaux		01/1990-09/2008	172
Etape 1			
ET			
Etape 8	Hormones OR Estrogen replacement therapy OR Hormon*[ti]		
Chirurgie de réassignation		01/1995-09/2008	184
Etape 1			
ET			
Etape 9	Urogenital Surgical Procedures OR Urologic Surgical Procedures OR Urologic Surgical Procedures, Male OR Urinary Tract/surgery OR Postoperative Complications OR Scrotum/surgery OR Penis/surgery OR Orchiectomy OR Urethra/surgery OR Genitalia, Male/surgery OR Genitalia, Female/surgery OR Vagina/surgery OR Vulva/surgery		

- A quel moment le traitement hormonal peut-il être introduit : dès le début de l'expérience en vie réelle, après 3 mois, après 6 mois ou plus ?

- Un soutien psychothérapeutique vous semble t-il nécessaire durant cette période?

oui non

- Le recours à certains actes chirurgicaux autres que la chirurgie de réassignation vous semble t-il nécessaire dès cette étape ?

oui non

Si oui, lesquels (mammectomie, chirurgies esthétiques..) ?

II.4 Psychothérapie d'accompagnement

- Selon vous, la psychothérapie d'accompagnement est-elle indispensable tout au long du parcours de soins ?

oui non

Si oui, de quel type : individuelle, familiale, thérapie de groupe, TCC ou autres ?

- Le thérapeute peut-il être distinct du spécialiste ayant mené l'étape du diagnostic ?

oui non

II.5 Réunions périodiques

- Tenez-vous une réunion périodique de revue des dossiers des patients transsexuels

oui non

- Est-ce une réunion pluridisciplinaire ?

oui non

II.6 Remettez-vous un document d'information aux patients avant le début du traitement ?

oui non

Si oui, pourriez-vous nous le transmettre ?

II.7 Avez-vous publié à propos de votre expérience du traitement des transsexuels ?

oui non

Si oui, références ?

II.6. Problèmes rencontrés

- Principales complications :
- Eventuels problèmes relationnels : compliance, revendications

II.7. Prescription et suivi de l'hormonosubstitution

Selon vous, quel type de praticien (endocrinologue, médecin généraliste, autre) peut prescrire et suivre l'hormonosubstitution ?

- Lors de la prescription initiale et de l'adaptation des posologies :
- Lors du suivi, une fois la posologie optimale obtenue :

II.8. Réunions périodiques

- Tenez-vous une réunion périodique de revue des dossiers des patients transsexuels ?
oui non
- Est-ce une réunion pluridisciplinaire ?
oui non
- Nom du psychiatre référent :
- Nom du chirurgien référent :

II.9. Remettez-vous un document d'information aux patients avant le début du traitement ?

oui non

Si oui, pourriez-vous nous le transmettre ?

II.10. Avez-vous publié à propos de votre expérience du traitement des transsexuels ?

oui non

Si oui, références ?

II.11. Quelles sont vos suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

III. QUESTIONNAIRE ENVOYE POUR L'ENQUETE CHIRURGIE

Nom du chirurgien :

Spécialité initiale :

Lieu d'exercice :

IV.1 Généralités

Spécialité du service :

Date de début de l'activité de traitement du transsexualisme :

Nom du psychiatre référent :

Nom de l'endocrinologue référent :

Nombre de chirurgiens dans l'équipe pratiquant régulièrement la chirurgie du transsexualisme :

IV.2 Activité annuelle

➤ Nombre moyen de cas annuels :

MtF :

FtM :

➤ Nombre total de cas opérés dans les cinq dernières années :

IV.3 Technique utilisée

➤ MtF : Transformation génitale en un temps

oui non

Transformation génitale en plusieurs temps

oui non

Recours à d'autres spécialistes (lesquels) ? :

Prise en charge de la chirurgie mammaire :

oui non

➤ FtM : Transformation génitale en un temps

oui non

Transformation génitale en plusieurs temps

oui non

Recours à d'autres spécialistes (lesquels) ? :

Prise en charge de la chirurgie mammaire :

oui non

IV.4 Problèmes rencontrés

➤ Principales complications chirurgicales :

➤ Principales complications médicales :

➤ Éventuels problèmes relationnels : compliance, revendications

IV.5 Réunions périodiques

- Tenez-vous une réunion périodique de revue des dossiers des patients transsexuels ?:
oui non
- Est-ce une réunion pluridisciplinaire ?
oui non

IV.6 Publications en rapport avec l'activité

- Avez-vous publié à propos de votre expérience de cette chirurgie (références ?)

IV.7 Quelle est votre position par rapport à cette activité ?

- Je souhaite continuer cette activité oui non
- Je souhaite arrêter cette activité oui non

IV.8 Quelles sont vos suggestions pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

ANNEXE 4 - GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe a été constitué par des praticiens appartenant aux équipes françaises pluridisciplinaires constituées. Il avait été demandé à ces équipes d'envoyer un praticien pour la partie diagnostique, un pour la partie hormonosubstitution et un pour la partie chirurgicale. Ce groupe était au final composé de quatorze membres : quatre psychiatres, quatre endocrinologues et six chirurgiens. Il s'est réuni à deux reprises.

Le but de ce groupe de travail a été d'apporter l'expérience de ces praticiens pour confronter et compléter l'analyse critique des données de la littérature, ainsi que les résultats de l'enquête par questionnaire. Il s'agit là de la méthode classiquement employée par les organismes d'évaluation internationaux en santé (160).

Un rapport présentant l'analyse de la littérature a été envoyé aux membres du groupe de travail avant la réunion, avec un questionnaire pour recueillir leur opinion avant la réunion. Lors des deux réunions (décembre 2006 et février 2007), les membres du groupe ont discuté sur la base de leur expérience et de l'analyse de la littérature des critères, afin d'aboutir, autant que possible, à un consensus.

ANNEXE 5 – CONSULTATION PUBLIQUE

Après que les précédentes étapes (voir p. 17) ont été réalisées, le rapport a été mis en ligne sur le site internet de la HAS pendant deux mois (avril et mai 2009). Les internautes ont ainsi pu le consulter et répondre à un questionnaire. Pour chaque grande partie du rapport, le questionnaire comportait notamment les questions suivantes :

- 1) Avez-vous identifié des points insuffisamment ou pas traités qui vous semblent importants ? (réponse en texte libre)
- 2) Quelles autres réflexions / conclusions proposeriez-vous compte-tenu des données ? (réponse en texte libre)
- 3) Quelles sont vos réactions générales sur cette partie ? (réponse en texte libre)

Il était également demandé de faire un commentaire général sur l'ensemble du rapport, l'intérêt et les motivations à participer à la consultation, ainsi que le profil d'appartenance (la participation était anonyme).

Cette annexe présente une synthèse des réactions reçues lors de la consultation publique, ainsi que la réponse ou les modifications (précédées du signe →) faites par la HAS suite à ces réactions.

I. NOMBRE DE REPONSES

Au total, 119 réponses ont été envoyées ; près de la moitié (46 %) était des personnes transsexuelles, 19 % étaient des associations (de transsexuels ou pas), 19 % étaient des personnes non transsexuelles et 16 % étaient des professionnels de santé.

II. REACTIONS SUR LE CHAMP DU RAPPORT

Au-delà des réactions défavorables ou favorables sur le contenu du rapport lui-même (voir ci-dessous), ce qui prévaut dans les commentaires des personnes ayant répondu à la consultation publique est le sentiment que quasiment rien n'a été fait sur le transsexualisme en France. Ceci se manifeste principalement de deux manières :

- des répondants auraient souhaité que la HAS initie de nombreuses études pour combler le manque de connaissances sur de nombreux points (Encadré 1) ;
- des répondants auraient souhaité que le présent rapport traite de beaucoup plus d'aspects qu'il ne le fait (Encadré 2) ; ou qu'il les traite plus exhaustivement qu'il ne l'a fait (Encadré 3).

→ De par son champ même et l'importante attente relative à l'information et aux actions pour améliorer la prise en charge du transsexualisme, le rapport a déçu des répondants. Suite à ces réactions, il a néanmoins été décidé de ne pas étendre le champ du rapport pour ne pas retarder de plusieurs mois sa publication, très attendue par ailleurs car répondant à une partie au moins des demandes ayant suscité ce rapport. De plus, certaines demandes dépassent le champ du rapport voire le champ de compétences de la HAS (Encadré 2). Il n'est pas non plus dans le champ de la HAS de réaliser des études épidémiologiques, de prise en charge, ... (Encadré 1).

Encadré 1 : Etudes demandées par des répondants

- Données récentes et de bonne qualité scientifique sur le nombre de transsexuels en France, les distinguant en fonction de leur souhait (par rapport à la chirurgie de réassignation sexuelle, à l'obtention du changement de sexe sur l'état civil, ...)
- Données récentes et de bonne qualité scientifique sur l'état de santé des transsexuels en France (en général et par rapport à leur transition)
- Données démographiques et sociologiques
- Données sur la prise en charge médicale et juridique tant sur la description que sur les résultats

Encadré 2 : Points que des répondants auraient souhaité voir traités dans le rapport

Points pouvant faire partie du rapport

- Chapitre sur la prise en charge à offrir aux personnes qui à l'issue de la phase diagnostique, ou de l'expérience en vie réelle, ne s'estiment plus être transsexuel, qui souhaitent arrêter leur transition ou la retarder
- Chapitres sur les autres soins que ceux analysés dans le rapport, notamment gestes pour féminiser le visage et le cou, rééducation orthophonique, épilation, liposuction, spécificités de l'hormonosubstitution pour les transsexuels sans chirurgie de réassignation, ...
- Chapitre sur les techniques chirurgicales de réassignation sexuelle, pratiquées mais ne faisant pas l'objet de publication dans des revues scientifiques
- Chapitre sur la prise en charge des proches des transsexuels, en particulier les enfants et les conjoints, mais aussi la famille au sens plus large, les amis, les collègues, ...
- Chapitre sur la parentalité des transsexuels (adoption, assistance médicale à la procréation, congélation des spermatozoïdes et des ovules avant transition)

Points situés hors du champ du rapport

- Chapitre sur la prise en charge des enfants nés avec des ambiguïtés sexuelles
- Chapitre sur la prise en charge des transsexuels mineurs
- Chapitre sur les personnes ne se considérant pas exclusivement homme ou femme

Points situés hors du champ de la HAS

- Chapitres correspondant aux études demandées dans l'encadré 1
- Chapitre sur la situation des transsexuels dans les sociétés autre que la société occidentale judéo-chrétienne
- Chapitre sur les coûts financiers de la transition (soins médicaux, frais de justice)
- Propositions de textes :
 - pour harmoniser les pratiques juridiques sur l'ensemble du territoire (date du changement de sexe à l'état civil par rapport à la chirurgie de réassignation sexuelle, pratique de l'expertise médicale avant changement à l'état civil, maintien ou dissolution du mariage après le changement de sexe d'un des partenaires, ...)
 - pour une meilleure protection juridique contre les discriminations dont peuvent être victimes les transsexuels
 - pour que soit facilement reconnu les acquis avant changement de sexe à l'état civil (biens, diplômes, cotisations sociales, ...)
 - pour simplifier et diminuer le coût financier des démarches administratives

Encadré 2 - suite : Points que des répondants auraient souhaité voir traités dans le rapport

- pour améliorer la prise en charge financière des soins par l'Assurance maladie : 1) en harmonisant les pratiques des différentes caisses pour les soins dont la prise en charge ne relève pas de l'échelon national, 2) en donnant une cohérence à la prise en charge (certains répondants rapportent en effet qu'une partie seulement de la transition est prise en charge, cette partie n'étant pas toujours la même en fonction des individus)
 - pour que les hormones aient une autorisation de mise sur le marché dans l'indication de traitement substitutif chez les transsexuels, ce qui permettrait une meilleure connaissance du rapport bénéfice / risque, une plus grande disponibilité de ces hormones (ce qui pourrait donc entraîner une diminution de la vente et l'achat d'hormones par internet dont la qualité n'est pas toujours garantie)
 - l'ensemble de ces textes devant être homogènes avec les autres pays européens
- Propositions pour une meilleure acceptation du transsexualisme dans la société (entourage familial et amical, travail, quotidien, administration, média, médecins, ...) *via* des actions de lutte contre les discriminations, la transphobie, ...
- Propositions pour que les transsexuels disposent d'une information - principalement sur internet - de qualité, objective, sans conflits d'intérêts, ... sur le transsexualisme, l'offre de soins, ...

