

Charte de la SoFECT (programme des soins)

Texte adopté par l'assemblée générale des membres, le 7 novembre 2015

SOMMAIRE

Phase d'évaluation diagnostique et pronostique.	3
Confirmation collégiale (RCP) d'éligibilité à la demande de traitement hormonal.....	8
Hormonothérapie féminisante ou masculinisante.	9
Confirmation collégiale (RCP) d'éligibilité à la demande d'un traitement chirurgical..	9
Transformation chirurgicale.....	10
Suivi postopératoire.	10
Les Enfants et Adolescents.....	11
ANNEXES.....	16
Annexe 1.....	17
Annexe 2.....	19
Annexe 3.....	22

La SoFECT est l'association française nationale de professionnels impliqués dans la prise en charge de personnes présentant une dysphorie de genre¹.

Cette prise en charge nécessite de réaliser une évaluation bio-psycho-sociale approfondie afin de donner des éléments de réponse lors d'une demande éventuelle de Transformation Hormono-Chirurgicale (THC). L'importance des conséquences existentielles et physiques de ces traitements nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée.

Les réponses que nous apportons tiennent compte des préconisations des standards de soins de la WPATH² dans la version VII. La WPATH souligne que la terminologie dans le champ des soins pour les personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme évolue rapidement au plan international ; de nouveaux termes sont introduits et les définitions des mots existants changent ce qui peut être source d'incompréhensions, de débats, ou de désaccords de langage dans ce champ (**annexe 1**).

LE PARCOURS DE SOINS

Pour une personne demandant une THC pour dysphorie de genre le parcours est généralement divisé en 6 phases :

1. Phase d'évaluation diagnostique et pronostique.
2. Confirmation collégiale (RCP) d'éligibilité à la demande de traitement hormonal et modalités de prise en charge.
3. Hormonothérapie féminisante ou masculinisante, accompagnement des transformations induites.
4. Confirmation collégiale (RCP) d'éligibilité à la demande d'un traitement chirurgical et modalités de prise en charge.
5. Transformation chirurgicale.
6. Suivi postopératoire.

Le consentement par les personnes prises en charge à la transmission des informations les concernant entre les différents membres de l'équipe est une condition préalable importante.

Actuellement les études rétrospectives validées, montrent que la transformation hormono-chirurgicale (THC) associée à un accompagnement psychosocial est efficace dans le soulagement de la souffrance psychique (dysphorie) des personnes se disant transsexuelles. Les bouleversements que la THC suppose (d'ordre corporels, psychologiques, affectifs, familiaux, sociaux, professionnels.) imposent une adaptation de la durée de la phase d'évaluation à chaque cas particulier.

¹ (selon le DSM-5)

² World Professional Association for Transgender Health (Association mondiale des professionnels pour la santé transgenre)

Phase d'évaluation diagnostique et pronostique.

Définitions

De multiples définitions du transsexualisme et des problèmes relatifs à la dysphorie de genre existent dans la littérature. L'obtention d'une définition précise et complète semble donc difficile (**Annexe 1**).

D'un point de vue clinique, nous retenons les plus consensuelles à l'heure actuelle :

Celle de la version 10 de la Classification Internationale des Maladies (CIM10) 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* »

Celle de la Cour Européenne des Droits de l'homme, selon laquelle : « *On entend par transsexuelles 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.* »

Celle du Diagnostic and Statistical Manual (DSM) de l'American Psychiatric Association:

Dans le DSM-IV :

- Identification intense et persistante à l'autre sexe (ne concerne pas exclusivement le désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe)
- Sentiment persistant d'inconfort par rapport à son propre sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante (apparition du concept d'incongruence dans le DSM-5 encours de révision)
- L'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite.
- L'affection est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Dans le DSM-5 il sera retenu le terme de dysphorie de genre qui fait référence à la détresse qui accompagne le sentiment d'incongruence entre le genre vécu, et le genre assigné ; le tableau clinique est recentré sur la dysphorie comme problème clinique et non sur l'identité en soi.

« Les personnes atteintes de dysphorie de genre présentent une non-congruence marquée entre le genre auquel elles ont été assignées (habituellement à la naissance, attribué comme genre de naissance) et le genre éprouvé/exprimé. Cette divergence est la composante fondamentale du diagnostic.

Il existe également des signes évidents de détresse témoignant de cette non-congruence. Le genre éprouvé peut inclure des identifications de genre alternatif au-delà des stéréotypes binaires. Par conséquent, la détresse ne se limite pas à un désir d'être tout simplement de l'autre genre mais peut inclure un désir d'être d'un genre alternatif à condition qu'il diffère du genre assigné de l'individu ».

Les critères de diagnostic

Les critères de diagnostic (DSM-5) sont différents pour les enfants et pour les adolescents et les adultes et ils sont d'ordre psychique.

Chez les enfants 302.6 (F64.2) (voir aussi page 11)

On retient que le vécu d'incongruence entre l'expérience et l'expression du genre en rapport avec le genre assigné doit persister depuis au moins six mois et recouvrir au moins 6 des conditions suivantes (dont au moins la première).

1. Désir marqué d'appartenir à l'autre genre, ou insistance du sujet sur le fait qu'il est de l'autre genre (ou d'un genre différent que celui qui lui a été assigné).
2. Chez les garçons (genre assigné), forte préférence pour le style vestimentaire opposé ou pour le travestissement en femme, ou chez les filles (genre assigné), préférence marquée pour le port exclusif de vêtements masculins et forte opposition au port de vêtements typiquement féminins.
3. Dans les jeux de « faire semblant » ou dans les fantaisies de jeu, forte préférence pour incarner l'autre sexe.
4. Forte préférence pour les jouets, jeux ou activités typiquement de l'autre sexe.
5. Préférence marquée pour les camarades de l'autre sexe.
6. Chez les garçons (genre assigné), fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiquement masculins et évitement marqué des jeux de bagarre, ou chez les filles (genre assigné), fort rejet des jouets, des jeux et des activités typiquement féminins.
7. Forte aversion pour sa propre anatomie sexuelle.
8. Désir marqué d'avoir les caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires qui correspondent au genre que le sujet vit comme sien. Ces conditions sont associées à une détresse significative ou une détérioration des relations scolaires sociales ou d'autres secteurs de fonctionnement

On spécifiera s'il y a une association à une anomalie de la différenciation sexuelle.

