

---

## Représentants des usagers

# ANALYSE CRITIQUE DU RAPPORT DE LA H.A.S ET PROPOSITIONS

---

### SOMMAIRE

<b>1° HORMONES ET ANTI HORMONES.....</b>	<b>6</b>
<b>2° PRISE EN CHARGE ET AUTRES AMELIORATIONS .....</b>	<b>7</b>
• Prise en charge hors AMM.....	7
• Numéro de sécurité sociale .....	7
• Prise en charge des prothèses .....	8
• Prise en charge de la partie faussement esthétique .....	8
<b>3° CHIRURGIES.....</b>	<b>8</b>
• Organisation de la chirurgie (propositions).....	9
<b>4° PROTOCOLE.....</b>	<b>10</b>
• Les tests psychologiques .....	10
• Test de vie réelle .....	12
• Parcours de soins .....	13
<b>5° STRUCTURE DE SOINS .....</b>	<b>14</b>
<b>6 LA SOLUTION QUE NOUS PRECONISONS COMME PARCOURS DE SOINS .....</b>	<b>15</b>
• Détail du parcours de soins .....	15
• Etat civil, un exemple de décret .....	18
• Information et formation .....	18
• Résumé du parcours de soins .....	19
<b>7 CONCLUSION .....</b>	<b>19</b>
<b>8° ANNEXE.....</b>	<b>20</b>

Ce document part d'un postulat contestable et d'un point de vue scientifique, la constitution d'un tel rapport peut être mise à mal.

En premier lieu parce que la focale utilisée de «*transsexualité*» biaise le rapport. Selon une enquête le MAG et H&S:

*«Sur les 30% des personnes sondées ayant au moins commencé l'hormonothérapie, 70 à 80% ne sont pas suivies par ces équipes et 6% commencent des hormonothérapies “au noir” (hormones achetées sur Internet).»*

*«Pour ce qui est des opérations (qu'elles soient de simples plasties réparatrices ou des réassignations sexuelles), 90% des personnes opérées les effectuent hors équipes autoproclamées officielles et pour au moins la moitié hors de France.»<sup>1</sup>*

Il est donc flagrant que l'axe d'étude «*transsexualité*» invisibilise une immense partie de la population transidentitaire.

Aussi, d'un point de vue épistémologique, la «*transsexualité*» est posée comme existante, non pas d'un point de vue juridique (ce qui pourrait être compris si l'on décline les enjeux en termes de lutte contre les discriminations par exemple) mais d'un point de vue clinique. Or, la «*transsexualité*» peut être perçue comme un phénomène purement iatrogène aux équipes auto-constituées. Par conséquent, en prenant la posture clinique d'une «*transsexualité vraie*», on impose une non remise en question du concept même, concept pourtant clairement en crise si on lit les propositions américaines du futur DSM V.

Il s'en suit que le monde médical est dès lors appelé à la rescousse pour élucider la transidentité. Celle-ci s'avère n'être pourtant que la question des personnes étiquetées «*transsexuelles*» dans un protocole français et qui souhaitent ou ne peuvent faire autrement que d'endosser cette étiquette!

La mise entre parenthèse de la partie juridique et critique de Marcela IACUB en est un exemple terrifiant, de discours surplombant d'une part, mais aussi d'ostracisme critique d'autre part. Nous utilisons donc le terme de “transidentité”.

Il est regrettable que le terme d'«*équipes médicales officielles*» soit systématiquement employé alors que celui d'«*équipes médicales*» serait certainement plus approprié, sachant qu'il appartient au patient, par le libre choix des praticiens, de constituer l'équipe qui lui convient, y compris au sein du secteur libéral. Toutefois lorsque nous parlerons d'«*équipes médicales hospitalières*», c'est que ces dernières seront directement concernées par le propos.