Encadré 3 : Points que des répondants auraient souhaité voir traités de manière plus exhaustive

- Consultation d'un plus grand nombre de professionnels de santé n'appartenant pas aux équipes publiques pluridisciplinaires constituées
- Consultation d'un plus grand nombre de transsexuels FtM
- Recueil sur les systèmes de prise en charge dans un plus grand nombre de pays

III. IMPACT DE L'INSATISFACTION ENVERS L'ETAT ACTUEL DU SYSTEME DE PRISE EN CHARGE SUR DES REACTIONS

Par de nombreuses réactions négatives de différents groupes de répondants, souvent pour des raisons diamétralement opposées, cette consultation publique confirme l'état de tensions ou d'extrême réactivité existant sur la prise en charge du transsexualisme en France. Ceci a pu être constaté à plusieurs niveaux :

- le fait de n'évaluer dans ce rapport que la prise en charge des adultes voulant changer de sexe a été interprété par certains répondants comme une position de la HAS contre la prise en charge ou la reconnaissance des autres situations, comme celle des mineurs ou des personnes ne se définissant ni comme un homme ni comme une femme,
 - la HAS a évalué uniquement la prise en charge des adultes voulant changer de sexe car ce seul sujet était en soi déjà important et non encore traité de manière aussi complète en France, et car les autres sujets (prise en charge des mineurs par exemple) présentent des spécificités méritant des évaluations distinctes ; cette délimitation du champ d'évaluation du présent rapport ne préjuge en rien des conclusions d'autres évaluations pouvant être menées sur ces sujets spécifiques ;
- la proposition de structurer la prise en charge par un réseau de professionnels de santé organisé autour de centres multidisciplinaires de référence a été perçue par certains comme l'obligation d'être pris en charge par cette structure sans aucun choix pour le transsexuel de son lieu de soins et de son médecin,

- la proposition de la HAS vise à mettre en place une structure offrant des gages de qualité, à la disposition des transsexuels ;
 - la référence à des équipes de référence a de même été perçue comme le maintien du *statu quo* actuel avec les seules équipes publiques fonctionnant aujourd'hui,
 - la proposition de la HAS ne contient pas cette limitation ;
 - de la même manière que la proposition d'une structure d'offre de soins, la proposition d'un parcours de soins a été perçue par certains comme une obligation « quasi-légale » de suivre très précisément et exactement de la même manière pour tous les mêmes soins,
 - les recommandations de la HAS sont des guides à adapter au cas par cas, comme toutes les recommandations (*guidelines*) ;
 - alors que le rapport précise que le transsexualisme n'est plus considéré aujourd'hui comme une pathologie mentale, l'emploi de termes issus du monde médical (épidémiologie, prévalence, hypothèses étiologiques, diagnostic, ...) et l'appel aux classifications du DSM IV et de la CIM-10 pour établir le diagnostic différentiel a provoqué de vives réactions parmi les répondants,
 - ces termes et ces classifications sont régulièrement utilisés dans la littérature médicocientifique et par les sociétés savantes, comme la WPATH ;
 - certains ont par ailleurs considéré que l'existence d'un paragraphe sur la prévalence de l'infection à VIH chez les transsexuels était une discrimination et une stigmatisation de cette population,
 - ce paragraphe, demandé par certaines associations de transsexuels, a été maintenu car il s'agit d'une problématique de santé importante pour certains transsexuels ;
 - d'autres ont parallèlement considéré que le registre national préconisé relevait d'un « fichage » de tous les transsexuels français,
 - la préconisation de ce registre est maintenue car il trouve sa justification dans le manque actuel de données et d'études, manque constaté et déploré par l'ensemble des intervenants ; les informations collectées pourront servir de base à des données et des études nouvelles, il ne s'agit évidemment pas d'un fichage obligatoire des transsexuels dans des buts « administratifs » ;
 - l'utilisation même du terme transsexuel a provoqué beaucoup de protestations car d'une part limitant le genre au sexe et d'autre part considéré par certains comme limité aux seules personnes souhaitant une chirurgie de réassignation sexuelle,
 - le contenu du rapport montre qu'il n'en est rien, la possibilité de ne pas réaliser cette chirurgie est en effet évoquée ;
 - l'existence d'un chapitre sur la chirurgie de réassignation a été assimilée par certains comme une obligation absolue pour tous les transsexuels à réaliser cette chirurgie,
 - la réponse est la même que pour la remarque précédente.
- Suite à ces remarques, le texte du rapport a été repris à de nombreux endroits pour limiter les ambiguïtés, être plus clair et plus précis. Ces réactions indiquent également que si les décideurs d'aval (ministère et Assurance maladie) suivent les propositions de la HAS, leur mise en place devrait donc faire l'objet de communication et d'explication.

IV. REACTIONS NEGATIVES SUR LE BIEN FONDE DE LA PRISE EN CHARGE DU TRANSEXUALISME

IV.1. Prise en charge hormonochirurgicale

Avant même de réagir sur le contenu du rapport (champ, méthode, arguments, conclusions, ...), certains répondants ont rappelé que dans leur opinion, le fait d'être né homme ou femme est le fondement de l'identité qui ne devait surtout pas être modifié, même si les moyens « techniques » actuels (hormonosubstitution, chirurgies) le permettaient. Dans cette même optique, le fait de se ressentir de l'autre genre ne devrait alors être traité que par les moyens de la santé mentale (psychanalyse, psychothérapie, ...).

IV.2. Prise en charge financière

Parmi les répondants qui considèrent que le transsexualisme n'est effectivement pas une maladie, certains poussent le raisonnement en estimant que les dépenses occasionnées par les soins hormonochirurgicaux ne devraient pas être prises en charge par l'Assurance maladie puisque ne relevant pas de des missions de cette institution, missions limitées à la prise en charge financière des soins pour traiter les maladies.

V. REACTIONS SUR LA METHODE DU RAPPORT

Sur la méthode employée pour réaliser ce rapport, certains répondants à la consultation publique ont émis les critiques suivantes :

- ils auraient souhaité que les transsexuels et les professionnels de santé prenant en charge des transsexuels, interrogés dans le cadre de ce travail soient représentatifs de l'ensemble de ces deux populations,
 - ceci est extrêmement difficile vu le manque de données en la matière aussi bien pour les transsexuels (nombre en France, pourcentage de FtM et de MtF, pourcentage de transsexuels opérés, ...) que pour les professionnels (nombre exerçant en libéral), manque de données par ailleurs déploré par d'autres répondants (Encadré 1) ; la consultation publique a en partie pallié ce problème puisque les répondants présentaient différents « profils » (transsexuels suivis par des équipes publiques ou par des praticiens libéraux par exemple) ;
- ils auraient aimé que soient analysées les techniques chirurgicales des équipes étrangères qui opèrent des transsexuels français, particulièrement en Thaïlande,
 - ceci n'a pas été fait car seules les techniques documentées avec des publications dans des journaux scientifiques à comité de lecture, garant d'une certaine qualité, ont été retenues, et pas celles uniquement documentées par des pages électroniques de site internet ; cette méthode, classiquement utilisée dans le monde pour évaluer la qualité des interventions en santé, a été mieux précisée suite à ces remarques ;
- ils ont signalé des références bibliographiques manquantes,
 - ces références ont été intégrées au rapport, si elles répondaient aux critères rappelés ci-dessus.

VI. REACTIONS SUR LES PROPOSITIONS DU RAPPORT

En ce qui concerne les propositions contenues dans le rapport, il y a eu de la part de répondants :

- soit des prises de position opposées (du type d'accord / pas d'accord) sur des propositions du rapport (Encadré 4) ;
- soit des suggestions pour préciser et / oui clarifier certaines propositions (Encadré 5),
→ suite à ces suggestions, le texte a été modifié pour une meilleure compréhension.

Encadré 4 : Propositions du rapport ayant suscité des prises de position opposées

- Constitution d'une offre de soins fondée sur un réseau de professionnels et d'équipes de référence :
 - arguments contre : pas de libre choix du médecin et du lieu de soins (voir ci-dessus, paragraphe III)
 - arguments pour : présence de professionnels compétents pour prendre en charge les transsexuels
- Parcours de soins
 - arguments contre : pas d'adaptation des traitements (voir ci-dessus, paragraphe III)
 - arguments pour : guides permettant aux transsexuels de connaître les grandes lignes de ses futurs soins et de s'assurer que les soins qu'il va effectivement recevoir sont en accord avec l'état de l'art et seront du même ordre que ceux dispensés ailleurs ou à d'autres personnes
- Etablissement d'un diagnostic pour pouvoir initier les soins hormono-chirurgicaux
 - arguments contre : 1) la personne la plus à même de faire le diagnostic est le transsexuel lui-même ; 2) c'est à chaque transsexuel de décider de sa transition puisque le corps de chacun lui appartient
 - arguments pour : cette étape permet non seulement de s'assurer de l'absence de maladie mentale qui pourrait être à l'origine de la demande mais est également un temps de réflexion sur la conviction de la demande, la transition à venir, la notion d'irréversibilité des traitements, les diverses conséquences de la transition (médicale, sociale, ...), ...

Encadré 5 : Suggestions de répondants pour clarifier ou préciser les propositions du rapport

- le système actuel souffre d'un manque patent de moyens ; cette offre insuffisante se traduisant par des délais importants de rendez-vous, donc un allongement du parcours de soins, et sans doute un recours à l'automédication (hormones achetées par internet) et aux équipes chirurgicales à l'étranger
- en plus des psychiatres, endocrinologues et chirurgiens (gynécologues-obstétriciens, urologues, plasticiens), les équipes de référence devraient être aussi composées de personne chargée de l'accueil et du suivi tout au long du parcours, de travailleur social, de juriste, de psychologue, d'orthophoniste, de dermatologue d'une part et d'autre part de membre d'association de transsexuels
- ces équipes devraient communiquer et déléguer autant que faire se peut aux professionnels du réseau plus proches du transsexuel (médecin généraliste et endocrinologue notamment)
- la participation régulière aux congrès internationaux de la discipline, devrait être encouragée pour que d'une part les professionnels et les associations soient informés des dernières avancées dans le domaine et d'autre part participent à ces avancées et à la rédaction des recommandations internationales de cette société internationale, les seules en la matière

Encadré 5 - suite : Suggestions de répondants pour clarifier ou préciser les propositions du rapport

- ces équipes et réseau devraient régulièrement être « accrédités » pour garantir de la bonne qualité de leur fonctionnement et de leurs soins
- il existe peu de données scientifiques sur de nombreux points (origines, tests psychologiques, chirurgie, ...) de la prise en charge
- le transsexuel et les professionnels de santé s'engagent volontairement dans le parcours
- les durées moyennes et l'enchaînement des différentes étapes du parcours
- la concordance avec les recommandations de la WPATH
- l'étape diagnostique possède d'autres intérêts que le diagnostic par lui-même (Encadré 4)
- l'expérience en vie réelle n'est pas un « test » imposé au transsexuel, tant par sa durée, la manière dont elle se déroule et son résultat (ainsi un transsexuel qui s'estime pouvoir continuer sa transition à l'issue de cette expérience ne peut en être empêché)
- il ne peut être réalisé d'expérience en vie réelle avant d'avoir amorcé une hormonosubstitution ou des gestes « légers » sur le visage lorsque l'apparence du transsexuel est trop rattachée à celle de son sexe d'origine
- conditions de l'accès aux soins à l'étranger (chirurgie)

VII. CONCLUSION SUR LA CONSULTATION PUBLIQUE

En ce qui concerne le rapport lui-même, cette consultation a permis de préciser, compléter et clarifier un certain nombre de points dans le présent rapport.

Au-delà du rapport, cette consultation a également été une nouvelle occasion de constater que la prise en charge actuelle du transsexualisme en France suscite beaucoup d'insatisfactions et de critiques, qu'il s'agit d'un sujet polémique entraînant des prises de position opposées, et qu'il existe une très forte attente pour des changements allant vers une amélioration de la prise en charge du transsexualisme en France et ce dans toutes ses dimensions.

ANNEXE 6 – ANALYSE METHODOLOGIQUE DES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TRANSSEXUELS

1 ^{er} auteur, année, pays	Objectif	Analyse méthodique de la littérature	Avis d'expert	Gradation des recommandations
<i>German Society for Sexual Research</i> , 1998, Allemagne (37)	Recommandations sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des transsexuels	Non	Oui	Non
Cordier et al., 2001, France (32)	Définition d'un protocole d'évaluation des demandes de transformation hormono-chirurgical des transsexuels	NR	NR	Non
<i>Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association</i> , 2001, international (31)	Standards de soins des troubles de l'identité de genre sur le plan psychiatrique, psychologique, médicale et chirurgicale	NR	NR	Non
<i>Scottish Needs Assessment Programme</i> , 2001, Ecosse (11)	Recommandations sur l'organisation des soins autour des troubles de l'identité de genre	NR	NR	Non
<i>Sociedad Espanola de Endocrinologia y nutricion</i> , 2002, Espagne (9)	Recommandations sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique des transsexuels	NR	NR	Non
<i>Parliamentary Forum on Transsexualism</i> , 2005, Grande-Bretagne (33)	Recommandations de prise en charge diagnostique et thérapeutique des transsexuels	Non	Oui	Non
Feldman et Goldberg, 2006, Canada (35)	Prise en charge des transsexuels en médecine générale	Oui Stratégie documentaire non décrite	Oui	Non
Dah et al., 2006, Canada (34)	Traitement hormonal des transsexuels : prescription, surveillance	Oui Stratégie documentaire non décrite	Oui	Non
Bockting et al., 2006, Canada (36)	Critères de préparation et d'éligibilité au traitement hormonal	NR	NR	Non

NR = non renseigné.

ANNEXE 7 - TABLEAUX D'EVIDENCE DES ETUDES ORIGINALES SUR L'HORMONOSUBSTITUTION

Les tableaux sont classés par ordre d'apparition dans le texte.