Chez les adolescents et les adultes 302.85 (F64.1)

En dehors du vécu d'incongruence entre l'expérience et l'expression du genre par rapport au genre assigné qui doit persister depuis au moins six mois, deux des conditions suivantes doivent exister :

- un sentiment d'incongruence marqué entre le genre vécu/exprimé par la personne et ses caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires (ou chez les jeunes adolescents, avec les caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
- un fort désir d'être débarrassé de ses caractères sexuels primaires et ou secondaires en raison d'une incompatibilité avec le genre vécu/exprimé (ou chez les jeunes adolescents, fort désir d'empêcher le développement des caractéristiques sexuelles secondaires attendues).
- un fort désir d'avoir les caractères sexuels primaires et ou secondaires de l'autre sexe.
- Désir marqué d'appartenir à l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).
- Désir marqué d'être traité(e) comme une personne de l'autre genre (ou d'un genre différent de celui qui lui est assigné).

- une conviction marquée d’avoir les sentiments et les réactions de l’autre genre (ou d’un genre différent de celui qui lui est assigné).

Ces conditions sont associées à une détresse significative ou une détérioration des relations sociales, professionnelles, ou d’autres champs important de la vie relationnelle.

On spécifiera :

- S’il y a un trouble du développement sexuel.
- Si la personne est passée par une période de transition par une expérience de vie réelle dans son genre psychologique, avec ou sans légalisation ou changement sexuel, et a suivi au moins une procédure de traitement médical de conversion, hormonal ou réassignation sexuelle chirurgicale. (On spécifiera si le changement désiré est ou a été hormonal et ou chirurgical).

Rôles de l’équipe médicale

Rôles des psychiatres et des psychologues

Phase d’évaluation diagnostique

Il s’agit de la **confirmation** de la présence d’une dysphorie de genre, de son intensité et de sa permanence en se référant aux classifications diagnostiques. L’intensité et l’invariance de la dysphorie orientent vers la nécessité et l’adaptation des soins en tenant compte de leur balance bénéfiques/risques. Le but est de distinguer le transsexualisme, qui relève d’une THC, et les autres troubles de l’identité sexuée. La distinction entre ces différents troubles est indispensable à une prise en charge adaptée, mais elle est complexe.

La démarche diagnostique s’appuie notamment sur les « éléments biographiques » recueillis auprès de la personne prise en charge et, si possible de son entourage. La personne prise en charge se définit souvent dès la première consultation comme d’un genre différent de celui de l’assignation de naissance et est en demande d’une THC. L’évaluation clinique confirme souvent cet auto diagnostic mais elle peut parfois mettre en évidence des **diagnostics différentiels**, parmi lesquels il faut citer :

- Un épisode psychotique avec thématique délirante de transformation corporelle
- Un sentiment de non-conformité au stéréotype comportemental lié au rôle sexuel
- Un transvestisme dans le cadre d’une paraphilie (sans dysphorie de genre)
- Une dysmorphophobie sans rapport avec le genre
- Un désir de transformation corporelle (hormonal ou de chirurgie sexuelle) sans lien avec une problématique de genre.

Ces troubles nécessitent d’autres traitements qu’une transformation hormono-chirurgicale pour transsexualisme dont ils sont même une contre-indication. Une évaluation diagnostique approfondie de la présence d’une dysphorie de genre s’accompagnant d’une détresse psychologique marquée pouvant nécessiter des soins, est donc indispensable afin d’éviter des transformations d’autant plus injustifiées qu’elles sont irréversibles.

Phase d'évaluation pronostique

Les éventuels facteurs de vulnérabilité mis en évidence lors de cette évaluation doivent inciter à la prudence et à des aménagements de la prise en charge, sans toutefois constituer en eux mêmes des contre-indications formelles. Ils doivent d'une part inciter à un renforcement de l'accompagnement médico-psychologique avant, pendant et après la transformation et, d'autre part, guider la prise en charge de façon personnalisée. Ces facteurs fragilisant peuvent donc inciter à suggérer à la personne prise en charge de prendre un temps préalable de travail d'investigation personnel et/ou d'attente de stabilisation du contexte psychosocial.

Cette évaluation peut comporter un bilan psychologique avec passation de tests pouvant apporter des éléments cliniques.

Au-delà des difficultés diagnostiques, des travaux de recherche ont par ailleurs mis en évidence des **facteurs pronostiques** qui seraient associés à des résultats non satisfaisants du THC, à une satisfaction moindre, à des regrets, à des troubles dépressifs et des comportements suicidaires persistants, s'aggravant ou apparaissant après l'intervention. Ces facteurs pronostiques doivent être dépistés durant l'évaluation qu'ils soient ou non en lien avec l'histoire de la dysphorie de genre pour les intégrer dans le plan de prise en charge :

- Troubles psychologiques/psychiatriques indépendants de la dysphorie de genre (trouble thymique, trouble de la personnalité, comportements suicidaires, psychose, abus de substances, etc.)
- Carences affectives et familiales majeures
- Grande précarité sociale
- Vulnérabilités adaptatives
- Croyances et idéalisation du patient ne lui permettant pas d'appréhender toutes les conséquences et les limites du traitement hormono-chirurgical
- Ambivalence par rapport à la transformation hormono-chirurgicale.

En effet, les fausses croyances et les attentes irréalistes vis-à-vis d'une THC peuvent induire un sentiment de frustration, d'insatisfaction, et des regrets postopératoires, voire un sentiment de préjudice. Beaucoup de patients pensent que la transformation hormono-chirurgicale résoudra toutes leurs difficultés mais, la pratique clinique, les témoignages de personnes opérées et les études de suivi montrent qu'il s'agit d'attentes irréalistes, avec un risque accru de regrets. Il faut donc aider les personnes prises en charge à prendre conscience que certaines de leurs difficultés sont indépendantes de leur dysphorie de genre et ne peuvent être résolues par la seule transformation hormono-chirurgicale.