La HAS n'ignore pas qu'il n'y a pas de spécialiste “officiel” des questions transidentitaires. Il n'y a pas de liste officielle de spécialistes, pas de décret, ni de loi qui les nomment. Il n'y a pas de formation professionnelle particulière, ni de spécialisation adaptée sur ces sujets. Légalement, aucun nom de médecin n'est opposable à un autre. N'importe quel professionnel de santé peut décider de se perfectionner dans un domaine ou un autre et en devenir de par sa pratique un spécialiste. C'est le choix que certains médecins ont fait, qu'ils exercent en ville ou en hôpital, qu'ils se soient constitués en équipe médicale ou non. C'est aussi le cas de l'un d'entre nous qui a choisi de se spécialiser sur les questions transidentitaires et intersexes après avoir constaté l'absence de réponses adaptées sur le sujet.

---

<sup>1</sup> <http://www.transidentite.fr/fichiers/ressources/Enquete%20jeunes%20trans%20HES%20MAG%20avril%2009.pdf>

Il est dommage que seuls des membres d'équipes médicales hospitalières aient fait partie du groupe de travail. Pourquoi ne pas avoir aussi intégré quelques praticiens indépendants?

Par ailleurs, la HAS constate que les patients des équipes médicales hospitalières sont peu informés et à la recherche d'informations sur leurs traitements, que ceux des associations sont beaucoup mieux informés et discutent d'égal à égal avec les médecins (position que les médecins des équipes médicales hospitalières ne supportent pas en France). La plupart de ces personnes vont hors des équipes médicales hospitalières. Elles recherchent une meilleure qualité de soins, ce qui nous semblent légitime. Elles ne sont pas pour autant «revendicatives». Quel patient ne souhaiterait pas bénéficier des meilleurs soins possibles...

Les médecins des équipes médicales hospitalières se plaignent d'être mal considérés par leurs collègues. Pourquoi? Ne serait-il pas utile de mieux informer les autres professionnels de santé? Et ces équipes médicales comment se sentent-elles face à la transidentité? Pourquoi et comment s'occupent-elles de cette problématique? Quelles motivations les y poussent malgré des conditions qu'elles jugent difficiles?

Le fait est qu'en France, tout ce qui touche au génital et au sexuel est resté assez tabou. Renommer le “nerf honteux” “nerf pudendal” est assez significatif. Ce terme anglais est équivalent de honteux sans en avoir l'apparence. Pourquoi ne pas l'avoir tout simplement nommé “nerf sexuel”, “nerf génital” ou “nerf érogène”?

Pour notre analyse critique, nous partons des pages 77 et suivantes.

P77. Il y a 2 sortes de personnes qui consultent jusqu'au bout de leur parcours les équipes médicales hospitalières: 1-celles qui ont besoin d'un étiquetage qualifié d'“officiel”, 2-celles qui n'ont pas les moyens financiers ou psychologiques de gérer leur parcours. Toutes celles qui ne supportent pas la soumission qui leur est demandée, celles qui ont besoin d'avoir une vision claire de leur transition, s'orientent ailleurs.

Nous aimerions savoir pourquoi les équipes médicales hospitalières ont besoins de 6 mois à 2 ans pour un diagnostic différentiel, ce que certains psy font en 1 à 3 consultations d'une heure. Les tests psychologiques sont réalisés depuis 1980 dans ces équipes sans qu'il en sorte quelque chose de pertinent ni aucune publication scientifique à ce sujet. Ils n'ont pas le temps de publier, disent-ils. Pourtant, certains écrivent des livres.

Dans cette histoire, tout le monde cherche à se protéger: les psychiatres avec les tests psychologiques, les endocrinologues avec le certificat du psychiatre, le chirurgien avec les certificats du psychiatre et de l'endocrinologue.

**Il nous semble nécessaire de transférer la responsabilité sur la personne qui demande les soins par une procédure de signature de consentement éclairé.**

Les personnes séropositives savent depuis des années qu'elles ne seront pas opérées par les équipes médicales hospitalières, elles ne vont donc pas les consulter. Il n'y a toujours aucune étude en France à ce sujet. (NB: il semblerait qu'il y ait eu certaines évolutions récentes à Lyon à ce propos. A Bordeaux les personnes séropositives sont opérées.)