1er auteur, année	Van Kesteren <i>et al.</i>, 1997 (61)
Description générale - méthodologie	Cohorte rétrospective, sélection des patients consécutive
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Impact du traitement hormonal sur la mortalité et la morbidité des transsexuels
Source de financement	Non renseignée
Critères d'inclusion	Transsexuels sous traitement hormonal depuis au moins 2 mois
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Pays-Bas
Traitement dans chaque groupe	MtF : EE PO (100 microg/j) + acétate de cyprotérone (100 mg/j), estradiol Td chez les sujets de plus de 40 ans FtM : esters de testostérone IM (250 mg toutes les 2 semaines) ou testostérone undécanoate PO 160 mg/j Durée du traitement : 2 mois à 41 ans
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Taux de mortalité standardisé Taux d'incidence standardisé pour la morbidité Suivi tous les 3 mois pendant 2 ans (examen clinique, enzymes hépatiques, taux de prolactine, +/- phlébographie et scintigraphie pulmonaire si suspicion de maladie thrombo-embolique) puis tous les 2 ans
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul a priori 1 109 patients inclus : 816 MtF, 293 FtM
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	816 MtF représentant 7 734 patients-années de traitement hormonal 293 FtM représentant 2418 patients-années de traitement hormonal
Durée de l'étude	Inclusion des sujets de 1975 à 1994 Durée de suivi : 94 % des patients ont été suivis pendant au moins 2 ans
Caractéristiques des patients	MtF : moy d'âge : 41 ans [18-86] FtM : moy d'âge : 34 ans [17-70]
Résultats	MtF : mortalité non supérieure à celle de la population générale, nombre d'accidents thrombo-emboliques veineux 20 fois supérieur à celui de la population générale mais diminution après introduction de l'estradiol Td chez les patients de plus de 40 ans, 1 cas de cancer de la prostate. FtM : mortalité non supérieure à celle de la population générale, acné chez 27 % des patients, pas de complication sévère sous traitement par androgènes.
Validité de l'étude	En terme d'effectif, il s'agit de la plus grosse étude publiée à ce jour. Mais étude limitée par son caractère rétrospectif, pas d'évaluation à long terme des effets secondaires possibles notamment cardio-vasculaires, éthinyl-estradiol peu utilisé en France.
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Asscheman <i>et al.</i>, 1989 (63)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Cohorte rétrospective, sélection des patients consécutive
Objectif	Impact du traitement hormonal sur la mortalité et la morbidité des transsexuels
Source de financement	Non renseignée
Critères d'inclusion	Transsexuels sous traitement hormonal depuis au moins 6 mois, ayant effectué toutes les visites de suivi
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Pays-Bas
Traitement dans chaque groupe	MtF : EE PO (100 microg/j) + acétate de cyprotérone (100 mg/j) +/- diethylstilbestrol (n = 258), 17 beta estradiol undecanoate 200-800 mg/mois IM (n = 45) FtM : esters de testostérone IM (250 mg toutes les 2 semaines) (n = 69) ou testostérone undécanoate PO 120-160 mg/j (n = 19) ou les deux successivement (n = 34)+/- progestatif si persistance des règles au-delà de 3 mois de traitement Durée du traitement : 6 mois à plus de 13 ans, médiane 4,4 ans chez les MtF, 3,6 ans chez les FtM
Critères d'évaluation p	Critères non hiérarchisés Taux de mortalité standardisé Taux d'incidence standardisé pour la morbidité Suivi tous les 3 mois pendant 2 ans (examen clinique, enzymes hépatiques, taux de prolactine, +/- phlébographie et scintigraphie pulmonaire si suspicion de maladie thrombo-embolique) puis tous les 6 à 9 mois ensuite
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul a priori 425 patients inclus : 303 MtF, 122 FtM
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	303 MtF 122 FtM
Durée de l'étude	Inclusion des sujets de 1972 à 1986 Durée de suivi : médiane 3,6 ans
Caractéristiques des patients	MtF : âge médian : 32 ans [16-67] FtM : âge médian : 25,4 ans [16-54]
Résultats	MtF : mortalité 5 fois supérieure à celle de la population générale, nombre d'accidents thrombo-emboliques veineux 45 fois supérieur, association forte entre l'âge et le risque de thrombose, nombre de dépressions 15 fois supérieur à celui de la population générale, hyperprolactinémie > 3 fois la normale chez 27,1 % des patients, 5 cas d'élargissement de la selle turcique FtM : pas de données sur la mortalité, prise de poids (17,2 % des patients) et acné (12,3 % des patients)
Commentaires	Certains patients de cette cohorte sont probablement inclus dans celle publiée en 1997 par Van Kesteren (61)
Validité de l'étude	Etude limitée par son caractère rétrospectif, pas d'évaluation à long terme des effets secondaires possibles notamment cardio-vasculaires
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Toorians et al., 2003 (62)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Etude contrôlée randomisée, insu NR
Objectif	Comparer l'effet de l'EE et du 17 beta estradiol sur l'hémostase
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	Patients transsexuels selon les critères de la HBGDA, pas de traitement hormonal antérieur Pas d'antécédent d'hypertension artérielle, ni de maladie cardio-vasculaire ou thrombo-embolique, ni diabète
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Pays-Bas
Traitement dans chaque groupe	MtF - EE PO (100 microg/j) + acétate de cyprotérone (100 mg/j) (n = 15) - 17 beta estradiol Td (100 microg X2/semaine) + acétate de cyprotérone (100 mg/j) (n = 15) - valérate d'estradiol PO (4 mg/j)+ acétate de cyprotérone (100 mg/j) (n = 20) - acétate de cyprotérone (100 mg/j) (n = 10) FtM : esters de testostérone IM (250 mg toutes les 2 semaines) (n = 17)
Critère d'évaluation principal	Résistance à la protéine C activée, taux plasmatiques de protéine C et de protéine S
Critères d'évaluation secondaires d'intérêt pour la question étudiée	Efficacité du traitement hormonal : taux sériques de FSH, LH, testostérone, estradiol
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul a priori 77 patients inclus : 60 MtF (dont 30 ont été randomisés soit dans le groupe EE, soit dans le groupe 17 beta estradiol Td) et 17 FtM
Méthode de randomisation	Méthode de randomisation non renseignée, dosages de laboratoire réalisés en aveugle
Nombre de sujets analysés	70 patients analysés : 56 MtF (14 dans le groupe EE, 14 dans le groupe 17 beta estradiol Td, 20 dans le groupe valérate d'estradiol et 8 dans le groupe acétate de cyprotérone seul) et 14 FtM inclus
Durée de l'étude	Période d'inclusion des sujets NR Durée de suivi : 4 mois
Caractéristiques des patients	MtF - EE PO + acétate de cyprotérone : âge moyen : 32+/- 6 ans, JMC : 22,8+/- 2,8 - 17 beta estradiol Td + acétate de cyprotérone : âge moyen : 30+/- 7 ans, JMC : 20,8+/- 2,7 - valérate d'estradiol PO + acétate de cyprotérone : âge moyen : 30+/- 8 ans, JMC : 22,5+/- 2,5 - acétate de cyprotérone : âge moyen : 35+/- 8 ans, JMC : 20,8+/- 1,8 FtM : âge moyen : 26+/- 6 ans, JMC : 23,4+/- 4,0 Comparabilité des groupes non testée

Résultats critères principaux	Augmentation significative de la résistance à la protéine C activée dans les 4 groupes de traitement MtF (EE, 17 beta estradiol Td, valerate d'estradiol, acétate de cyprotérone seul) mais augmentation significativement plus importante dans le groupe EE. Augmentation significative de la protéine C et diminution de la protéine S dans le groupe EE mais pas dans les autres groupes. Sous testostérone, diminution significative de la résistance à la protéine C activée, augmentation de la protéine S, taux de protéine C inchangé. Pas de thrombose veineuse clinique durant les 4 mois de l'étude chez les 70 patients analysés.
critères secondaires	Efficacité MtF : après 4 mois, l'EE et le 17 beta estradiol ont entraîné une diminution significative des gonadotrophines et de la testostérone mais la diminution était plus progressive avec le 7 beta estradiol. Dans le groupe acétate de cyprotérone seul, diminution significative de la testostérone et de l'estradiol. Efficacité FtM : augmentation significative des taux de testostérone, diminution des taux d'estradiol et des gonadotrophines
Commentaires	Les patients de cette étude sont issus de ceux inclus dans l'étude de Giltay <i>et al.</i> (161)
Validité de l'étude	Disponibilité du traitement en France Pas de calcul à priori du nombre de patients, effectif faible, suivi court Changement de traitement en cours d'étude : 16 des 20 patients sous valerate d'estradiol étaient initialement sous EE Comparabilité des groupes non testée
Niveau de preuve	Niveau 2