Enfin il faut dépister des troubles psychiques susceptibles de compliquer le plan de prise en charge, qu'ils soient ou non en lien avec l'histoire de la dysphorie de genre. Ces problèmes comprennent: anxiété, dépression, auto-agressivité et automutilation, histoire d'abus et de carences, compulsivité, abus de substance, problèmes sexuels, troubles de la sexualité, troubles de la personnalité, troubles du comportement alimentaire, troubles psychotiques et troubles du spectre autistique .

Il faut préciser que la présence de ces troubles psychiques coexistants (comorbidités) n'exclut pas systématiquement une possibilité de changement de rôles sociaux ni l'accès à une hormonothérapie féminisante ou masculinisante ou à un traitement chirurgical selon leur intensité et leur évolution;

ces troubles doivent être pris en charge avant ou en même temps que le traitement de la dysphorie de genre, mais il faut tenir compte de la capacité des patients à comprendre l'information qui leur est soumise et à donner leur consentement éclairé pour une transformation médico-chirurgicale

Phase d'information initiale

Le psychiatre et/ou le psychologue doivent informer la personne prise en charge et discuter avec elle :

- Des facteurs pronostiques négatifs et positifs qui ont été mis en évidence au cours de l'évaluation.
- Des bénéfices et des risques éventuels de la THC dans son cas personnel.
- De l'intérêt d'une prise en charge spécifique et personnalisée.

Le travail ainsi réalisé par les psychiatres et les psychologues de l'équipe n'est donc pas une psychothérapie mais une **démarche d'évaluation et d'accompagnement**. En fonction des fragilités psychologiques repérées lors de cette évaluation, l'équipe peut être amenée à conseiller un travail psychothérapique conduit par un **professionnel extérieur à l'équipe** et ciblé sur ces fragilités.

Le rôle des professionnels de santé mentale est ainsi d'éclairer les consultants sur la diversité des identités et expressions du genre et les différentes options permettant de soulager la dysphorie de genre. C'est cette information qui peut faciliter ou orienter vers un processus personnel (thérapie individuelle, familiale, de groupe ou soutien par les pairs) grâce auquel les consultants pourront ainsi mieux explorer et trouver les rôles et expression de genre adéquats.

Tout ceci participe à une décision éclairée vis à vis des interventions médicales possibles. Ainsi la discussion sur les conséquences à court et long terme de tout changement de genre social et du recours à des interventions médico chirurgicales est indispensable. Ces conséquences peuvent être psychologiques, sociales, physiques, sexuelles, professionnelles, financières et juridiques.

Cette phase d'évaluation du patient en demande de THC dure **au moins** six à douze mois mais elle est adaptée à chaque cas.

Rôles des autres spécialistes dans l'évaluation

Un membre de l'équipe des endocrinologues va recevoir en consultation la personne prise en charge pour un interrogatoire et un examen clinique complet afin de dépister une éventuelle anomalie de la différenciation sexuelle (ambiguïtés sexuelles), une hyperplasie congénitale des surrénales, un syndrome d'insensibilité aux androgènes, ou des éléments médicaux pouvant nécessiter une adaptation ou justifier une contre-indication de l'hormonothérapie. Cette consultation permet aussi de discuter de la fiabilité et de la nuance à apporter aux informations recueillies sur internet par les consultants, et de les mettre en garde contre la tentation et les dangers de l'automédication.

Suite à cette consultation, des examens biologiques orientés vont être réalisés.

Le médecin informe la personne prise en charge de la nature, des différentes modalités, des bénéfices et des limites ainsi que des risques éventuels du traitement hormonal; il s'assure également que ces données ont été comprises et en particulier qu'en cas d'instauration d'un traitement hormonal, un suivi à vie sera nécessaire.

Un membre de l'équipe des chirurgiens examine la personne prise en charge et lui apporte les informations relatives aux interventions chirurgicales de transformations génitales et des caractères sexuels : nature et techniques, résultats attendus, modalités d'hospitalisation, aléas thérapeutiques et risques de complications, contre-indications éventuelles. Le chirurgien doit aussi détecter les attentes irréalistes des patients afin d'éviter les déceptions postopératoires.

Chaque membre de l'équipe peut se mettre en relation avec les médecins traitants habituels de la personne prise en charge, avec son accord, afin d'éventuellement obtenir des informations complémentaires et également les tenir informés de l'avancée de son parcours. Un dossier coordonné est tenu dans lequel est consigné l'ensemble des données concernant cette personne et utiles à sa prise en charge par l'équipe.

Les proches peuvent rencontrer l'équipe pour poser leurs questions et parler de leurs éventuelles inquiétudes s'ils le souhaitent, et en accord avec la personne prise en charge,.

Confirmation collégiale (RCP) d'éligibilité à la demande de traitement hormonal et modalités de prise en charge.

Les dossiers sont examinés lors des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), au cours desquelles l'équipe s'assure :

- que le diagnostic de transsexualisme est confirmé et s'accompagne d'une dysphorie intense justifiant des soins,
- que le désir de transformation corporelle et de statut social de la personne prise en charge pour réduire sa dysphorie de genre est stable, qu'elle accepte la phase d'évaluation du THC et en comprend la nécessité,
- que le consentement de la personne prise en charge à s'engager volontairement dans les différentes étapes de la THC est confirmé et éclairé par son information, et qu'elle les comprend,
- qu'il n'existe aucune contre indication au traitement hormonal, et que si une contre indication est présente, toute information et justification en sera donnée,
- que les éventuels facteurs de vulnérabilité ne nécessitent pas une durée plus importante d'observation et/ou de stabilisation.

Une décision collégiale est alors prise :

- Si la personne prise en charge est éligible et remplit les critères de nécessité de soins : instauration d'un traitement hormonal.
- Si des facteurs de vulnérabilité sont mis en évidence, il pourra être nécessaire de poursuivre la phase d'évaluation et mettre en place un accompagnement avant d'envisager l'instauration du traitement hormonal.
- Si l'intensité d'une dysphorie nécessitant des soins n'est pas confirmée : le traitement hormonal n'est pas préconisé. La personne prise en charge se verra proposer un accompagnement si elle le souhaite et les justifications lui en seront données.

Hormonothérapie féminisante ou masculinisante, accompagnement des transformations induites.