P78. La HAS considère que les congrès organisés par les associations trans' ne sont pas scientifiquement neutres. Je doute qu'ils aient (pas plus que les équipes médicales hospitalières) assisté à de telles manifestations. Il n'y en a pas en France et ils ne sont pas si fréquents. J'ai assisté à l'un d'eux en 1998 en Grande Bretagne, le niveau était comparable à celui de la WPATH. La sélection des interventions se fait de la même façon. Les personnes qui intervenaient le faisaient en tant que professionnel de la matière, comme Stephen WHITTLE maître de conférences en droit, certains médecins, psychothérapeutes ou chirurgiens trans', d'autres intervenaient comme écrivains ou artistes sur ces sujets. Des professionnels de santé exposaient leurs pratiques ou leurs techniques et il était facile de poser des questions. L'intérêt était de diffuser une information car peu de trans' pouvaient se permettre de visiter plusieurs chirurgiens souvent très éloignés afin de mieux comprendre les possibilités et de choisir une technique plutôt qu'une autre.

Rajoutons qu'à Bordeaux en Avril mais aussi à Paris dans peu de temps et à Lille la semaine dernière, les associations trans' étaient et sont à la table des discussions sur les futurs DSM et CIM, prouvant une fois de plus que «les experts par appartenance» sont reconnus au même titre que les «experts par profession».

Que dire de la neutralité scientifique de certains médecins, comme par exemple, Colette CHILAND dans *Changer de sexe*, Odile Jacob, 1997, 282 p.

P. 66-67, «*Il n'est pas question qu'un transsexuel mâle biologique soit féministe, il ne peut que se conformer de manière caricaturale aux stéréotypes sociaux pour se faire reconnaître comme femme (et vice versa).*»

Je connais plusieurs dizaines de «transsexuels» des deux sexes qui sont féministes. Ils sont loin d'être rares. Du fait de la pratique des médecins, les trans adaptent leurs discours à la théorie des soignants afin d'obtenir les traitements désirés.

P. 80, «*A un niveau plus profond, j'aurais du mal à considérer comme un homme celui qui ne serait pas —virtuellement— capable de me pénétrer, et je n'ai pas peur de me faire piéger dans ma vie privée par un transsexuel FM parce que le critère de surface en costume d'Adam est parlant. Il n'en va pas de même pour mes collègues hommes en face d'un transsexuel MF...*

*Mais je me reprends et le paradigme des intersexués se présente à moi. Je peux avoir devant moi un homme sans verge de par sa naissance, je ne le ressens pas, et bien d'autres avec moi, de la même manière qu'un homme qui s'est fait couper la verge. On le considère plus naturellement comme appartenant à son sexe d'assignation qu'un transsexuel à son sexe de réassignation. Pourquoi?»*

Crainte, fantasme ou préjugés, en tout cas, c'est une vraie projection qu'elle ferait bien d'analyser.

P. 139, «*Ainsi, Victor a subi une mastectomie à l'étranger et y a obtenu son changement d'état civil. Mais après la mastectomie, il est entré en psychose. En FRANCE, il s'est marié, mais doit suivre un traitement neuroleptique, ce qu'il fait avec irrégularité; il est alors repris d'épisodes délirants. La première fois où je fais connaissance de sa femme, je suis surprise de voir arriver une très jolie femme, dont on se demande comment elle a pu épouser cet homme qui n'a l'air ni d'un homme, ni d'une femme, est obèse et n'a aucun charme. A un moment, elle*

*parle des périodes difficiles avec son mari et dit: "Mon mari est particulièrement difficile quand il a ses règles." En effet Victor n'a eu ni ovariectomie, ni hystérectomie...»*

Il n'a pas non plus le traitement hormonal qui lui éviterait les règles et lui donnerait un aspect viril et qui, peut-être, le stabiliserait. Pourquoi une très jolie femme ne trouverait-elle pas de charme à Victor? Pourquoi ne pourrait-elle pas l'aimer? Quelle proposition de soins Colette CHILAND a-t-elle faite à Victor en dehors des neuroleptiques? Quand je lui ai demandé des éclaircissements, elle m'a dit que ce n'était pas son patient et qu'elle ne l'avait vu qu'une fois à la demande de son confrère. Dans ce cas, pourquoi le faire passer comme tel dans cet écrit?