1er auteur, année	Schlatterer <i>et al.</i>, 1998 (68)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Série de cas prospective, sélection des patients consécutive
Objectif	Evaluer l'efficacité et la sécurité du traitement hormonal chez des patients trans (MtF et FtM)
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	Patients trans sous traitement hormonal acceptant de participer à l'étude.
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Allemagne
Traitement dans chaque groupe	MtF : acétate de cyprotérone (100 mg/j) + EE à hautes doses en IM toutes les 2 semaines au début puis arrêt de l'acétate de cyprotérone et estradiol 2 à 8 mg/j lorsque la féminisation est maximale FtM : esters de testostérone 250 IM toutes les 2 à 4 semaines Durée du traitement NR
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Efficacité : critères cliniques, testostérone, estradiol Sécurité : interrogatoire et examen clinique, bilan hépatique, prolactinémie
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul a priori 46 MtF et 42 FtM inclus
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	38 MtF et 31 FtM (arrêt du traitement avant la fin de l'étude chez 8 MtF et 11 FtM inclus)
Durée de l'étude	Inclusion des sujets de 1991 à 1995, durée de suivi NR
Caractéristiques des patients	74 % des MtF et 87 % des FtM étaient âgés de 20 et 40 ans au début du traitement, 43 % des MtF et 52 % des FtM étaient fumeurs, 6 MtF et 3 FtM avaient des désordres endocrinologiques non précisés avant le traitement, 4 MtF et 3 FtM avaient des problèmes cardio-vasculaires non précisés
Résultats	Données d'efficacité incomplètes, non exploitables Sécurité : 26 % des MtF et 42 % des FtM n'ont présenté aucun effet secondaire, aucun cas de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire, hyperprolactinémie chez 63 % des MtF, acné chez 13 % des FtM, élévation transitoire des enzymes hépatiques dans les 2 groupes
Validité de l'étude	Effectif faible, pas de données biologiques avant traitement, durée du traitement NR, pas de groupe contrôle
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Becerra Fernández <i>et al.</i>, 1999 (69)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Série de cas
Objectif	Morbidité du traitement hormonal chez des transsexuels qui s'auto-médiquent
Source de financement	Non renseignée
Critères d'inclusion	Traitement hormonal préalable pendant au moins 6 mois, traitement anti-androgénique associé à un traitement par estrogènes (pour les MtF)
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Espagne
Traitement dans chaque groupe	Traitement pendant 6 mois à 10 ans MtF : énanthate d'estradiol IM (100 à 200 mg/mois) (n = 27)+ acétate de cyprotérone (200 à 400 mg/j) ou différentes préparations d'estradiol (n = 4) FtM : esters de testostérone IM (250 mg toutes les 1 à 2 semaines) (n = 21) ou undecanoate de testostérone (120 à 160 mg/j) (n = 5)
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Enzymes hépatiques, prolactinémie, cholestérol total et HDL, triglycérides, testostérone, Delta4 androstenedione, DHEA-S, 17 beta estradiol, progestérone, 17 OH progestérone, TSH
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul a priori Inclus : 31 MtF, 26 FtM
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	31 MtF, 26 FtM
Durée de l'étude	Inclusion de décembre 1993 à décembre 1997 Durée de suivi moyenne NR
Caractéristiques des patients	MtF : médiane d'âge : 29,9 ans+/- 7,9 [18-42], JMC : 23,6 +/-1,7 [22,4-24,8] FtM : médiane d'âge : 30,8 ans+/- 6,7 [19-44], JMC : 25,8 +/-2,7 [23,9-29,8]
Résultats	MtF : hyperprolactinémie chez 77,4 % des patients, augmentation des enzymes hépatiques chez 12,9 % des patients FtM : hyperprolactinémie chez 38,5 % des patients, augmentation des enzymes hépatiques chez 19,2 % des patients Concentrations sériques de cholestérol total, cLDL, triglycérides ainsi que les rapports cholestérol total/cHDL et cLDL/cHDL significativement plus importants chez les FtM que les les MtF
Commentaires	
Validité de l'étude	Effectif faible, pas de données biologiques avant traitement, pas de groupe contrôle, durée de suivi NR, pas de données cliniques.
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Dittrich <i>et al.</i>, 2005 (66)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Série de cas prospective, mode de sélection consécutif ou non NR
Objectif	Effets attendus et indésirables du traitement par analogues de la GnRH et estradiol de transsexuels MtF
Source de financement	Non renseignée
Critères d'inclusion	Pas d'antécédent de maladie thrombo-embolique ou cardio-vasculaire, pas d'anomalie du bilan hépatique, lipidique ou de l'hémogramme Sujets eugonadiques, pas de traitement hormonal antérieur
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Allemagne
Traitement dans chaque groupe	Valerate de 17 beta estradiol PO (6 mg/j) + acétate de gosereline SC (3,8 mg toutes les 4 semaines) Durée du traitement : 24 mois
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Suivi tous les 3 mois pendant 24 mois : interrogatoire, examen clinique, dosages biologiques à M0, M12 et M24 (FSH, LH, testostérone, œstrogène, prolactine, SHBG, bilan hépatique et lipidique), mesure de la densité minérale osseuse par ostéodensitométrie au niveau de la tête fémorale et du rachis lombaire à M0, M12 et M24
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul a priori 60 patients MtF inclus
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	60 MtF
Durée de l'étude	Période d'inclusion NR Durée de suivi : 24 mois
Caractéristiques des patients	Moyenne d'âge : 38,37 ans +/- 11,36 JMC médian : 24,19 +/- 4,34
Résultats	Efficacité : à M12, diminution des taux sériques de gonadotrophines et de la testostérone libre et totale, augmentation de l'estradiol et de la SHBG, croissance mammaire chez 70 % des patients Sécurité : un cas de thrombose veineuse profonde à M12 chez un patient sans antécédent de thrombose mais avec une mutation homozygote MTHFR (mutation C677T de la méthylène tétrahydrofolate réductase) ; un cas de colique hépatique à M18 chez un patient ayant des antécédents de lithiase biliaire; pas de variation significative du poids, du bilan hépatique, lipidique et de la prolactine. Augmentation significative de la densité osseuse au niveau du rachis lombaire à M24.
Commentaires	
Validité de l'étude	Pas de groupe contrôle, effectif faible, suivi court, analogues de la GnRH peu utilisés
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Elbers <i>et al.</i>, 2003 (71)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Série de cas prospective
Objectif	Evaluer l'impact du traitement hormonal sur les facteurs de risque cardiovasculaires chez des transsexuels jeunes, en bonne santé, non obèses
Source de financement	Netherlands Organization for Scientific Research
Critères d'inclusion	Sujets eugonadiques, pas de signe clinique ou biologique de maladie rénale ou cardiovasculaire, de diabète, ou d'utilisation d'hormones avant inclusion dans l'étude Consentement éclairé
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Pays Bas
Traitement dans chaque groupe	MtF : éthynyl estradiol 100 microg/j + acétate de cyprotérone 100 mg/j FtM : esters de testostérone 250 mg IM toutes les 2 semaines
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Mesure avant et au bout d'un an de traitement hormonal : HDL et LDL-cholestérol, triglycérides, lipoprotéine lipase (LPL) et lipase hépatique (LH) post-héparine, TA, sensibilité à l'insuline (clamp hyperinsulinémique/euglycémique), répartition des dépôts graisseux (IRM)
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul a priori 20 MtF 17 FtM
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	20 MtF 17 FtM
Durée de l'étude	Suivi 1 an
Caractéristiques des patients	MtF : Age moyen : 26 +/- 6 ans [18-36 ans], JMC < 20,6+/- 2,6 [16,1 - 24,5] FtM : Age moyen : 23 +/- 5 ans [16-34 ans], JMC < 21,7+/- 3,5 [16,6 - 29,0]
Résultats	MtF : augmentation HDL cholestérol et rapport dépôts graisseux viscéraux/sous-cutanés abdominaux mais augmentation triglycérides, diminution de la taille des particules de LDL, insulino-résistance, hypertension artérielle FtM : diminution HDL cholestérol, augmentation rapport dépôts graisseux viscéraux/sous-cutanés abdominaux, augmentation triglycérides, diminution de la taille des particules de LDL mais pas d'effet sur la sensibilité à l'insuline et la TA
Commentaires	
Validité de l'étude	Pas de groupe contrôle, effectif faible, suivi court
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Billier et Saver, 1995 (72)
Description générale - méthodologie	Rapport de cas
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Description d'un cas d'AVC ischémique chez un MtF
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NR
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Etats-Unis
Traitement dans chaque groupe	Estrogènes conjugués 2,5 mg/j + medroxyprogestérone 10 mg/j + spironolactone 200 mg/j + estradiol 10 mg IM/mois Durée du traitement NR
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Interrogatoire, examen clinique, IRM Echodoppler duplex de la carotide, échographie cardiaque, dosages d'anti-thrombine III, protéine C, protéine S, anti-cardiolipine
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	NR
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	1 MtF
Durée de l'étude	NR
Caractéristiques des patients	27 ans
Résultats	AVC ischémique révélé par une hémiparésie gauche spontanément résolutive Recherche de facteurs de risque thrombo-embolique négative
Commentaires	
Validité de l'étude	Durée du traitement NR
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Egan et Kuyl, 2002 (73)
Description générale - méthodologie	Rapport de cas
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Description d'un cas d'AVC ischémique chez un MtF
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NR
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Etats-Unis
Traitement dans chaque groupe	Estrogènes conjugués 2,5 mg X 2 /j + estradiol 4 mg X 2 /j + medroxyprogestérone 20 mg X 2 /j avant traitement chirurgical Durée du traitement NR
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Interrogatoire, examen clinique, IRM, imagerie (NR) de la carotide, échographie cardiaque, test de résistance à la protéine C activée, homocystéine, anti-cardiolipine
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	NR
Méthode de randomisation (enveloppes..., aveugle simple ou double)	Sans objet
Nombre de sujets analysés	1 MtF
Durée de l'étude	NR
Caractéristiques des patients	Age 46 ans, antécédent de thrombose veineuse profonde un an auparavant
Résultats	AVC ischémique révélée par une hémiparésie gauche
Commentaires	
Validité de l'étude	Pas de données sur l'évolution du patient, durée du traitement NR
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Asscheman <i>et al.</i>, 1988 (74)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Série de cas rétrospective, sélection des patients consécutive
Objectif	Impact du traitement hormonal sur la prolactinémie chez des MtF traités par estrogènes et anti-androgènes
Source de financement	Non renseignée
Critères d'inclusion	Trans sous traitement hormonal depuis au moins 6 mois, bilan hormonal (PRL, FSH, LH, testostérone, estradiol) normal avant traitement
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Pays-Bas
Traitement dans chaque groupe	MtF : EE PO (100 microg/j) (n = 169) ou 17 bêta estradiol undecanoate 200-800 mg/mois IM (n = 45) + acétate de cyprotérone (100 mg/j) Traitement pendant 6 mois à plus de 13 ans, médiane 4 ± 2,7 ans
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Prolactinémie, scanner de la selle turcique (si hyperprolactinémie persistante supérieure à 3 fois la normale)
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul a priori 303 MtF inclus
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	214 MtF pour lesquels 2 dosages de prolactine sous traitement étaient disponibles
Durée de l'étude	Inclusion des sujets de 1972 à 1986
Caractéristiques des patients	MtF : moy d'âge : 31ans [16-59]
Résultats	Augmentation des taux de prolactine au-delà des normales chez l'homme chez 100 % des patients, augmentation > 3 fois la normale chez 21,4 %, réversible chez la moitié des patients spontanément ou après réduction des doses, 5 cas d'élargissement de la selle turcique en cas d'hyperprolactinémie persistante.
Commentaires	Les patients de cette étude sont issus de la cohorte publiée en 1989 par Asscheman (63)
Validité de l'étude	Etude rétrospective, pas de groupe contrôle, pas de données avant traitement
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Gooren <i>et al.</i>, 1988 (75)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Rapport de cas
Objectif	Description d'un cas d'adénome à prolactine chez un MtF
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NR
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Pays-Bas
Traitement dans chaque groupe	EE PO (100 microg/j) + acétate de cyprotérone (100 mg/j) pendant 10 mois Automédication : estradiol 17 undecanoate 100 mg IM X2/semaine pendant 6 à 10 mois
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Prolactinémie, scanner de la selle turcique
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	NR
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	1 MtF
Durée de l'étude	Période de recrutement : NR Suivi : 9 mois
Caractéristiques des patients	Sujet âgé de 26 ans au moment du diagnostic
Résultats critère principal - résultats dans chaque groupe (p, IC), analyses en sous-groupes	Augmentation des taux de prolactine jusqu'à 17 fois la limite supérieure de la normale et présence d'une masse hypophysaire avec extension suprasellaire. La prolactinémie n'a pas cessé d'augmenter à l'arrêt des estrogènes. Traitement par bromocriptine : diminution de la prolactinémie (jusqu'à la limite supérieure de la normale) et réduction de la taille de la masse hypophysaire. A l'arrêt de la bromocriptine, réascension de la prolactinémie malgré un taux d'estradiol plasmatique normal.
Commentaires	
Validité de l'étude	Problème de l'automédication : réalité des doses administrées ?, surdosage probable. Pas de preuve histologique de l'adénome à prolactine.
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Kovacs <i>et al.</i>, 1994 (76)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Rapport de cas
Objectif	Description d'un cas d'adénome à prolactine chez un MtF
Source de financement	<i>Medical Research Council of Canada</i>
Critères d'inclusion	NR
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Canada
Traitement dans chaque groupe	Diethylstilbestrol pendant 4 ans (de l'âge de 16 à 20 ans) puis estrogènes sulfoconjugués équins (0,625 mg/j) pendant 13 ans (de 20 à 33 ans). Plastie mammaire avec pose de seins en silicone 9 ans avant le diagnostic.
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Prolactinémie, scanner de la selle turcique, histologie avec immunohistochimie et hybridation <i>in situ</i>
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	NR
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	1 MtF
Durée de suivi	22 mois
Caractéristiques des patients	Sujet âgé de 33 ans au moment du diagnostic
Résultats critère principal - résultats dans chaque groupe (p, IC), analyses en sous-groupes	Hyperprolactinémie à 5-6 fois la normale + masse hypophysaire, pas d'autres signes d'insuffisance hypophysaire ou d'atteinte visuelle. Adénome à prolactine prouvé histologiquement. Pas d'arrêt des estrogènes (switch vers EE 40 microg/j), échec du traitement par bromocriptine, exérèse de la tumeur .
Commentaires	
Validité de l'étude	Diethylstilbestrol non utilisé en France dans cette indication
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Perego et al., 2004 (77)
Description générale - méthodologie	Rapport de cas
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Description d'un cas de pancréatite aigue sous traitement féminisant
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NR
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Italie
Traitement dans chaque groupe	Estrogènes conjugués 0,625 mg /j + éthynyl estradiol 0,035 mg/j + acétate de cyprotérone Durée du traitement : 2 mois
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Amylasémie, échographie abdominale, scanner abdominal Dosages cholestérol, triglycérides, glycémie
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	1 patient MtF
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	1 MtF
Durée de l'étude	Période de recrutement : NR Suivi : 7 mois
Caractéristiques des patients	Age 37 ans, pas d'abus d'alcool, pas d'antécédent de lithiase biliaire, pas d'antécédent familial de diabète ou d'hyperlipidémie
Résultats	Pancréatite aigue nécrotique sévère avec hyperamylasémie > 18 fois la normale, œdème du pancréas à l'échographie et au scanner Hypertriglycéridémie > 26 fois la normale, hypercholestérolémie, hyperglycémie
Commentaires	
Validité de l'étude	Triglycéridémie de base non connue.
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Feldman, 2002 (78)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Rapport de cas
Objectif	Impact du traitement hormonal sur le développement du diabète de type 2 chez des MtF
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NR
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Etats-Unis
Traitement dans chaque groupe	Traitement hormonal : - patient 1 : estrogènes conjugués équins PO (0,625 mg/j) + norethindrone (5 mg/j) + spironolactone (75 mg/j) - patient 2 : estropipate (3,75 mg/j) + norethindrone (5 mg/j) + spironolactone (100 mg/j) - patient 3 : estradiol Td (0,1 mg X2/semaine) + spironolactone (100 mg/j) Vaginoplastie à l'âge de 36 ans
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Glycémie évaluée avant le début du traitement puis tous les 3 à 6 mois durant la 1ère année puis tous les 6 à 12 mois. Diabète si glycémie à jeun > 126 mg/dl à au moins 2 reprises. Surveillance du poids
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul à priori 74 MtF inclus
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	3
Durée de l'étude	De 1998 à 2001, durée de suivi NR
Caractéristiques des patients	Patient 1 : âge 41 ans, JMC 32, HTA, hypertriglycémie Patient 2 : âge 48 ans, JMC 34, HTA, hypertriglycémie Patient 3 : âge 53 ans, JMC 30, HTA, hypertriglycémie
Résultats	3 patients/74 ont développé un diabète de type 2 de 1998 à 2001 Prise de poids de 5 kg au minimum
Validité de l'étude	Inclusion dans l'étude de sujets présentant des contre-indications au traitement hormonal (notamment hypertriglycémie), pas de groupe contrôle, spironolactone rarement utilisée en France
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Van Haarst et al., 1998 (79)
Description générale - méthodologie	Rapport de cas
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Description d'un cas de cancer de la prostate chez un MtF
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NA
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Pays-Bas
Traitement dans chaque groupe	Ethinyl estradiol et acétate de cyprotérone depuis 10 ans Orchidectomie 8 ans auparavant
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Interrogatoire, examen clinique, PSA, scanner abdominal, histologie
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	1 patient MtF
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	1 MtF
Durée de l'étude	NR
Caractéristiques des patients	Âge 63 ans
Résultats	Carcinome de la prostate avec métastases ganglionnaires et osseuses
Validité de l'étude	Pas de données clinico-biologiques sur la prostate avant traitement, pas de groupe contrôle
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Miksad <i>et al.</i>, 2006 (80)
Description générale - méthodologie	Rapport de cas
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Description d'un cas de cancer de la prostate chez un MtF
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NA
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Etats-Unis
Traitement dans chaque groupe	Estrogènes injectables 5 ans puis estrogènes conjugués équins (2,5 mg/j) pendant 10 ans puis estrogènes conjugués équins (1,25 mg/j) pendant 26 ans depuis 10 ans Orchidectomie 26 ans auparavant
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Interrogatoire, examen clinique, PSA, IRM, histologie
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	1 patient MtF
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	1 MtF
Durée de l'étude	NR
Caractéristiques des patients	Age 60 ans
Résultats	Adénocarcinome de la prostate
Validité de l'étude	Pas de données clinico-biologiques sur la prostate avant traitement, pas de groupe contrôle
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Kanhai <i>et al.</i>, 1999 (82)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Rapport de cas
Objectif	Description d'un cas de tumeur du sein chez un MtF
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NR
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Pays-Bas
Traitement dans chaque groupe	Orchidectomie + vaginoplastie + mammoplastie à l'âge de 22 ans Traitement par EE (100 microg/j) + acétate de cyprotérone (50 mg/j) pendant 19 ans
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Mammographie, histologie
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	NR
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	1 MtF
Durée de l'étude	NR
Caractéristiques des patients	Sujet âgé de 41 ans au moment du diagnostic
Résultats	Fibroadénome du sein de type péricanaliculaire de 15 mm de diamètre. Résection locale.
Commentaires	
Validité de l'étude	Pas de données avant traitement
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Lemmo <i>et al.</i>, 2002 (83)
Description générale - méthodologie	Rapport de cas
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Description d'un cas de tumeur du sein chez un MtF
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NR
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Italie
Traitement dans chaque groupe	Ethinyl estradiol depuis 20 ans, acétate de cyprotérone depuis 13 ans Implants mammaires 13 ans auparavant
Critère d'évaluations	Critères non hiérarchisés Interrogatoire, examen clinique, mammographie, échographie, histologie
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	NR
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	1 MtF
Durée de l'étude	Suivi 4 mois
Caractéristiques des patients	Age 35 ans au moment du diagnostic, antécédent de cholecystectomie pour lithiase à l'âge de 25 ans (après 10 ans de traitement par estrogènes)
Résultats	Fibroadénome du sein droit. Exérèse du nodule, pas de récurrence à 4 mois.
Commentaires	
Validité de l'étude	Pas de données sur le sein avant traitement
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Pritchard et al., 1988 (84)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Rapport de cas
Objectif	Description d'un cas de cancer du sein chez un MtF
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NR
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Etats-Unis
Traitement dans chaque groupe	Orchidectomie, pénectomie, vaginoplastie Traitement par estrogènes sulfoconjugués équins (0,625 mg/j) pendant 10 ans
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Mammographie, histologie
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	NR
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	1 MtF
Durée de l'étude	Période de recrutement NR Suivi 14 mois
Caractéristiques des patients	Sujet âgé de 35 ans au moment du diagnostic Antécédent familial de cancer du sein (chez la mère)
Résultats	Carcinome canalaire invasif du sein avec envahissement ganglionnaire, récepteurs aux estrogènes négatifs. Traitement par mastectomie radicale modifiée, pas de récurrence à 14 mois. Après chirurgie, traitement hormonal par acétate de megestrol (160 mg/j)
Commentaires	
Validité de l'étude	
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Ganly et Taylor, 1995 (85)
Description générale - méthodologie	Rapport de cas
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Description d'un cas de cancer du sein chez un MtF
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NA
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Grande Bretagne
Traitement dans chaque groupe	Orchidectomie, penectomie, vaginoplastie Traitement par estrogènes sulfoconjugués équins (0,625 mg/j) pendant 14 ans
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Mammographie, histologie
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	NR
Méthode de randomisation (enveloppes..., aveugle simple ou double)	Sans objet
Nombre de sujets analysés	1 MtF
Durée de suivi	NR
Caractéristiques des patients	Sujet âgé de 36 ans au moment du diagnostic
Résultats	Tumeur du sein : carcinome canalaire invasif sans envahissement ganglionnaire, récepteurs aux estrogènes négatifs. Résection locale et curage axillaire. Reprise du traitement par estrogènes + tamoxifene après excision locale + curage axillaire.
Commentaires	
Validité de l'étude	Pas de données sur le sein avant traitement
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Kanhai et al., 2000 (81)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Etude cas-témoins
Objectif	Comparer les changements histologiques du tissu mammaire induits par le traitement hormonal chez des MtF et chez des patients atteints de cancer de la prostate
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NR
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Pays-Bas
Traitement dans chaque groupe	Groupe 1 : MtF : EE (100 microg/j) + acétate de cyprotérone (100 mg/j) pendant 18 mois Groupe 2 : MtF : EE (100 microg/j) + acétate de cyprotérone (100 mg/j) jusqu'à orchidectomie puis EE (100 microg/j) +/- acétate de cyprotérone (100 mg/j) Groupe 3 : Cancer de la prostate : flutamide (750 mg/j) pendant 24 mois pour un patient, bicalutamide (50 mg/j) pendant 36 mois pour l'autre patient
Critères d'évaluation	Formation lobulaire et acineuse à l'examen histologique de biopsies mammaires
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul a priori MtF : 14 sujets inclus, cancer de la prostate : 2 sujets inclus
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	Groupe 1 : 6, Groupe 2 : 8, Groupe 3 : 2
Durée de suivi	NR
Caractéristiques des patients	Age moyen de début des hormones : Groupe 1 : 28,5 ans, Groupe 2 : 29 ans, Groupe 3 : 70,5 ans
Résultats	MtF : formation lobulaire et acineuse maximale chez ceux traités par estrogènes + anti-androgènes de type progestatif Cancer de la prostate traité par anti-androgènes non progestatifs : formation lobulaire et acineuse modérée ou absente
Commentaires	
Validité de l'étude	Groupes non équivalents (nature du traitement, durée, doses, âge), comparaison rétrospective, absence d'insu
Niveau de preuve	Niveau 3