L'hormonothérapie facilite l'expérience de vie réelle³ des personnes ayant une dysphorie de genre. Dans un certain nombre de cas ces personnes ont déjà un rôle et une apparence en congruence avec leur identité psychologique. Durant cette période, la personne prise en charge peut vivre progressivement dans le statut social désiré (apparence, activités quotidiennes sociales et professionnelles, famille).

L'hormonothérapie comporte deux phases :

1°) Le blocage des hormones du sexe d'origine.

Cette hormonothérapie ne sera poursuivie que jusqu'à la chirurgie puisque la gonadectomie rend de fait le blocage inutile (arrêt de la synthèse des hormones). Le blocage des hormones du sexe d'origine contribue à faciliter l'expérience de vie réelle des personnes ayant une dysphorie de genre.

2°) L'administration des hormones du sexe désiré.

Cette deuxième phase de l'hormonothérapie est le plus souvent envisagée lorsque la personne prise en charge a commencé à s'adapter à la vie réelle du sexe désiré, et qu'elle a pu apprécier au mieux les conséquences du changement de rôle social. La prise d'hormones va alors permettre le développement progressif des caractères sexuels secondaires du sexe désiré et rendre encore plus aisée l'intégration socio-professionnelle. Cette phase nécessite une poursuite du suivi rapproché endocrinologique spécialisé.

Les personnes sont informées que leur traitement sera poursuivi à long terme, notamment pour éviter l'ostéoporose. Chez les patients FtM l'androgénothérapie est exceptionnellement arrêtée ; chez les patients MtF, l'arrêt de l'oestrogénothérapie sera discuté au cas par cas en tenant compte des recommandations propres au traitement de la ménopause.

Les deux phases sont généralement mises en place de manière séquentielle, avec un délai variable selon les données de la surveillance et les répercussions psychiques.

(Pour les détails, voir en **annexe 2**).

Confirmation collégiale (RCP) d'éligibilité à la demande d'un traitement chirurgical et modalités de prise en charge.

Si l'évolution est positive, que toutes les conditions favorables à une transformation sont réunies (stabilité psychologique, affective et socio-professionnelle, absence de pathologie organique

³ Voir annexe 3

intercurrente, compréhension des risques et des limites du traitement chirurgical), et que la motivation du patient persiste, le traitement chirurgical peut être envisagé, après réunion collégiale.

Un certificat conjoint est rédigé par le psychiatre, l'endocrinologue, et le chirurgien qui ont suivi la personne prise en charge. Il est envoyé au conseil départemental de l'Ordre des Médecins pour information, et au médecin conseil national de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour demande d'entente préalable de prise en charge. Lorsque cette dernière est accordée l'intervention peut être programmée.

Transformation chirurgicale.

Dans le cas des transsexuels Masculins-Féminins (MF), l'intervention de réassignation a pour buts :

- D'une part l'amputation de la verge, et l'ablation des deux testicules,
- d'autre part la création d'une vulve aussi proche que possible de la normale (« aidoiopoïèse », improprement appelée « vaginoplastie »), qui associe en particulier :
 - une cavité vaginale tapissée en règle par la peau de la verge, complétée ou non par une greffe de peau totale,
 - un néo-clitoris vascularisé et sensible,
 - un méat urétral.

Dans le cas des transsexuels Féminins-Masculins (FM), les interventions de réassignation ont pour buts :

- d'une part l'ablation des seins, de l'utérus, et des ovaires
- d'autre part la réalisation d'une éventuelle phallopoïèse (improprement appelée « phalloplastie »).

Suivi postopératoire.

Le suivi après l'intervention concerne :

- La chirurgie :
 - à court terme, jusqu'à la cicatrisation
 - A moyen terme, jusqu'à l'obtention du résultat optimum sur les plans esthétique et fonctionnel, en connaissant la possibilité de retouches éventuelles.
- La psychiatrie, si la personne prise en charge le souhaite, dans le cadre d'un accompagnement psycho-social de sa nouvelle vie.
- L'endocrinologie : l'hormonothérapie de substitution doit impérativement être adaptée et surveillée à vie (tolérance, éventuels effets secondaires à moyen et long terme) par des endocrinologues spécialisés dans cette prise en charge, en liaison éventuelle avec le médecin traitant.

Les Enfants et Adolescents

La dysphorie de genre (DSM 5) ou trouble de l'identité sexuée (CIM 10) peut apparaître dès la fin de la première année ; mais on voit souvent les enfants plus tardivement, autour de 4-5 ans, plus tard encore s'il s'agit de filles, parce qu'on tolère les comportements « de garçon manqué » chez les filles mieux que les comportements féminins chez les garçons. L'enfant adopte les comportements socialement attribués à l'autre sexe et exprime le désir de devenir en grandissant fille s'il est garçon ou garçon s'il est fille ; il dit rarement qu'il « est » fille s'il est garçon ou garçon s'il est fille. Parfois il vit ce désir sans l'exprimer et se réfugie dans un retrait, il aimerait qu'on devine son désir, qu'il n'exprimera comme tel qu'à l'adolescence devant le drame que représente pour lui un pénis qui ne disparaît pas ou des seins qui poussent.

L'enfant et l'adolescent ressentent et expriment une incongruence marquée entre leur sexe biologique, leur identité sexuée telle qu'ils la ressentent ainsi que le genre (statut social) qu'ils voudraient avoir. Des consultations spécialisées dans l'évaluation clinique et la prise en charge des questions d'identité sexuée chez l'enfant et l'adolescent se sont développées depuis les années 1950 d'abord aux Etats-Unis, puis au Canada, aux Pays-Bas et en Grande Bretagne.

Depuis 2013, plusieurs consultations spécialisées « identité sexuée » ont vu le jour en France sous l'impulsion de Colette Chiland⁴, où il s'agit d'offrir aux enfants et adolescents questionnant leur identité sexuée, avec ou sans trouble du développement sexuel⁵, ainsi qu'à leurs familles une évaluation diagnostique, une information et le cas échéant des soins. L'information médicale comme les soins proposés prennent en compte les données scientifiques et recommandations internationales, tout en s'appuyant sur notre tradition clinique tant en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent que dans le champ de la pédiatrie.