Voici aussi la position de Colette CHILAND, citée par Bernard CORDIER, Colette CHILAND, Thierry GALLARDA, *Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences*, in Ann. Méd. Psychol., n°159, 2001, pp. 190-195:

P. 191, «A propos de la THC, elle continue de penser que c'est une réponse "folle" faite à une demande "folle".»

Dans ce cas, pourquoi s'occuper de ce sujet, de ces patients si on est contre?

Sur ce point précis de «l'objectivité» des uns contre le «prosélytisme» ou «l'amateurisme» des autres, peut-être est-ce éclairant d'observer les réponses données par les praticiens chirurgiens ou psychiatres aux personnes qui les consultent, pour se rendre compte qu'en aucun cas ces protocoles ne pourraient-être qualifiés d'objectifs (et bien au-delà du fait que mêmes les sciences les plus dures sont soumises aux pressions des normes et des subjectivités individuelles). On notera en vrac l'incitation de certains chirurgiens (à Bordeaux notamment) à ne pas opérer (sous couvert médical mais surtout esthétique) des MtF qu'ils jugent «un peu gros» ou «un peu grand» pour «faire une belle femme» (dans le texte!)

P79. En quoi la prescription d'hormones empêche-t-elle une évaluation? Ce ne sont pas le raisonnement, ni l'intelligence qui sont modifiés par les hormones. Seules les émotions peuvent être modifiées. Est-ce à dire qu'on ne peut pas évaluer les diagnostics différentiels? Cela n'empêche pas de voir les délires, la paranoïa... Quant à la féminité ou masculinité, cela repose sur des critères culturels qui changent selon les sociétés et les époques. Que peut-on évaluer qui soit pertinent?

Cela n'arriverait pas si les personnes n'étaient pas obligées d'attendre plusieurs mois voire des années avant de savoir si elles seront effectivement prises en charge et si elles pourront avoir accès au traitement hormonal qu'elles sollicitent. Celles qui ont besoin de temps pour réfléchir temporisent d'elles-mêmes. Il suffit de suivre leur rythme.

Par ailleurs, cela fait plus de 100 ans que la psychiatrie s'est emparée de la question des étiologies sans qu'elle ait pu apporter la moindre réponse utile. Par contre, cela fait 60 ans que les hormones et la chirurgie apportent un vrai soulagement aux personnes transidentitaires.

P78. Les équipes médicales hospitalières s'estiment trop sollicitées au téléphone. S'il n'y avait pas les associations, les forums internet, elles le seraient beaucoup plus. Il faudrait aussi financer les associations et les forums pour leur travail.

Les équipes médicales hospitalières veulent l'exclusivité de la prise en charge des trans'. Le rapport de la HAS considère que les équipes médicales libérales permettent aux patients d'échapper aux équipes médicales hospitalières. Heureusement puisque ces dernières ne peuvent pas répondre à la totalité des demandes. De plus elles excluent beaucoup de personnes par leurs critères. Il y a aussi les personnes qui ne veulent pas perdre trop de temps dans une évaluation qu'elles ont déjà faite par elles-mêmes.

---

## **1° HORMONES ET ANTI HORMONES**

P79. Concernant l'hormonothérapie, les choses sont à remettre à plat. On ne revient jamais à un stade neutre après une puberté. Les produits utilisés (acétate de cyprotérone et progestérone) ne sont pas neutres. P102-103 et 118-119. Les anti gonadotropes agissent sur les gonadotrophines (l'hormone lutéinisante ou LH et l'hormone folliculo-stimulante, ou FSH) qui stimulent les gonades (ovaires, testicules) pour la fabrication des hormones sexuelles. Les anti gonadotropes sont les seules vraies anti hormones neutres. Indispensables pour les adolescents et pré-adolescents, elles sont aussi préférables pour les adultes. Pour les adultes trans', on peut néanmoins s'en passer et donner directement un traitement hormonal actif qui va dans le sens du genre souhaité (testostérone pour les FtM, estrogènes et progestérone pour les MtF). A 6 mois, les résultats montrent que c'est tout aussi efficace pour la majorité des cas. Les dosages utiles sont ceux que l'on prescrit pour une hormonosubstitution aux personnes n'ayant pas de production hormonale (gonades malades, absentes...). Toutefois, tout traitement hormonal doit être discuté avec chaque personne avec une information claire. La décision doit être prise en commun entre le médecin et le patient.