1er auteur, année	Lips <i>et al.</i>, 1989 (87)
Description générale - méthodologie	Étude cas-témoin, comparaison historique du tissu osseux de MtF avec les résultats d'un groupe de 11 hommes en bonne santé apparente ayant été victimes d'une mort subite
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Impact du traitement hormonal sur le tissu osseux chez les transsexuels sexuels
Source de financement	Non renseignée
Critères d'inclusion	Sujets eugonadiques au début du traitement Consentement éclairé
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Pays-Bas
Traitement dans chaque groupe	EE PO (100 microg/j) + acétate de cyprotérone (100 mg/j) Traitement pendant une médiane de 24 mois [8-41]
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Histomorphométrie sur biopsies osseuses de crêtes iliaques Hydroxyprolinurie, ostéocalcémie, Parathormone, 25 hydroxy-vitamine D FSH, LH
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul à priori Inclus : 23 MtF
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	23 MtF
Durée de l'étude	NR
Caractéristiques des patients	MtF : moy d'âge : 38,0 ans +/- 11,7 Groupe contrôle : 39,6 ans +/- 9,4
Résultats	Diminution de la formation osseuse chez les trans (non corrélée avec la durée du traitement) par rapport aux contrôles mais résorption osseuse non augmentée, pas de perte de masse osseuse chez les transsexuels sous traitement hormonal.
Commentaires	
Validité de l'étude	Comparaison historique, comparabilité des groupes non testée (âge, poids, autres facteurs de risque d'ostéoporose), comparaison avec les contrôles non ajustée sur l'âge Pas de données cliniques (fractures) Arrêt du traitement hormonal 3 à 4 semaines avant la biopsie osseuse
Niveau de preuve	Niveau 3

1er auteur, année	Schlatterer <i>et al.</i>, 1998 (88)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Étude cas-témoin, comparaison de la densité osseuse de transsexuels traités avec celle d'un groupe de sujets du même sexe génotypique (avec ajustement sur l'âge)
Objectif	Impact du traitement hormonal sur le tissu osseux chez les transsexuels
Source de financement	Non renseignée
Critères d'inclusion	Plus d'un an et demi de traitement Consentement éclairé pour l'ostéodensitométrie
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Allemagne
Traitement dans chaque groupe	MtF : Hautes doses d'estrogènes IM + acétate de cyprotérone ou estradiol PO seuls (2-8 mg/j) FtM : esters de testostérone IM (250 mg toutes les 2 à 4 semaines) Durée du traitement > un an et demi
Critères d'évaluation	Densité minérale osseuse (ostéodensitométrie)
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul a priori Inclus : 10 MtF, 10 FtM
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	10 MtF, 10 FtM
Durée de l'étude	NR
Caractéristiques des patients	MtF : moy d'âge : 32,1 ans [25-41] FtM : moy d'âge : 39,9 ans [26-63]
Résultats	Dans les 2 groupes, sous traitement hormonal, la densité osseuse moyenne ne diffère pas de celle des personnes du même sexe génotypique
Commentaires	Point de mesure de la densité osseuse NR
Validité de l'étude	Comparabilité des groupes non testée (facteurs de risque d'ostéoporose autres que l'âge) Pas de données cliniques (fractures)
Niveau de preuve	Niveau 3

1er auteur, année	Ruetsche <i>et al.</i>, 2005 (89)
Description générale - méthodologie	Étude cas-témoin, comparaison de la densité osseuse chez des transsexuels avec celle d'un groupe de sujets du même sexe biologique (avec ajustement sur l'âge)
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Impact du traitement hormonal sur le tissu osseux chez les transsexuels sexuels
Source de financement	Non renseignée
Critères d'inclusion	Sujets eugonadiques Consentement éclairé
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Suisse
Traitement dans chaque groupe	MtF : EE PO (35-100 microg/j) + acétate de cyprotérone (2 mg/j) jusqu'à gonadectomie puis valérate d'estradiol ou 17 beta estradiol micronisé 2-4 mg/j, ttt pendant une médiane de 12,5 ans FtM : esters de testostérone IM (250 mg toutes les 3 semaines) avant et après gonadectomie, ttt pendant une médiane de 7,6 ans
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Densité minérale osseuse au niveau de la diaphyse (TDIA) et de l'épiphyse tibiale (TEPI), du rachis lombaire (LS), de la hanche (HIP) et du corps entier (WB) (ostéodensitométrie) Marqueurs de remaniement osseux (ostéocalcine, phosphatase alcaline, rapport calcium/creatinine urinaire, rapport hydroxyproline/creatinine urinaire) Insulin-like growth factor (IGF-1) Hormones sexuelles (FSH, LH, 17 beta estradiol, testostérone)
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul à priori Inclus : 24 MtF, 15 FtM
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	24 MtF, 15 FtM
Durée de l'étude	Non renseignée
Caractéristiques des patients	MtF : moy d'âge : 44,4 ans [29,8-67,9], JMC: 25,6 [15,4-37,1] FtM : moy d'âge : 34,4 ans [25,6-53,3], JMC : 25,0 [20,9-27,6]
Résultats	Sous traitement hormonal prolongé et dans les 2 groupes de patients, densité osseuse non significativement différente par rapport aux personnes de même sexe phénotypique ou génotypique
Commentaires	
Validité de l'étude	Pas de suivi, pas de données cliniques (fractures)
Niveau de preuve	Niveau 3

1er auteur, année	Van Kesteren <i>et al.</i>, 1998 (67)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Série de cas prospective, mode de sélection des patients (consécutif ou non) NR
Objectif	Impact du traitement hormonal sur le tissu osseux chez les transsexuels
Source de financement	Non renseignée
Critères d'inclusion	Sujets eugonadiques, pas de ttt hormonal antérieur Consentement éclairé
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Pays-Bas
Traitement dans chaque groupe	MtF : EE PO (100 microg/j) + acétate de cyprotérone (100 mg/j) jusqu'à gonadectomie puis EE 50-100 microg/j (n = 15) ou strogènes conjugués (n = 4) ou estradiol Td (n = 1) FtM : esters de testostérone IM (250 mg toutes les 2 semaines) jusqu'à gonadectomie puis testostérone IM toutes les 2-3 semaines ou testostérone undécanoate (160 mg/j PO) (n = 7) Gonadectomie 17 à 35 mois après le début du ttt hormonal chez les MtF, 13 à 20 mois après chez les FtM
Critère d'évaluations	Critères non hiérarchisés Densité osseuse (ostéodensitométrie) du rachis lombaire avant ttt, après 1 an de ttt et après 28 à 63 mois de ttt Marqueurs de remaniement osseux (ostéocalcine, phosphatase alcaline, rapport calcium/creatinine urinaire, rapport hydroxyproline/creatinine urinaire) avant ttt, après 1 an de ttt et après 28 à 63 mois de ttt FSH, LH, 17 beta estradiol, testostérone
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul à priori Inclus : 20 MtF, 19 FtM
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	20 MtF, 19 FtM
Durée de l'étude	Durée de l'étude : NR Durée de suivi : MtF : moy : 45,5 mois [32-63] FtM : moy : 38,2 mois [28-53]
Caractéristiques des patients	MtF : moy d'âge : 25,4 ans [16-38], JMC : 22,1 [18,6-27,1] FtM : moy d'âge : 25,0 ans [16-39], JMC : 22,1 [16,9-25,8]
Résultats de l'étude	MtF : diminution des taux sériques des marqueurs de remaniement osseux et augmentation de la densité osseuse après 1 an de ttt puis retour aux valeurs de base après 28 à 53 mois de ttt FtM : augmentation du taux sérique de phosphatase alcaline après 1 an et jusqu'à la fin du suivi, autres marqueurs de remaniement inchangés, densité osseuse inchangée durant la première année de ttt puis diminution significative ensuite
Commentaires	Patients issus de la cohorte présentée dans l'étude de Van Kesteren <i>et al.</i> (61)
Validité de l'étude	Pas de groupe contrôle
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Mueller <i>et al.</i>, 2005 (90)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Série de cas rétrospective, mode de sélection des patients (consécutif ou non) NR
Objectif	Évaluer l'impact des estrogènes sur le squelette masculin en l'absence de testostérone
Source de financement	Non renseignée
Critères d'inclusion	Pas d'antécédent de thrombose ou autre maladie cardio-vasculaire, pas de traitement affectant le métabolisme osseux, pas d'anomalie biologique notamment hépatique, pas de traitement hormonal antérieur.
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Allemagne
Traitement dans chaque groupe	Analogues de la GnRH : acétate de Gosereline 3,8 mg SC toutes les 4 semaines Valerate de 17 beta estradiol : 6 mg/j PO Traitement pendant 24 mois (avant traitement chirurgical).
Critères d'évaluation	Non hiérarchisés Densité minérale osseuse (DMO) (ostéodensitométrie) au niveau du col du fémur et du rachis lombaire à M0-M12-M24 Taux sériques de testostérone, estradiol, SHBG (Sex Hormon Binding Globulin), paramètres de remaniement osseux (calcitonine, oestéocalcine, deoxypyridinoline libre urinaire)
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul à priori Inclus : 40 MtF
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	40 MtF
Durée de l'étude	Période d'inclusion NR Suivi : 24 mois
Caractéristiques des patients	Moy d'âge : 38,4 +/-11,09 ans, JMC médian 24,02 +/- 4,00 kg/m ²
Résultats	Augmentation significative de la DMO dès 12 mois de traitement au niveau du rachis lombaire (p = 0,034) et dès 24 mois au niveau du col du fémur (p = 0,010). Taux sériques de testostérone, estradiol, SHBG (Sex Hormon Binding Globulin), paramètres de remaniement osseux (calcitonine, oestéocalcine, deoxypyridinoline libre urinaire)
Commentaires	
Validité de l'étude	Pas de groupe contrôle, étude rétrospective, pas de données cliniques (fractures)
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Burgess et Shousha, 1993 (91)
Description générale - méthodologie	Étude cas-témoin, comparaison de l'histologie du tissu mammaire chez des FtM ayant fait l'objet d'une mammectomie avec les résultats d'un groupe de 10 femmes ayant eu une mammectomie à visée esthétique et d'un groupe de 10 hommes souffrant de gynécomastie
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Impact du traitement par androgène sur le tissu mammaire chez les FtM
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NR
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Grande-Bretagne
Traitement dans chaque groupe	<u>Transsexuels</u> Testostérone orale 90 mg/j ou esters de testostérone 250 mg IM/mois Durée du traitement : au moins 18 mois Arrêt du traitement un mois avant l'opération Hystérectomie chez 2 transsexuels
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Histologie, immunohistochimie (anticorps B72.3, pS2, GCDFP-15, lactoferrine, récepteur de la progestérone et des estrogènes)
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	29 FtM, 10 femmes sans pathologie connue, 10 hommes avec gynécomastie
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	49
Durée de l'étude	NR
Caractéristiques des patients	FtM : âge moyen : 28,8 ans [19-49] Femmes sans pathologie connue : âge moyen : 32,2 ans [20-53] Hommes avec gynécomastie : âge moyen : 27,8 ans [19-60] Pas de différence significative entre groupes
Résultats	Prévalence d'acini et de canaux normaux, de fibrose, de kystes et d'hyperplasie épithéliale non significativement différente chez les FtM et les femmes sans pathologie mammaire connue, prévalence plus élevée de microcalcifications chez les FtM. En immunohistochimie, lactoferrine + (100 %), GCDFP-15 + (86 %), récepteur de progestérone et estrogènes + (respectivement 79 et 62 %) pour la majorité des échantillons de FtM (non significativement différents des résultats chez les femmes sans pathologie mammaire connue), taux de récepteurs d'estrogènes dans le groupe gynécomastie > taux chez les trans et les femmes.
Commentaires	
Validité de l'étude	Données histologiques avant traitement non connues, durée du traitement et effectif faibles
Niveau de preuve	Niveau 3