Pour se référer à l'appellation choisie récemment par l'équipe des spécialistes internationaux ayant contribué au DSM-5, la dysphorie de genre est définie par les critères résumés dans le tableau ci-dessous. Quel que soit l'âge, le DSM-5 spécifie si la dysphorie de genre s'accompagne d'une anomalie de la différenciation sexuelle ou non. Chez l'adolescent et l'adulte, le DSM 5 offre la possibilité de spécifier « post-transition », c'est-à-dire que la personne vit complètement sous le genre désiré dans la vie réelle (avec ou sans changement du sexe légal), et qu'elle a entrepris ou bien est sur le point d'entreprendre au moins un traitement médical hormonal et/ou chirurgical visant à la transformation vers le genre désiré.

⁴ En France, après les importants travaux concernant les enfants intersexes de Léon Kreisler (1970), puis de Nathalie Josso (1981), Colette Chiland, après avoir publié quelques articles, notamment « Enfance et transsexualisme », fut sollicitée de recevoir au Centre Alfred Binet des enfants et des adolescents en mal d'identité sexuée, sans avoir planifié et annoncé l'ouverture d'une consultation spécialisée se trouvant ainsi en situation d'avoir vu un plus grand nombre de cas que ses collègues pédopsychiatres. Par la suite elle a œuvré à éveiller l'intérêt de ses collègues et parvenir à la création de consultations spécialisées an réseau de travail pour partager leur expérience

⁵ La traduction correcte de Disorders of Sex Development est Troubles du Développement du Sexe (et non pas sexuel), car ils retentissent sur les deux aspects du sexe, l'identité sexuée et les relations sexuelles. Néanmoins, la traduction française la plus fréquemment utilisée est « trouble du développement sexuel ».

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

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

Les parents consultent en raison du vécu familial douloureux de ce qui est exprimé par leur enfant, parce que l'enfant s'intègre difficilement en milieu scolaire, ou encore parce qu'ils sont inquiets pour son avenir. A l'adolescence, les premières consultations sont fréquemment motivées par un état anxio-dépressif ou des éléments de phobie scolaire, avec parfois un risque suicidaire. Une comorbidité est retrouvée dans 12,5 à 84% des cas selon les études : risque suicidaire, angoisse de séparation, troubles du spectre autistique, troubles obsessionnels compulsifs, ou encore trouble déficit de l'attention hyperactivité.

La prise en charge est individualisée dans une approche pluridisciplinaire, pédopsychiatrique et endocrino-pédiatrique. Il s'agit d'évaluer la situation clinique, rechercher un trouble du développement sexuel associée, une comorbidité éventuelle, puis accompagner l'enfant ou l'adolescent dans son développement psychoaffectif, faciliter son intégration familiale, sociale et scolaire, réduire la souffrance et prévenir un risque post-traumatique.

Aussi la prise en charge comporte-t-elle différentes étapes :

1. **Une phase d'évaluation clinique** en pédopsychiatrie et en endocrinologie pédiatrique qui confirme ou non le diagnostic de dysphorie de genre, établit la présence éventuelle d'une anomalie de la différenciation sexuelle, de comorbidité associée. La réalisation de dosages hormonaux (LH, FSH, testostérone, œstradiol), d'un caryotype et/ou d'une échographie pelvienne pourront s'avérer nécessaire pour que l'adolescent/les parents puissent avancer dans leur réflexion et compréhension. Chez l'enfant pré-pubère, les dosages hormonaux sont inutiles si l'examen clinique est parfaitement normal. Un caryotype et/ou une échographie pelvienne pourront être proposés. Il s'agit également d'évaluer le retentissement psychoaffectif, familial et social associé. Ces consultations permettent également d'aborder les différentes phases de la prise en charge, les traitements médicaux possibles, les effets attendus réversibles et irréversibles et les effets secondaires potentiels de ces traitements. Enfin, sont également abordés la fiabilité et la nuance à apporter aux informations recueillies sur internet par les adolescents et leurs parents, et de les mettre en garde contre la tentation et les dangers de l'automédication.
2. **Une prise en charge** est proposée à l'enfant et ses parents en fonction de la situation clinique singulière et de l'âge de l'enfant sur la base de consultations régulières. Des espaces de psychothérapie individuelle et familiale peuvent être mis en œuvre dans la perspective d'accompagner l'enfant dans son développement psychoaffectif et lui permettre au travers d'un espace de jeu et de parole, de construire son identité dans les meilleures conditions possibles. Un partenariat avec l'école est souvent nécessaire, pour faciliter l'intégration et parfois pour permettre que l'enfant et plus souvent l'adolescent soit scolarisé avec un prénom correspondant au genre désiré et traité comme tel.

L'évolution de la dysphorie de genre diffère selon qu'il s'agit d'un enfant prépubère ou d'un adolescent. Les études montrent chez l'enfant 15 à 50% d'enfants qui vont persister jusqu'à l'âge adulte, et 50 à 85% pour lesquels la dysphorie de genre va disparaître. Alors qu'à l'adolescence, autour de 80% des adolescents poursuivront à l'âge adulte par un parcours transsexuel.

3. **A partir de la puberté**, une prise en charge conjointe en endocrinologie pédiatrique est proposée. Une prise en charge hormonale peut être discutée avec l'adolescent et ses parents, basée sur les recommandations internationales actuelles.

L'équipe de Cohen-Kettenis et coll, aux Pays-Bas, a été pionnière en Europe, dans le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de ces patients à l'âge pédiatrique. L'Amsterdam Gender Identity Clinic a développé un protocole permettant de supprimer le développement pubertaire du sexe natal à l'aide des mêmes thérapeutiques que celles utilisées dans le traitement des pubertés précoces : les analogues de la GnRH (Gonadotropin-Releasing Hormone).