P80 et 102. La progestérone comme traitement anti oestrogènes est inadaptée pour les FtM, même si elle coupe les règles, (la pilule en continu aussi), elle reste une hormone féminine, celle de la grossesse. Les effets secondaires tels que la prise de poids avec une répartition typiquement féminine peuvent avoir des effets psychologiquement dévastateurs. Cette répartition des graisses sera acquise ou renforcée pour des années et il sera très difficile de s'en débarrasser. Quant à l'acétate de cyprotérone que l'on prescrit parfois à des femmes contre l'hirsutisme, il comporte aussi un effet progestatif. On ne peut pas parler de déféminisation.

P103-124. Les récepteurs hormonaux accueillent aussi bien les oestrogènes, la progestérone que la testostérone et leurs dérivés. Le système de rétro contrôle hypophysaire permet de réguler le taux d'hormones présentes dans le sang. Un apport externe d'hormones (dans le sens ou dans le sens contraire de la sexuation initiale) met progressivement les gonades au repos (c'est le principe de la pilule contraceptive). Par ailleurs, quand la puberté a eu lieu, il n'est pas possible de revenir à un état neutre car cela signifierait revenir à l'état antérieur de la dite puberté. Sachant cela, il est tout à fait possible de se passer des anti hormones pour les MtF comme pour les FtM. Un traitement hormonal directement contraire à la sexuation initiale (testostérone pour les FtM, estrogènes et progestérone pour les MtF) produira dans les 3 à 6 mois les mêmes résultats qui seront observables tant sur les effets physiques que dans les dosages hormonaux pour la plupart des patients. Dans tous les cas (MtF et FtM), les anti hormones ne devraient pas être prescrites seules et devraient être discutées et décidées avec les personnes ayant pris connaissance des effets positifs et négatifs des différentes

solutions possibles. De même, on devait privilégier les molécules naturelles car elles sont moins nocives pour l'organisme et donc mieux supportées.

**Généralement, la stérilité est irréversiblement acquise au bout de 2 ans de traitement en continu.**

Pendant les premiers mois, le traitement hormonal féminisant ou masculinisant est réversible sinon, il ne serait pas possible d'obtenir les modifications corporelles après la puberté. Il suffit de l'arrêter pour que les gonades reprennent leur activité.

Avant 3 mois, le traitement hormonal reste totalement réversible et il est suffisant pour conforter la personne dans sa décision. En général dès le premier mois de traitement, les personnes ressentent un mieux. Après ce délai de 3 mois, seul un léger développement clitoridien pour les FtM risque de persister à l'arrêt du traitement. Si la voix a commencé de muer, elle peut garder un aspect plus rauque comme celle de Macha Béranger. Concernant les MtF, le développement mammaire ne sera pas suffisant et régressera. C'est le cas jusqu'à 6 mois, sauf pour les intersexes qui montrent une réponse plus rapide dès 3 mois. Si le traitement hormonal ne convient pas, il suffit de l'arrêter et, à ce stade, personne n'en saura rien. Si le traitement est satisfaisant, il faut qu'il ait le temps d'agir, ce qui laisse le loisir d'annoncer la décision et d'adapter progressivement son habillement et son comportement à l'évolution du physique.

P80 et 115. Pour les trans des 2 sexes, il serait judicieux de vérifier la sensibilité aux androgènes, ce qui est un complément du caryotype dans les recherches de l'intersexuation. De même, le dosage des 3 hormones (testostérone, estrogène, progestérone) doit être fait pour les 2 sexes.

---

## **2° PRISE EN CHARGE ET AUTRES AMELIORATIONS**

- **Prise en charge hors AMM**

P80. Nous ne pensons pas que le médecin généraliste (traitant) qui fait la demande d'ALD partage la responsabilité du prescripteur en matière de traitement hormonal à cause de la prescription hors AMM. Dans le cas particulier de la transidentité, la responsabilité du prescripteur devrait être dérogée. Les traitements hormonaux prescrits à cet égard devraient être pris en charge par la sécurité sociale car ce sont les seuls disponibles et on en connaît l'efficacité. Il faudrait s'inspirer des maladies rares dont les traitements sont souvent hors AMM et pris en charge. Qu'en est-il alors de la responsabilité du prescripteur et de celui qui demande l'ALD? Le ministère de la Santé pourrait donner des instructions claires à la sécurité sociale pour régler ce problème.