1er auteur, année	Slagter <i>et al.</i>, 2006 (92)
Description générale - méthodologie	Étude cas-témoin, comparaison de l'histologie du tissu mammaire chez des FtM ayant fait l'objet d'une mammectomie avec le tissu mammaire d'un groupe contrôle de 10 femmes
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Impact du traitement par androgène sur le tissu mammaire chez les FtM
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NR
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique
Traitement dans chaque groupe	<u>Transsexuels</u> Testostérone injectable Durée du traitement : 18-24 mois
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Histologie, immunohistochimie (recherche de l'expression des kallikréines hK3 (PSA), hK6, hK10)
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	23 FtM, 10 femmes sans pathologie connue
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	33
Durée de l'étude	NR
Caractéristiques des patients	FtM : âge moyen : Femmes sans pathologie connu :
Résultats	Tissu mammaire des FtM comparable à celui des femmes ménopausées : réduction marquée du tissu glandulaire, involution des structures lobuloalvéolaires, prédominance de tissu fibreux mais présence de petites quantités de tissu graisseux, lésions fibreuses kystiques généralement non observées. En immunohistochimie, dans le groupe contrôle, expression cytoplasmique modérée à forte des kallikréines hK6 et hK10 dans les structures épithéliales canalaire et lobulo-alvéolaires, pas d'expression de hK3. Chez les FtM, expression de hK6 et hK10 faible et focale, un cas d'expression de hK3 dans le cytoplasme.
Commentaires	
Validité de l'étude	Données histologiques avant traitement non connues, durée du traitement et effectif faibles
Niveau de preuve	Niveau 3

1er auteur, année	Futterweit et Deligdisch, 1986 (94)
Description générale - méthodologie	Etude cas-témoin, comparaison de l'histologie du tissu ovarien chez des FtM ayant fait l'objet d'une ovariectomie avec les résultats d'un groupe (ajusté sur l'âge) de 12 femmes ayant eu une ovariectomie pour des raisons non endocrinologiques
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Impact du traitement par androgène sur le tissu ovarien chez les FtM
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NR
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Etats-Unis
Traitement dans chaque groupe	Nature du traitement : testostérone (modalités d'administration et posologie NR) Durée du traitement : 3,1 ans en moyenne [1-10 ans] Hystérectomie + salpyngo-ovariectomie
Critères d'évaluation	Histologie
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	19 FtM
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	19 FtM
Durée de l'étude	NR
Caractéristiques des patients	FtM : moy d'âge : 28,6 +/- 6,6 ans [20-45] Avant traitement, oligoménorrhée chez 5 patients, hirsutisme chez 8 patients, obésité chez 3 patients
Résultats	Ovaires polykystiques chez 13 des 19 patients FtM, aucun dans le groupe contrôle
Commentaires	
Validité de l'étude	Effectif faible, données cliniques et biologiques avant traitement incomplètes (disponibles selon les paramètres pour 3 à 11 FtM), nombre de patients avec ovaires polykystiques avant traitement non connu Posologie et modalités d'administration du traitement hormonal avant ovariectomie NR
Niveau de preuve	Niveau 3

1er auteur, année	Hage et al., 2000 (93)
Description générale - méthodologie	Rapport de cas
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Description de cas de cancers de l'ovaire chez 2 FtM
Source de financement	NR
Critères d'inclusion	NR
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Pays-Bas
Traitement dans chaque groupe	Esters de testostérone IM (250 mg toutes les 2 semaines) pendant 18 ans chez le patient A, pendant 1 an chez le patient B + mastectomie Hystérectomie et phalloplastie chez le patient A
Critères d'évaluation	Histologie
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	600 patients inclus
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	3 FtM
Durée de l'étude	NR
Caractéristiques des patients	Age lors du diagnostic de cancer : - patient A : 45 ans - patient B : 38 ans Pas d'antécédent familial de cancer de l'ovaire
Résultats	2 cas de cancer épithélial de l'ovaire / 600 patients (2418 années de traitement) Patient A : tumeur polykystique de l'ovaire droit (cystadénocarcinome séreux) avec invasion du mésentère et de l'épiploon Patient B : tumeur polykystique de l'ovaire gauche (tumeur séreuse)
Commentaires	
Validité de l'étude	Pas de renseignement sur l'existence d'anomalies ovariennes avant traitement
Niveau de preuve	Niveau 4

1er auteur, année	Lips et al., 1996 (96)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Étude cas-témoin, comparaison historique du tissu osseux de FtM avec les résultats d'un groupe de 8 femmes ménopausées non traitées et 11 hommes en bonne santé apparente ayant été victimes d'une mort subite
Objectif	Impact du traitement hormonal sur le tissu osseux chez les transsexuels sexuels
Source de financement	Non renseignée
Critères d'inclusion	Sujets eugonadiques au début du traitement Consentement éclairé
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Pays-Bas
Traitement dans chaque groupe	Esters de testostérone IM (250 mg toutes les 2 semaines) (n = 12) ou testostérone undécanoate PO (160 mg/j) (n = 3) Traitement pendant une médiane de 39 mois. Hystérectomie et ovariectomie bilatérale après un an de traitement minimum
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Histomorphométrie sur biopsies osseuses de crêtes iliaques, densité osseuse (ostéodensitométrie) Hydroxyprolinurie, ostéocalcinémie, Parathormone, 25 hydroxy-vitamine D FSH, LH, estradiol, testostérone
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul à priori Inclus : 15 FtM
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	15 FtM (n=15 pour les résultats d'histomorphométrie, n=11 pour la densité osseuse)
Durée de l'étude	NR
Caractéristiques des patients	FtM : moy d'âge : 30 +/- 6,1 ans
Résultats	Remaniement osseux plus faible chez les FtM que dans les groupes contrôles, pas de perte de masse osseuse chez les transsexuels sous traitement hormonal, densité osseuse normale pour l'âge, surfaces érodées en quantité plus faible que chez les femmes ménopausées.
Commentaires	
Validité de l'étude	Comparaison historique, comparabilité des groupes non testée (âge, poids, autres facteurs de risque d'ostéoporose), comparaison avec les contrôles non ajustée sur l'âge Pas de données cliniques (fractures) Arrêt du ttt hormonal 3 à 4 semaines avant la biopsie osseuse
Niveau de preuve	Niveau 3

1er auteur, année	Goh et Ratnam, 1997 (97)
Description générale - méthodologie	Étude cas-témoins
Type d'étude, sélection des patients	
Objectif	Impact du traitement hormonal et de l'ovariectomie sur le tissu osseux chez les transsexuels
Source de financement	Universitaire
Critères d'inclusion	Pas de co-morbidité connue Pas de traitement en dehors du traitement hormonal Consentement éclairé
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Singapour
Traitement dans chaque groupe	Groupe 1 : 15 FtM non opérées, non traitées Groupe 2 : 5 FtM non opérées, sous androgènes (esters de testostérone 250 mg IM toutes les 3 à 4 semaines) depuis 1 à 3 ans Groupe 3 : 27 FtM ovariectomisées (depuis 0,5 à 10 ans), sous androgènes depuis 2 à 12 ans, supplémentés en calcium (625 mg/j de carbonate de calcium) pour 10 d'entre eux pendant 10 à 39 mois Groupe 4 : 32 FtM ovariectomisées (depuis 0,5 à 13 ans), ayant arrêté le ttt hormonal (depuis 0,5 à 8 ans) ou sous androgènes de façon intermittente (250 mg IM tous les 3-4 mois), reprise d'un traitement régulier par androgènes pour 5 d'entre eux pendant 17 à 27 mois
Critère d'évaluations	Critères non hiérarchisés Densité osseuse au niveau du rachis lombaire L2-L4 (ostéodensitométrie) Testostéronémie
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul a priori Inclus : 79 FtM
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	79 FtM
Durée de l'étude	NR
Caractéristiques des patients	Groupe 1 : âge : [20-32] ans Groupe 2 : âge : [22-37] ans Groupe 3 : âge : [25-39] ans Groupe 4 : âge : NR
Résultats critère principal - résultats dans chaque groupe (p, IC), analyses en sous-groupes	<u>Densité osseuse moyenne ajustée sur l'âge</u> - significativement plus élevée dans le groupe 1 que dans le groupe 4 (p < 0,05) - significativement plus faible dans le groupe 1 que dans le groupe 2 (p < 0,05) - significativement plus élevée dans le groupe 3 après supplémentation calcique pendant 10 à 39 mois (p < 0,05) - significativement plus élevée dans le groupe 4 après reprise d'un traitement régulier par androgènes pendant 17 à 27 mois (p < 0,05) <u>Testostérone sérique : concentration moyenne en ng/ml</u> Groupe 1 : 0,58 +/- 0,05 Groupe 2 : 10,1 +/- 2,48 Groupe 3 : 7,7 +/- 0,98 Groupe 4 : 0,99 +/- 0,14
Commentaires	
Validité de l'étude	Étude non randomisée, mode de sélection (consécutif ou non) NR, comparabilité des groupes NR (âge, BMI, co-morbidités...), effectifs faibles et non calculés à priori. Étude réalisée à Singapour où l'apport calcique alimentaire n'est pas superposable à l'apport en France
Niveau de preuve	Niveau 3

1er auteur, année	Van Goozen <i>et al.</i>, 1995 (98)
Description générale - méthodologie Type d'étude, sélection des patients	Série de cas prospective, mode de sélection consécutif ou non NR
Objectif	Evaluer l'impact du traitement hormonal sur le comportement chez les transsexuels
Source de financement	Non renseignée
Critères d'inclusion	Transsexuels diagnostiqués et traités
Pays, étude mono ou multicentrique	Monocentrique, Pays-Bas
Traitement dans chaque groupe	MtF : éthinyl estradiol 100 microg/j, acétate de cyprotérone 100 mg/j FtM : esters de testostérone 250 mg IM toutes les 2 semaines (n = 11) ou testostérone undécanoate 80 mg/ j per os (n = 4) Durée du traitement NR
Critères d'évaluation	Critères non hiérarchisés Evaluation avant et 3 mois après le début du traitement de l'agressivité, de la sexualité, du comportement social (selon des caractéristiques féminines ou masculines), des fonctions cognitives.
Taille de l'échantillon (nombre de sujets calculés, inclus)	Pas de calcul à priori 15 MtF, 35 FtM
Méthode de randomisation	Sans objet
Nombre de sujets analysés	50 transsexuels 20 femmes et 20 hommes "contrôles" issus de la population générale
Durée de l'étude	Période d'inclusion NR Durée de suivi : 24 mois
Caractéristiques des patients	Moy d'âge : 32,4 ans pour les MtF, 25,3 ans pour les FtM, 29,6 ans pour les femmes et 29 ans pour les hommes. MtF significativement plus âgés (p < 0,05)
Résultats	Après traitement, augmentation de l'agressivité, du désir sexuel et du repérage dans l'espace chez les FtM et diminution de ces mêmes éléments chez les MtF.
Commentaires	
Validité de l'étude	Effectif faible, pas de suivi à long terme, rémunération des patients
Niveau de preuve	Niveau 4