Ce traitement n'est discuté qu'après confirmation du diagnostic, avec persistance des symptômes au démarrage pubertaire : stade 2 ou 3 de Tanner (soit aux alentours de 12 ans, mais l'âge pouvant varier en fonction de l'âge de l'initiation de la puberté, marquée par le développement des bourgeons mammaires chez les filles et l'augmentation du volume testiculaire chez les garçons). Il n'est pas envisagé si la puberté est plus avancée ou terminée (stades 4 et 5 de Tanner). L'adolescent est alors suivi sur le plan médical et psychologique pendant toute la durée du traitement. Cette période de suppression pubertaire permet une meilleure évaluation et prise en charge psychiatrique afin de s'assurer que la décision de changement de genre est faite après considérations de tous les éléments. Il s'agit d'éviter à un adolescent de 12 ans, présentant une dysphorie de genre et qui va persister dans sa demande transsexuelle, « persister », l'angoisse du développement pubertaire dans son sexe biologique qu'il refuse et l'apparition des caractères secondaires difficiles à éradiquer. Les différentes étapes sont considérées comme la poursuite d'une observation et le traitement sera interrompu s'il s'avère que l'adolescent est un « desister » qui renonce à la transformation, ou s'il apparaît une contre-indication. Passée cette période (habituellement à partir de l'âge de 16 ans, parfois plus tôt en fonction des situations), les patients reçoivent une hormonothérapie du sexe désiré (androgènes ou oestrogènes), avec des doses progressivement croissantes, similaire aux traitements utilisés dans les inductions pubertaires chez les patients agonadiques ou ayant un hypogonadisme hypogonadotrope, tout en poursuivant les analogues de la GnRH. Ces traitements vont permettre le développement des caractères sexuels secondaires du sexe désiré, tout en évitant l'apparition de ceux du sexe d'origine. Il est cependant essentiel de rester réservé sur le pronostic de taille adulte finale compte tenu de la durée de ces traitements, de la maturation osseuse, et du caryotype. Par ailleurs, aucune étude prospective n'a évalué les conséquences à long terme de ces traitements hormonaux dans cette population, notamment en termes de retentissement sur la croissance et sur la minéralisation osseuse.

Si l'adolescent est en fin de puberté ou pubère (stade 4 ou 5 de Tanner), sa prise en charge sera similaire à celle proposée chez les adultes. Un délai de 1 an minimum entre le début de la prise en charge et une prise en charge médicale active est recommandé.

Pour toute indication de traitement hormonal, suppression de puberté ou induction de puberté, la situation est présentée et discutée en RCP.

En France, les décisions pour ces trois phases sont prises collégalement par une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire d'éligibilité au traitement hormonal et aux différentes modalités de prise en charge. Des réunions de RCP ont lieu chaque trimestre réunissant les différentes équipes des consultations spécialisées identité sexuée chez l'enfant et l'adolescent ainsi que des collègues des

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

Le suivi se poursuit accompagnant l'adolescent vers l'âge adulte où il pourra s'il le souhaite demander une Transformation Hormono-Chirurgicale du sexe. Un relai de la prise en charge par une équipe pour adultes est alors mis en œuvre.

ANNEXES

- **Annexe 1.** Extrait des termes et définitions principales issus de la WPATH pour les personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme.
- **Annexe 2.** Prise en charge endocrinologique.
- **Annexe 3.** Expérience de vie réelle.

Annexe 1

Extrait des termes et définitions principales issus de la WPATH pour les personnes transsexuelles, transgenres ou de genre non-conforme:

Transsexuel(le) : adjectif décrivant une personne, dont le genre psychologique est différent de son sexe biologique individu qui cherche à changer ou qui a changé ses caractères sexuels primaires et/ou secondaires à travers des interventions médicales de féminisation ou masculinisation (hormonothérapie et/ou chirurgie), typiquement accompagné par un changement permanent dans les rôles de genre.

Transition : Période pendant laquelle les individus passent du rôle de genre associé à leur sexe d'assignation à un autre rôle de genre. Pour la plupart des personnes, cela implique d'apprendre comment vivre socialement dans un autre rôle de genre ; pour d'autres cela veut dire trouver un rôle ou une expression de genre qui leur soit plus confortable. La transition peut, ou pas, inclure la masculinisation ou la féminisation du corps par une hormonothérapie ou d'autres procédures médicales. La nature et la durée de la transition est variable et individualisée.

Trouble du développement sexuel (TDs) : Condition congénitale dans laquelle le développement du sexe chromosomique, gonadique ou anatomique est atypique. Certaines personnes sont fortement opposées au mot trouble et préfèrent y voir une expression de la diversité⁶, préférant les termes d'intersexué et d'intersexualité.

Trouble de l'identité de Genre : Diagnostic formel du DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Le trouble de l'identité de genre est caractérisé par une identification forte et persistante au sexe opposé et un inconfort persistant envers son propre sexe ou un sentiment d'inadéquation dans le rôle de genre de ce sexe, causant une souffrance cliniquement significative et une altération du fonctionnement social, professionnel (ou autres sphères importantes) du sujet.

Transgenre : adjectif désignant un groupe varié d'individus qui occultent ou transcendent les catégories culturellement définies du genre. L'identité de genre des personnes transgenres peut varier à différents degrés du sexe d'assignation à la naissance ⁷

Genre atypique / Genderqueer : label identitaire pouvant être utilisé par des individus dont le rôle de genre et/ou l'identité de genre n'est/ne sont pas conforme(s) à la représentation binaire du genre selon les catégories homme/femme ou masculin/féminin ⁸.

Genre non-conforme : groupe nominal qualifiant des individus dont l'identité, le rôle et/ou l'expression de genre diffère(nt) de ce qui est normatif par rapport au sexe d'assignation (donné à la naissance) dans une culture donnée à une période donnée.

⁶ Diamond, 2009

⁷ Bockting, 1999.

⁸ Bockting, 2008

Pour le DFSM-5

« La nécessité d'introduire le terme genre est née de la constatation que pour les sujets ayant des caractéristiques biologiques sexuelles contradictoires ou ambiguës (c.-à-d. « l'intersexuation »), le rôle vécu dans la société et l'identification comme masculin/ féminin ne pouvaient pas être uniformément associés ou prédits par des paramètres biologiques. En effet, certaines personnes développent au cours de leur vie une identité féminine ou masculine en contradiction avec l'ensemble de leurs caractéristiques biologiques classiques. Ainsi, le terme genre est utilisé pour désigner le rôle social (généralement légalement reconnu) de garçon ou de fille, d'homme ou de femme. Contrairement à certaines théories constructivistes sociales, les facteurs biologiques sont aujourd'hui considérés comme contribuant, en interaction avec différents facteurs sociaux et psychologiques, au développement du genre.