- **Numéro de sécurité sociale**

Par ailleurs, le numéro d'INSEE étant unique par individu, quel que soit son sexe, seul le préfixe (1 ou 2) change. Il n'y a donc pas de risque de confusion avec un autre individu. Là aussi, le ministère de la Santé pourrait, via un décret ou une circulaire, donner des directives pour que la sécurité sociale attribue un numéro d'immatriculation en accord avec le sexe social de la personne (avec le préfixe 2 pour les MtF et 1 pour les FtM). Les 2 derniers chiffres ajoutés au numéro d'INSEE et constituant la clé de

vérification des 13 premiers seront recalculés par la sécurité sociale après avoir changé le préfixe afin de constituer le nouveau numéro. L'INSEE pourra changer son immatriculation après le changement d'état civil. C'est une demande tout à fait prioritaire dont la nécessité est indiscutable, qui va d'ailleurs tout à fait dans le sens de la délibération 2008-190 de la HALDE.

- **Prise en charge des prothèses**

P80. Il semble que les prothèses érectiles pour les FtM ne soient pas remboursées. Nous en sommes étonnés. Celles posées en Belgique ont été prises en charge via le E112. Est-ce lié au changement d'état civil obtenu auparavant pour les cas que nous connaissons? De même les conformateurs peuvent être aussi prescrits et pris en charge pour les femmes, cela devrait donc être possible pour les MtF. Le coût est d'environ 50€ le kit qui comporte 4 dilateurs de tailles différentes et peuvent être utilisés toute la vie si nécessaire (<http://www.owenmumford-fr.com/Amielle/>).

Là encore, ces éléments devraient faire partie de la prise en charge.

- **Prise en charge de la partie faussement esthétique**

P142. Les regrets après opération peuvent aussi être dus à l'isolement social. La cause est souvent le fait que l'on soupçonne un homme derrière la femme (ou l'inverse, même si c'est plus rare), un aspect qui reste caricatural. La féminisation de la face ne doit pas être ignorée si cela est nécessaire. La voix est un autre problème pour lequel il n'y a pas vraiment de solution efficace lorsqu'elle est trop grave pour une MtF après une rééducation orthophoniste ou trop aiguë pour un FtM. La chirurgie des cordes vocales n'est pas très au point. P88. Les critères pour la chirurgie qualifiée à tort d'esthétique (épilation, chirurgie de féminisation de la face [FFS], pomme d'Adam...) devraient être ceux de la crédibilité, à savoir que la personne a bien l'air d'une femme et pas d'un homme avec un aspect féminin. Le but est l'intégration sociale.

Ces éléments devraient être pris en charge lorsqu'ils s'avèrent nécessaires.

---

### **3° CHIRURGIES**

Contrairement à ce que dit le rapport, il n'y aurait pas de difficulté à trouver des chirurgiens qui souhaitent se spécialiser dans la transidentité si on cherche en dehors des services de chirurgie des actuelles équipes médicales hospitalières, y compris dans le secteur libéral.

P125-139. Pour une évaluation objective des différentes techniques pratiquées en France et à l'étranger, on pourrait confier ce travail à un gynécologue indépendant pour les MtF et à un urologue indépendant pour les FtM. Les trans' opérés par différents chirurgiens viendraient de façon volontaire. Les résultats, photos à l'appui, pourraient être publiés (anonymat pour les patients bien évidemment).

P81. Parmi les critiques sur la chirurgie, on trouve aussi des personnes ratées.

P156. Oui, une chirurgie inadaptée ou ratée peut constituer un facteur de regret. Pour les chirurgies génitales, il nous semble nécessaire de proposer plusieurs techniques et de

laisser les patients choisir ce qui leur convient le mieux en fonction des résultats possibles et des complications.

P157. Les résultats de la mastectomie dépendent de l'anatomie mais aussi de la technique utilisée. Là aussi, il faut laisser le choix au consultant après explication des différentes possibilités et résultats selon son anatomie.