ANNEXE 8 : LEGISLATIONS DE PLUSIEURS PAYS

Voir document PDF joint (*Source: Ministère de la justice - Portail: le statut des personnes transsexuelles, 20 octobre 2008*)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Troubles de l'identité sexuelle. In: Organisation mondiale de la santé, ed. CIM 10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Genève: OMS; 1993. p. 390.
2. Landén M, Wålinder J, Lundström B. Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93(4):221-3.
3. Sohn M, Bosinski HAG. Gender identity disorders: diagnostic and surgical aspects. *J Sex Med* 2007;4(5):1193-207.
4. Tsoi WF. The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatr Scand* 1988;78(4):501-4.
5. Bakker A, van Kesteren PJM, Gooren LJG, Bezemer PD. The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87(4):237-8.
6. Weitze C, Osburg S. Transsexualism in Germany: empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Arch Sex Behav* 1996;25(4):409-25.
7. Wilson P, Sharp C, Carr S. The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. *Br J Gen Pract* 1999;49(449):991-2.
8. Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG. Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosomat Res* 1999;46(4):315-33.
9. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Becerra Fernández A. Trastornos de identidad de género: guía clínica para el diagnóstico y tratamiento. Madrid: SEEN; 2002.
10. De Cuypere G, Van HM, Michel A, Caraël B, Heylens G, Rubens R, *et al*. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Eur Psychiatry* 2007;22(3):137-41.
11. Scottish Needs Assessment Programme. Transsexualism and Gender Dysphoria in Scotland. Glasgow: SNAP; 2001.
12. Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N, *et al*. Estimating HIV Prevalence and Risk Behaviors of Transgender Persons in the United States: A Systematic Review. *AIDS Behav* 2008;12(1):1-17.
13. Operario D, Soma T, Underhill K. Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008;48(1):97-103.
14. Michel A, Mormont C, Legros JJ. A psycho-endocrinological overview of transsexualism. *Eur J Endocrinol* 2001;145(4):365-76.
15. Bradley SJ, Zucker KJ. Gender identity disorder. A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(7):872-80.
16. Zucker KJ. Gender identify development and issues. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 2004;13(3):551-68.
17. Marantz S, Coates S. Mothers of boys with gender identity disorder: a comparison of matched controls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30(2):310-5.
18. Di Ceglie D. Gender identity disorder in young people. *Adv Psychiatr Treat* 2000;6(6):458-66.
19. Blackless M, Charuvastra A, Derryc A, Fausto-Sterling A, Lauzanne K, Lee E. How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *Am J Human Biol* 2000;12(2):151-66.
20. British Association of Paediatric Surgeons, Rangescroft L, Brain C, Creighton S, Di Ceglie D, Ogilvy-Stuart A, *et al*. Statement of the British Association of Paediatric Surgeons working party on the surgical management of children born with ambiguous genitalia. London: BAPS; 2001.
21. Wilson BE, Reiner WG. Management of intersex: a shifting paradigm. *J Clin Ethics* 1998;9(4):360-9.
22. Gender Identity Research and Education Society, Besser M, Carr S, Cohen-Kettenis PT, Connolly P, De Sutter P, *et al*. Atypical gender development. A review. *Int J Transgender* 2006;9(1):29-44.
23. Swaab DF, Chung WCJ, Kruijver FPM, Hofman MA, Ishunina TA. Sexual differentiation

- of the human hypothalamus. *Adv Exp Med Biol* 2002;511:75-105.
24. Diamond M, Watson LA. Androgen insensitivity syndrome and Klinefelter's syndrome: sex and gender considerations. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2004;13(3):623-40.
25. Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality [letter]. *Nature* 1995;378(6552):68-70.
26. Kruijver FPM, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF. Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85(5):2034-41.
27. Pichler R, Maschek W, Crespillo C, Esteva I, Soriguer F. Is there a gender difference of somatostatin-receptor density in the human brain? *Neuroendocrinol Lett* 2002;23(5-6):440-1.
28. Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behav Genet* 2002;32(4):251-7.
29. Green R. Family cooccurrence of "gender dysphoria": ten sibling or parent-child pairs. *Arch Sex Behav* 2000;29(5):499-507.
30. Dessens AB, Cohen-Kettenis PT, Mellenbergh GJ, van de Poll N, Koppe JG, Boer K. Prenatal exposure to anticonvulsants and psychosexual development. *Arch Sex Behav* 1999;28(1):31-44.
31. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. Standards of care for gender identity disorders, sixth version. 2001. <<http://www.hbgida.org/Documents2/socv6.pdf>>
32. Cordier B, Chiland C, Gallarda T. Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences. *Ann Méd Psychol* 2001;159:190-5.
33. Jones L. Guidelines for health organisations commissioning treatment services for individuals experiencing gender dysphoria and transsexualism. 2005. <<http://www.pfc.org.uk/files/medical/pf-guide.pdf>> .
34. Dahl M, Feldman JL, Goldberg J, Jaber A. Endocrine therapy for transgender adults in British Columbia : suggested guidelines. Physical aspects of transgender endocrine therapy. Vancouver (BC): Transgender Health Program; 2006.
35. Feldman JL, Goldberg J. Transgender primary medical care: suggested guidelines for clinicians in British Columbia. Vancouver (BC): Transgender Health Program; 2006.
36. Bockting W, Knudson G, Goldberg J. Endocrine therapy for transgender adults in British Columbia : suggested guidelines. Assessment of hormone eligibility and readiness. Vancouver (BC): Transgender Health Program; 2006.
37. Becker S, Bosinski H, Clement U, Eicher W, Goerlich T, Hartmann U, *et al.* German standards for the treatment and diagnostic assessment of transsexuals. *Int J Transgender* 1998;2(4).
38. Alfarano E, Lacalamita A, Martino I, Natilla LC, Lopane M, Affatati V, *et al.* Epidemiological data and diagnostic and therapeutic procedures of the center for the study of sexual and gender identity disorders of Bari. In: XIX Biennial symposium of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. April 6-9, 2005 Bologna, Italie. Bologna: Università Degli Studi Di Bologna; Movimento Identità Transessuale; Regione Emilia-Romagna; 2005. p. 40-1.
39. Bonierbale M, Michel A, Lançon C. Devenir des transsexuels opérés. *Inform Psychiatr* 2005;81(6):517-28.
40. Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Arch Sex Behav* 1997;26(1):13-26.
41. Coussinoux S, Gallarda T, Smith J, Bourdel MC, Cordier B, Brémont C, *et al.* Tests de personnalité et identification sexuée chez des transsexuels masculins. *Encéphale* 2005;31(1):24-30.
42. Smith J, Sacco A, Sentissi O, Bobet R, Gallarda T. Etude de l'identification sexuée de candidats à une réassignation hormonochirurgicale à travers le test de Rorschach. Etude préliminaire. *Acta Chir Belg* 2009;109(2):1-7.
43. Trouble de l'identité sexuelle. In: American Psychiatric Association, ed. DSM IV TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. Paris: Masson; 2003. p. 666-674.

44. Michel A, Mormont C. Transsexualisme et Rorschach : une revue de littérature. *Ann Méd Psy* 2003;161(2):125-31.
45. Boizou MF, Chabert C, Rausch de Trautenberg N. Représentation de soi. Identité, identification au Rorschach chez l'enfant et l'adulte. *Bull Psychol* 1978;32(339):271-7.
46. Althof SE, Lothstein LM, Jones P, Shen J. An MMPI subscale (Gd): to identify males with gender identity conflicts. *J Pers Assess* 1983;47(1):42-9.
47. Miach PP, Berah EF, Butcher JN, Rouse S. Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. *J Pers Assess* 2000;75(2):268-79.
48. Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *J Psychosom Res* 2005;58(3):259-61.
49. Smith YLS, van Goozen SHM, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment: outcomes and predictions of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychol Med* 2005;35(1):89-99.
50. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandation pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.
51. Haute Autorité de Santé. Ostéodensitométrie [absorptiométrie osseuse] sur 2 sites, par méthode biphotonique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006.
52. Moore E, Wisniewski A, Dobs A. Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88(8):3467-73.
53. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Le traitement hormonal de la ménopause (THM). Point d'étape 2006. Saint-Denis: AFSSAPS; 2006.
54. Mueller A, Gooren L. Hormone-related tumors in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol* 2008;159(3):197-202.
55. Luton JP, Bremont C. La place de l'endocrinologie dans la prise en charge du transsexualisme. Séance du 25 juin. *Bull Acad Natle Méd* 1996;180(6):1403-7.
56. Morel-Journel N, Mazonod B, Bonierbale M, Leriche A. Transsexualisme : ce qu'il faut savoir. *AIM* 2005;(106):25-30.
57. Futterweit W. Endocrine therapy of transsexualism and potential complications of long-term treatment. *Arch Sex Behav* 1998;27(2):209-26.
58. Tangpricha V, Ducharme SH, Barber TW, Chipkin SR. Endocrinologic treatment of gender identity disorders. *Endocr Pract* 2003;9(1):12-21.
59. Corman V, Legros JJ. Le traitement hormonal des patients transsexuels et ses conséquences métaboliques. *Ann Endocrinol* 2007;68(4):258-64.
60. Gooren L. Hormone treatment of the adult transsexual patient. *Horm Res* 2005;64(Suppl 2):31-6.
61. van Kesteren PJM, Asscheman H, Megens JAJ, Gooren LJG. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clin Endocrinol* 1997;47(3):337-42.
62. Toorians AWFT, Thomassen MCLGD, Zweegman S, Magdeleyns EJP, Tans G, Gooren LJG, *et al.* Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88(12):5723-9.
63. Asscheman H, Gooren LJG, Eklund PLE. Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment. *Metabolism* 1989;38(9):869-73.
64. Meyer WJ, Webb A, Stuart CA, Finkelstein JW, Lawrence B, Walker PA. Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: a longitudinal study. *Arch Sex Behav* 1986;15(2):121-38.
65. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. La ménopause. Fiche de transparence. Saint-Denis: AFSSAPS; 1999.
66. Dittrich R, Binder H, Cupisti S, Hoffmann I, Beckmann MW, Mueller A. Endocrine treatment of male-to-female transsexuals using gonadotropin-releasing hormone agonist. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2005;113(10):586-92.

67. van Kesteren P, Lips P, Gooren LJG, Asscheman H, Megens J. Long-term follow-up of bone mineral density and bone metabolism in transsexuals treated with cross-sex hormones. *Clin Endocrinol* 1998;48(3):347-54.
68. Schlatterer K, Yassouridis A, von Werder K, Poland D, Kemper J, Stalla GK. A follow-up study for estimating the effectiveness of a cross-gender hormone substitution therapy on transsexual patients. *Arch Sex Behav* 1998;27(5):475-92.
69. Becerra Fernández A, de Luis Román DA, Piédrola Maroto G. Morbilidad en pacientes transexuales con autotratamiento hormonal para cambio de sexo. *Med Clin* 1999;113(13):484-7.
70. Stefanick ML, Anderson GL, Margolis KL, Hendrix SL, Rodabough RJ, Paskett ED, *et al.* Effects of conjugated equine estrogens on breast cancer and mammography screening in postmenopausal women with hysterectomy. *JAMA* 2006;295(14):1647-57.
71. Elbers JMH, Giltay EJ, Teerlink T, Scheffer PG, Asscheman H, Seidell JC, *et al.* Effects of sex steroids on components of the insulin resistance syndrome in transsexual subjects. *Clin Endocrinol* 2003;58(5):562-71.
72. Biller J, Saver JL. Ischemic cerebrovascular disease and hormone therapy for infertility and transsexualism. *Neurology* 1995;45(8):1611-3.
73. Egan RA, Kuyl JM. Ischemic stroke in a man using estrogen. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2002;11(2):117-8.
74. Asscheman H, Gooren LJG, Assies J, Smits JPH, de Slegte R. Prolactin levels and pituitary enlargement in hormone-treated male-to-female transsexuals. *Clin Endocrinol* 1988;28(6):583-8.
75. Gooren LJG, Assies J, Asscheman H, de Slegte R, van Kessel H. Estrogen-induced prolactinoma in a man. *J Clin Endocrinol Metab* 1988;66(2):444-6.
76. Kovacs K, Stefaneanu L, Ezzat S, Smyth HS. Prolactin-producing pituitary adenoma in a male-to-female transsexual patient with protracted estrogen administration. A morphologic study. *Arch Pathol Lab Med* 1994;118(5):562-5.
77. Perego E, Scaini A, Romano F, Franciosi C, Uggeri F. Estrogen-induced severe acute pancreatitis in a male. *JOP* 2004;5(5):353-6.
78. Feldman J. New onset of type 2 diabetes mellitus with feminizing hormone therapy: case series. *Int J Transgender* 2002;6(2).
79. van Haarst EP, Newling DWW, Gooren LJG, Asscheman H, Prenger DM. Metastatic prostatic carcinoma in a male-to-female transsexual. *Br J Urol* 1998;81(5):776.
80. Miksad RA, Bublely G, Church P, Sanda M, Rofsky N, Kaplan I, *et al.* Prostate cancer in a transgender woman 41 years after initiation of feminization. *JAMA* 2006;296(19):2316-7.
81. Kanhai RCJ, Hage JJ, van Diest PJ, Bloemena E, Mulder JW. Short-term and long-term histologic effects of castration and estrogen treatment on breast tissue of 14 male-to-female transsexuals in comparison with two chemically castrated men. *Am J Surg Pathol* 2000;24(1):74-80.
82. Kanhai RCJ, Hage JJ, Bloemena E, van Diest PJ, Karim RB. Mammary fibroadenoma in a male-to-female transsexual. *Histopathology* 1999;35(2):183-5.
83. Lemmo G, Garcea N, Corsello S, Tarquini E, Palladino T, Ardito G, *et al.* Breast fibroadenoma in a male-to-female transsexual patient after hormonal treatment. *Eur J Surg* 2002;168(Suppl 588):69-71.
84. Pritchard TJ, Pankowsky DA, Crowe JP, Abdul-Karim FW. Breast cancer in a male-to-female transsexual. A case report. *JAMA* 1988;259(15):2278-80.
85. Ganly I, Taylor EW. Breast cancer in a transsexual man receiving hormone replacement therapy. *Br J Surg* 1995;82(3):341.
86. Haute Autorité de Santé. Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006.
87. Lips P, Asscheman H, Uitewaal P, Netelenbos JC, Gooren L. The effect of cross-gender hormonal treatment on bone metabolism in male-to-female transsexuals. *J Bone Miner Res* 1989;4(5):657-62.
88. Schlatterer K, Auer DP, Yassouridis A, von Werder K, Stalla GK. Transsexualism and osteoporosis. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 1998;106(4):365-8.
89. Ruetsche AG, Kneubuehl R, Birkhaeuser MH, Lippuner K. Cortical and trabecular bone mineral density in transsexuals after long-term