Le terme **assignation du genre** fait référence à l'attribution initiale masculin/féminin. Cela se produit habituellement à la naissance et, de ce fait, conduit à l'attribution du genre de naissance. Le terme genre atypique se réfère aux caractéristiques somatiques ou comportementales qui ne sont pas typiques (au sens statistique) d'individus ayant le même genre assigné dans une société donnée et à une période donnée de l'histoire ; pour les aspects comportementaux, le terme non-conformité au genre est un terme descriptif alternatif.

Le terme **réassignation de genre** désigne un changement officiel (et généralement juridique) du genre. L'identité de genre est une catégorie de l'identité sociale et se réfère à l'identification de l'individu comme masculin, féminin ou parfois d'une catégorie autre que masculin-féminin.

L'identité de genre est une catégorie de l'identité sociale et se réfère à l'identification de l'individu comme masculin, féminin ou parfois d'une catégorie autre que masculin-féminin.

La dysphorie de genre, comme terme descriptif général, se réfère à la non-congruence affective/cognitive d'un individu avec son genre assigné mais est plus spécifiquement définie lorsqu'elle est utilisée comme une catégorie diagnostique.

Transgenre se réfère au large spectre d'individus qui s'identifient transitoirement ou de manière persistante avec un genre différent de leur genre de naissance.

Transsexuel désigne un individu qui souhaite, ou a déjà subi, une transition sociale du genre masculin vers le genre féminin ou l'inverse, ce qui implique souvent (mais pas systématiquement) des modifications physiques par des traitements hormonaux transsexualisants et/ou par la chirurgie génitale (chirurgie de conversion /ou de réassignation du sexe).

Dysphorie de genre se réfère à la détresse qui peut accompagner l'incompatibilité entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné. Bien que tous les individus n'éprouvent pas de détresse à la suite d'une telle incongruité, beaucoup sont en difficulté lorsque les interventions somatiques (hormones et/ou chirurgie) ne sont pas disponibles. Le terme actuel est plus descriptif que le terme trouble de l'identité de genre du précédent DSM-IV et se concentre sur la dysphorie comme étant le problème clinique, et non sur l'identité en soi. »

Annexe 2.

Prise en charge endocrinologique

L'endocrinologue intervient au cours de trois étapes lors de la prise en charge des personnes consultant pour une dysphorie de genre :

- lors de l'évaluation et de l'accompagnement psychiatriques avec la réalisation d'un bilan clinique, endocrinologique et biologique.
- après la décision d'éligibilité à l'hormonothérapie prise lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour la prescription initiale du traitement.
- et enfin pour assurer la surveillance de l'hormonothérapie.

Il est important que l'endocrinologue consulté travaille au sein de l'équipe de soins pluridisciplinaire et experte pour assurer une prise en charge globale du patient dans les meilleures conditions.

Evaluation initiale

Le bilan peut être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation de jour, et comporte :

- un entretien au cours duquel sont évoqués une synthèse de la biographie, les antécédents médicochirurgicaux personnels et familiaux et aussi les effets attendus et les attentes du patient concernant l'hormonothérapie. Un examen clinique complet est réalisé.
- des examens complémentaires associant un bilan métabolique et biologique complet, des dosages hormonaux, et des explorations échographiques (pelvienne ou testiculaire) si besoin. Ces examens permettent d'évaluer l'état clinique initial du patient, notamment la présence éventuelle de facteurs de risques (cardio-vasculaires, veineux ...) et de rechercher la présence de pathologie intercurrente pouvant contre-indiquer l'hormonothérapie ou nécessiter une adaptation de celle-ci ou une surveillance particulière.

L'hormonothérapie

Généralités

Le traitement n'est prescrit qu'après validation collégiale lors d'une RCP. Cette prescription est réalisée lors d'une consultation; les informations données concernent les effets attendus de l'hormonothérapie, ses limites, les effets secondaires potentiels, les risques, les conséquences sur la fertilité et la nécessité de surveillance clinico-biologique à long terme.

La prescription est adaptée à chaque patient en tenant compte de l'âge, de l'évaluation du risque cardiovasculaire (tabac, diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle, antécédents cardiovasculaires familiaux, sédentarité...), des antécédents médico-psychologiques, du recours éventuel à des interventions de médecine ou de chirurgie esthétique, et tient compte de la réactualisation des données médicales et scientifiques.

La plupart des changements physiques constatés se feront progressivement au cours des deux premières années.

Le patient est également informé qu'il s'agit d'une prescription hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) tant qu'il n'aura pas obtenu son changement d'état civil. Ces informations sont délivrées dans le cadre d'un consentement éclairé.

L'hormonothérapie des patients FtM (Femme vers Homme)

Un traitement progestatif peut être prescrit pour supprimer les règles, assez précocement dans la prise en charge après la réalisation du bilan initial.

La virilisation est obtenue grâce à l'administration d'androgènes ; plusieurs molécules sont disponibles, la plus couramment utilisée est l'Enanthate de Testostérone (commercialisée sous le nom d'Androtardyl) sous forme injectable en intramusculaire.

La voie orale est peu prescrite car il est difficile d'obtenir des taux de testostérone suffisants pour une androgénisation satisfaisante et elle nécessite un nombre de prise importante de comprimés au cours de la journée ; les autres molécules disponibles (patch, gel, testostérone injectable de longue action) peuvent être proposées mais elles ne sont pas remboursées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et sont coûteuses.

Les doses utilisées sont augmentées progressivement pour obtenir une bonne imprégnation androgénique avec la meilleure tolérance possible.

La virilisation observée associe une augmentation de la pilosité du visage et du corps, une modification de la voix qui devient plus grave, une augmentation de la masse musculaire (surtout si elle est favorisée par de l'exercice physique régulier) , une redistribution abdominale de la masse grasse ; il faut également signaler une augmentation de la libido (désir sexuel) et une augmentation de la taille du clitoris.

Les effets secondaires cliniques les plus fréquents sont l'apparition ou l'aggravation d'une acné , une prise de poids, une augmentation du taux de globules rouges (polyglobulie), plus tardivement une chute des cheveux et des sauts d'humeur avec possibilité de nervosité ou agressivité en début de traitement.

L'hormonothérapie des patients MtF (Hommes vers Femmes)

Avant la chirurgie la production et ou l'action de la testostérone doivent être diminuées avec des molécules anti androgéniques ; la plus couramment prescrite en France est l'acétate de cyprotérone administrée par voie orale ; les agonistes de la GnRH , administrés par voie injectable (IM ou sous cutané profond), peuvent être également utilisés.

La féminisation est obtenue par les œstrogènes.

- En raison du risque accru d'accidents thromboemboliques (phlébites, embolies pulmonaires) l'éthinylestradiol n'est pas utilisé.
- Le 17 β oestradiol oral est prescrit chez les sujets jeunes sans risque cardiovasculaire ou thrombotique identifié.
- L'œstradiol par voie transdermique (gel, patch) est prescrit chez les sujets plus âgés ou s'il existe des facteurs de risque cardiovasculaires ou des pathologies intercurrentes nécessitant une adaptation de l'œstrogénothérapie sans cependant de contre indication.

Il est essentiel de respecter la posologie prescrite car le risque d'effets indésirables augmente avec le dosage.

Les effets combinés des anti androgènes et des œstrogènes associent un développement mammaire pouvant être modéré, une diminution progressive de la pilosité (qui nécessite fréquemment un traitement complémentaire par laser) , une baisse de la libido (désir sexuel) , une diminution voire un arrêt des érections spontanées ; une redistribution plutôt gynoïde (fesses, hanches) de la masse grasse et une légère diminution de la masse musculaire avec parfois une prise de poids de même qu'une modification de la peau qui devient moins grasse, plus souple. Le traitement favorise également un ralentissement de la chute des cheveux.

Surveillance

Après l'instauration du traitement une surveillance est assurée régulièrement (tous les 3 à 6 mois) au cours des deux premières années.

La surveillance clinique permet d'évaluer la transformation et l'imprégnation hormonale, de rechercher d'éventuels effets secondaires et de prévenir les facteurs de risque cardiovasculaires (arrêt du tabac, importance de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique).

Une surveillance biologique est réalisée en parallèle associant un ionogramme sanguin, un dosage de la glycémie (à jeun), du bilan lipidique (complet), du bilan hépatique (transaminases, GammaGT et phosphatases alcalines), de la NFS (numération formule sanguine , pour surveiller notamment le taux de globules rouges chez les FtM) et du bilan phosphocalcique.

Les dosages hormonaux sont également pratiqués, l'objectif étant de maintenir des taux dans les valeurs normales, physiologiques et de vérifier l'absence d'effets secondaires du traitement (notamment hyperprolactinémie chez les MtF).

L'hormonothérapie est maintenue au long cours pour entretenir les effets obtenus ; le dosage est ajusté selon l'âge, d'éventuelles modifications de l'état de santé ou tout autre facteur susceptible d'interférer avec le traitement.

Le rapport bénéfice/risque doit toujours être réévalué et discuté avec le patient.

Chez les sujets MtF une mammographie est recommandée tous les 2 à 5 ans.

Des examens complémentaires peuvent être réalisés en fonction des patients (terrain, observance...) pour évaluer l'imprégnation hormonale, le risque vasculaire et la densité minérale osseuse (doppler artériel, veineux, ostéodensitométrie...). L'arrêt intempestif et prolongé de l'hormonothérapie par le patient après la chirurgie expose au risque de diminution de certaines modifications physiques, de bouffées de chaleur gênantes, de modifications de l'humeur.. et de déminéralisation osseuse (ostéoporose).

En revanche, l'âge auquel le traitement peut ou doit être arrêté est discuté au cas par cas.

La surveillance au long cours peut être assurée par un endocrinologue ou par un médecin généraliste choisi par le patient en collaboration avec l'endocrinologue référent, avec une consultation (annuelle ou /2 ans) dans un centre spécialisé si possible.

Annexe 3.

Expérience de vie réelle

L'expérience de vie réelle est le plus souvent spontanée chez les personnes ayant une dysphorie de genre marquée et souhaitant avoir des rôles sociaux et une apparence en congruence avec leur identité psychologique.

Dans cette expérience la vie progressive dans le statut social désiré permet à chacun(e) de tester sa capacité adaptative, la congruence de ses attentes et de son vécu , et sa motivation à poursuivre la démarche de transformation malgré les difficultés qu'elle peut induire, tant sur les conséquences à la fois légales, économiques, socio-familiales et personnelles du changement d'identité (avant de procéder à des changements physiques irréversibles) que les modifications de leurs rapports familiaux, amicaux et professionnels.

L'équipe médicale peut accompagner les personnes ayant des difficultés et des peurs à entrer dans cette expérience de vie, bien que la décision de la réaliser et le moment où elle doit commencer appartiennent à la personne prise en charge. Afin d'accompagner le patient dans l'évolution de sa transformation et ainsi mettre en cohérence l'apparence physique et le genre désiré, des soins entraînant des transformations réversibles ou légères peuvent être réalisés pendant cette phase (hormonothérapie de « blocage », épilation...).

Ont participé à la Révision 2015 de la Charte de la SoFECT :

- **Psychiatres**
 - Mireille Bonierbale (Marseille)
 - Jean Chambry (Paris)
 - Colette Chiland (Paris)
 - Agnes Condat (Paris)
 - Bernard Cordier (Paris)
 - Delphine Draï (Marseille)
 - Thierry Gallarda (Paris)
 - Guillaume Lagrange (Marseille)
 - Sabine Mouchet-Mages (Lyon)
 - Patrice Schoendorff (Lyon)
- **Psychologues**
 - Aurelie Maquigneau (Marseille)
 - Jennifer Huet (Paris)
 - Nadia Planche (Paris)
 - Eirini Rari (Paris)
- **Chirurgien**
 - Marc Revol (Paris)
- **Endocrinologues**
 - Frédérique Albarel (Marseille)
 - Catherine Brémont Weill (Paris)
 - Laetitia Martinerie (Paris)
- **Chercheur**
 - Guillaume Vogt (Paris)