- cross-sex hormonal treatment: a cross-sectional study. *Osteoporos Int* 2005;16(7):791-8.
90. Mueller A, Dittrich R, Binder H, Kuehnel W, Maltaris T, Hoffmann I, *et al.* High dose estrogen treatment increases bone mineral density in male-to-female transsexuals receiving gonadotropin-releasing hormone agonist in the absence of testosterone. *Eur J Endocrinol* 2005;153(1):107-13.
91. Burgess HE, Shousha S. An immunohistochemical study of the long-term effects of androgen administration on female-to-male transsexual breast: a comparison with normal female breast and male breast showing gynaecomastia. *J Pathol* 1993;170(1):37-43.
92. Slagter MH, Gooren LJG, Scorilas A, Petraki CD, Diamandis EP. Effects of long-term androgen administration on breast tissue of female-to-male transsexuals. *J Histochem Cytochem* 2006;54(8):905-10.
93. Hage JJ, Dekker JJML, Karim RB, Verheijen RHM, Bloemena E. Ovarian cancer in female-to-male transsexuals: report of two cases. *Gynecol Oncol* 2000;76(3):413-5.
94. Futterweit W, Deligdisch L. Histopathological effects of exogenously administered testosterone in 19 female to male transsexuals. *J Clin Endocrinol Metab* 1986;62(1):16-21.
95. Mueller A, Gooren LJ, Naton-Schötz S, Cupisti S, Beckmann MW, Dittrich R. Prevalence of polycystic ovary syndrome and hyperandrogenemia in female-to-male transsexuals. *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93(4):1408-11.
96. Lips P, van Kesteren PJM, Asscheman H, Gooren LJG. The effect of androgen treatment on bone metabolism in female-to-male transsexuals. *J Bone Miner Res* 1996;11(11):1769-73.
97. Goh HHV, Ratnam SS. Effects of hormone deficiency, androgen therapy and calcium supplementation on bone mineral density in female transsexuals. *Maturitas* 1997;26(1):45-52.
98. van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT, Gooren LJG, Frijda NH, van de Poll NE. Gender differences in behaviour: activating effects of cross-sex hormones. *Psychoneuroendocrinology* 1995;20(4):343-63.
99. Yeni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Réalisé avec le soutien du Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2008.
100. Yeni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport réalisé avec le soutien du Ministère de la Santé et des Solidarités. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2006.
101. Chu JH, Gange SJ, Anastos K, Minkoff H, Cejtin H, Bacon M, *et al.* Hormonal contraceptive use and the effectiveness of highly active antiretroviral therapy. *Am J Epidemiol* 2005;161(9):881-90.
102. Selvaggi G, Ceulemans P, De Cuypere G, VanLanduyt K, Blondeel P, Hamdi M, *et al.* Gender identity disorder: general overview and surgical treatment for vaginoplasty in male-to-female transsexuals. *Plast Reconstr Surg* 2005;116(6):135e-45e.
103. Tugnet N, Goddard JC, Vickery RM, Khoosal D, Terry TR. Current management of male-to-female gender identity disorder in the UK. *Postgrad Med J* 2007;83(984):638-42.
104. Revol M, Servant JM, Banzet P. Prise en charge chirurgicale des transsexuels masculins : évaluation rétrospective d'une expérience de dix ans. *Ann Chir Plast Esthet* 2006;51(6):499-511.
105. Krege S, Bex A, Lümmer G, Rübber H. Male-to-female transsexualism: a technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *BJU Int* 2001;88(4):396-402.
106. Perovic S, Stanojevic DS, Djorjevic ML. Vaginoplasty in male to female transsexuals using penile skin and urethral flap. *Int J Transgender* 2005;8(1):43-64.
107. Goddard JC, Vickery RM, Qureshi A, Summerton DJ, Khoosal D, Terry TR. Feminizing genitoplasty in adult transsexuals: early and long-term surgical results. *BJU Int* 2007;100(3):607-13.
108. Trombetta C, Liguori G, Bucci S, Salamè L, Garaffa G, Cova M, *et al.* Radiological evaluation of vaginal width and depth in male-to-female transsexuals by the use of magnetic resonance imaging. *World J Urol* 2004;22(5):405-8.

109. Kwun Kim S, Hoon Park J, Cheol Lee K, Min Park J, Tae Kim J, Chan Kim M. Long-term results in patients after rectosigmoid vaginoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2003;112(1):143-51.
110. Giraldo F, Mora MJ, Solano A, Gonzalez C, Smith-Fernandez V. Male perineogenital anatomy and clinical applications in genital reconstructions and male-to-female sex reassignment surgery. *Plast Reconstr Surg* 2002;109(4):1301-10.
111. Karim RB, Hage JJ, Cuesta MA. Rectosigmoid neocolpopoiesis for male-to-female transsexuals: Amsterdam experience. *Ann Plast Surg* 1996;36(4):388-91.
112. Stanojevic DS, Djordjevic ML, Milosevic A, Sansalone S, Slavkovic Z, Ducic S, *et al.* Sacrospinous ligament fixation for neovaginal prolapse prevention in male-to-female surgery. *Urology* 2007;70(4):767-71.
113. Kanhai RCJ, Hage JJ, Mulder JW. Long-term outcome of augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals: a questionnaire survey of 107 patients. *Br J Plast Surg* 2000;53(3):209-11.
114. Kanhai RCJ, Hage JJ, Karim RB. Augmentation mammoplasty in male-to-female transsexuals: facts and figures from Amsterdam. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2001;35(2):203-6.
115. Yang CY, Palmer AD, Murray KD, Meltzer TR, Cohen JI. Cricothyroid approximation to elevate vocal pitch in male-to-female transsexuals: results of surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002;111(6):477-85.
116. Matai V, Cheesman AD, Clarke PM. Cricothyroid approximation and thyroid chondroplasty: a patient survey. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128(6):841-7.
117. Neumann K, Welzel C. The importance of the voice in male-to-female transsexualism. *J Voice* 2004;18(1):153-67.
118. Söderpalm E, Larsson A, Almquist SA. Evaluation of a consecutive group of transsexual individuals referred for vocal intervention in the west of Sweden. *Logoped Phoniatr Vocol* 2004;29(1):18-30.
119. Lawrence AA, Latty EM, Chivers ML, Bailey JM. Measurement of sexual arousal in postoperative male-to-female transsexuals using vaginal photoplethysmography. *Arch Sex Behav* 2005;34(2):135-45.
120. Brotto LA, Gehring D, Klein C, Gorzalka BB, Thomson S, Knudson G. Psychophysiological and subjective sexual arousal to visual sexual stimuli in new women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005;26(4):237-44.
121. Perovic SV, Stanojevic DS, Djordjevic MLJ. Vaginoplasty in male transsexuals using penile skin and a urethral flap. *BJU Int* 2000;86(7):843-50.
122. Lawrence AA. Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav* 2003;32(4):299-315.
123. Hoebeke P, Selvaggi G, Ceulemans P, De Cuypere G, T'Sjoen G, Weyers S, *et al.* Impact of sex reassignment surgery on lower urinary tract function. *Eur Urol* 2005;47(3):398-402.
124. Hage JJ, Goedkoop AY, Karim RB, Kanhai RC. Secondary corrections of the vulva in male-to-female transsexuals. *Plast Reconstr Surg* 2000;106(2):350-9.
125. Monstrey S, Selvaggi G, Ceulemans P, Van Landuyt K, Bowman C, Blondeel P, *et al.* Chest-wall contouring surgery in female-to-male transsexuals: a new algorithm. *Plast Reconstr Surg* 2008;121(3):849-59.
126. Hage JJ, Bloem JJAM. Chest wall contouring for female-to-male transsexuals: Amsterdam experience. *Ann Plast Surg* 1995;34(1):59-66.
127. Hage JJ, van Kesteren PJM. Chest-wall contouring in female-to-male transsexuals: basic considerations and review of the literature. *Plast Reconstr Surg* 1995;96(2):386-91.
128. Fang RH, Kao YS, Ma S, Lin JT. Phalloplasty in female-to-male transsexuals using free radial osteocutaneous flap: a series of 22 cases. *Br J Plast Surg* 1999;52(3):217-22.
129. Santanelli F, Scuderi N. Neophalloplasty in female-to-male transsexuals with the island tensor fasciae latae flap. *Plast Reconstr Surg* 2000;105(6):1990-6.
130. Chapin DS. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy in female-to-male

transsexuels. *Plast Reconstr Surg* 1993;91(5):962.

131. Ergeneli MH, Duran EH, Ozcan G, Erdogan M. Vaginectomy and laparoscopically assisted vaginal hysterectomy as adjunctive surgery for female-to-male transsexual reassignment: preliminary report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;87(1):35-7.

132. Saridogan E, Cutner A. The use of McCartney tube during total laparoscopic hysterectomy for gender reassignment: a report of two cases. *BJOG* 2004;111(3):277-8.

133. O'Hanlan KA, Dibble SL, Young-Spint M. Total laparoscopic hysterectomy for female-to-male transsexuals. *Obstet Gynecol* 2007;110(5):1096-101.

134. Zielinski T. Phalloplasty using a lateral groin flap in female-to-male transsexuals. *Acta Chir Plast* 1999;41(1):15-9.

135. Hage JJ. Metoidioplasty: an alternative phalloplasty technique in transsexuals. *Plast Reconstr Surg* 1996;97(1):161-7.

136. Monstrey S, Hoebeke P, Dhont M, De Cuyper G, Rubens R, Moerman M, *et al.* Surgical therapy in transsexual patients: a multi-disciplinary approach. *Acta Chir Belg* 2001;101(5):200-9.

137. Trombetta C, Liguori G, Pascone M, Bucci S, Guaschino S, Papa G, *et al.* Total sex-reassignment surgery in female-to-male transsexuals: a one-stage technique. *BJU Int* 2002;90(7):754-7.

138. Bettocchi C, Ralph DJ, Pryor JP. Pedicled pubic phalloplasty in females with gender dysphoria. *BJU Int* 2005;95(1):120-4.

139. Jarolim L. Surgical conversion of genitalia in transsexual patients. *BJU Int* 2000;85(7):851-6.

140. Dabernig J, Chan LKW, Schaff J. Phalloplasty with free (septocutaneous) fibular flap sine fibula. *J Urol* 2006;176(5):2085-8.

141. Papadopoulos NA, Schaff J, Biemer E. Long-term fate of the bony component in neophallus construction with free osteofasciocutaneous forearm or fibula flap in 18 female-to-male transsexuals. *Plast Reconstr Surg* 2002;109(3):1025-30.

142. Timsit MO. Phalloplastie par lambeau chinois et transsexualisme: technique et résultats à long terme chez 56 patients [thèse]. Lyon: Université Claude Bernard; 2004.

143. Perovic SV, Djordjevic ML. Metoidioplasty: a variant of phalloplasty in female transsexuals. *BJU Int* 2003;92(9):981-5.

144. Hage JJ. Dynaflex prosthesis in total phalloplasty. *Plast Reconstr Surg* 1997;99(2):479-85.

145. Hoebeke P, De Cuyper G, Ceulemans P, Monstrey S. Obtaining rigidity in total phalloplasty: experience with 35 patients. *J Urol* 2003;169(1):221-3.

146. Selvaggi G, Hoebeke P, Ceulemans P, Hamdi M, Van Landuyt K, Blondeel P, *et al.* Scrotal reconstruction in Female-to-Male Transsexuals: the novel scrotoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2009;123(6):1710-8.

147. Monstrey S, Hoebeke P, Selvaggi G, Ceulemans P, Van Landuyt K, Blondeel P, *et al.* Penile reconstruction : Is the radial forearm flap really the "gold standard" ? *Plast Reconstr Surg* 2009;124(2):510-8.

148. Rohrmann D, Jakse G. Urethroplasty in female-to-male transsexuals. *Eur Urol* 2003;44(5):611-4.

149. De Cuyper G, T'Sjoen G, Beerten R, Selvaggi G, De Sutter P, Hoebeke P, *et al.* Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav* 2005;34(6):679-90.

150. Elaut E, De Cuyper G, De Sutter P, Gijs L, Van Trotsenburg M, Heylens G, *et al.* Hypoactive sexual desire in transsexual women: prevalence and association with testosterone levels. *Eur J Endocrinol* 2008;158(3):393-9.

151. Lawrence AA. Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav* 2005;34(2):147-66.

152. Buffat J, Daverio PJ, Rüedi B. Revue de la littérature sur le thème du transsexualisme. *Rev Méd Suisse* 2001;59(2370):2383-91.

153. Michel A, Ansseau M, Legros JJ, Pitchot W, Mormont C. The transsexual: what about the future? *Eur Psychiatry* 2002;17(6):353-62.

154. Eldh J, Berg A, Gustafsson M. Long term follow up after sex reassignment surgery. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1997;31(1):39-45.

155. Landén M, Wålinder J, Hambert G, Lundström B. Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97(4):284-9.

156. De Cuypere G, Elaut E, Heylens G, van Maele G, Selvaggi G, T'Sjoen G, *et al.* Suivi à long terme : résultats sur le plan psychosocial de la réassignation de sexe chez les transsexuels belges. *Sexologies* 2006;15(2):126-33.

157. National Health Service. *Trans. A practical guide for the NHS.* London: NHS; 2008.

158. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé.* Paris: ANAES; 2000.

159. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat Méd Gén* 2004;18(645):382-4.

160. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Les recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France.* Paris: ANAES; 1999.

161. Giltay EJ, Gooren LJG, Emeis JJ, Kooistra T, Stehouwer CDA. Oral, but not transdermal, administration of estrogens lowers tissue-type plasminogen activator levels in humans without affecting endothelial synthesis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2000;20(5):1396-403.