P81. Oui, il faut déconnecter le changement d'état civil de la chirurgie. Il faut aussi séparer la chirurgie du reste du suivi. Ceci est fondamental et est en droite ligne des recommandations d'HAMMARBERG. On peut aussi souligner les avancées de nos voisins européens (Royaume Uni, Espagne, le Portugal est en train de voter une loi en ce sens).

P88. L'existence de critères d'exclusion publiés par les équipes médicales hospitalières (Paris, Lyon) fait que les personnes qui n'y correspondent pas n'ont aucune raison de consulter ces équipes, surtout pas pour s'entendre dire après plusieurs mois voire années qu'elle ne rentrent pas dans les dits critères. Nous avons connu plusieurs personnes qui après plusieurs années n'obtenaient pas de réponse (ni négative, ni positive) de la part de l'équipe médicale et restaient dans l'attente d'une décision qui ne venait pas. Certaines de ces personnes ont fini par s'orienter ailleurs et faire leur transition.

- **Organisation de la chirurgie (propositions)**

P125-139. La chirurgie devrait être organisée en au moins 2 pôles spécialisés ou plus si nécessaire et indépendants des équipes médicales hospitalières actuelles. L'activité de chirurgie serait suffisante pour garantir une qualité. Tous les personnels soignants (infirmiers, chirurgiens...) seraient volontaires et formés aux diverses techniques pour les chirurgies génitales, les FFS... Ces pôles pourraient être intégrés dans un service de chirurgie plastique, urologique ou gynécologique... dans un hôpital public ou une clinique privée. Les tarifs appliqués seraient ceux du secteur 1 sans dépassement d'honoraires. Plusieurs chirurgiens formés chez les meilleures spécialistes dans le monde pratiqueraient différentes techniques de modifications corporelles. Selon qu'ils soient à temps plein ou partiel, ou s'ils le souhaitent, les personnels soignants pourraient aussi travailler dans d'autres services ou spécialités. Ces pôles pourraient également être utiles pour des personnes intersexuées, pour des personnes ayant eu une mutilation sexuelle, un accident ou une maladie endommageant leur anatomie génitale et ayant besoin d'une reconstruction ou pour des personnes cherchant une amélioration esthétique de leurs parties génitales. Pour ces dernières, une tarification en secteur 2 serait possible car assimilable à de la chirurgie esthétique. Ces pôles spécialisés pourraient traiter l'ensemble des chirurgies liées à la transidentité ou ne pas s'occuper des chirurgies les plus courantes comme les hystérectomies, ovariectomies, mammoplasties et mastectomies sur les petits volumes (bonnets A), ces opérations étant couramment pratiquées dans de nombreux endroits.

Les patients pourraient choisir leurs chirurgiens dans les pôles existants. Ils pourraient sans condition en consulter plusieurs dans des pôles différents avant d'arrêter leur choix. Ils accéderaient ensuite à la chirurgie en fournissant les documents nécessaires.

La chirurgie génitale devrait être facultative. Là encore, ceci est fondamental et en droite ligne des recommandations d'HAMMARBERG. La gonadectomie seule pourrait être aussi proposée pour les 2 sexes. De même, la métaoïdioplastie pour les FtM est une

alternative à la phalloplastie qui satisferait nombre d'entre eux. Elle ne figure pas dans la CCAM et n'est pas pratiquée en France. Il est par ailleurs possible d'évoluer vers une phalloplastie après une métaoïdioplastie, cela se fait en Belgique. Il ne devrait pas être nécessaire de vouloir reproduire à tout prix l'anatomie du sexe opposé si ce n'est pas le souhait du patient. On devrait pouvoir proposer des adaptations en fonction de son état de santé (qu'il est nécessaire de ne pas aggraver) et de ses désirs. Ces questions devraient être discutées avec les trans' et débattues entre les médecins et les trans' (associations, autres personnes concernées hors associations).

---

#### **4° PROTOCOLE**

P90. Cette proposition de protocole n'apporte rien de nouveau si ce n'est d'ouvrir un peu plus les critères par rapport à ceux en vigueur parmi les équipes médicales hospitalières (fourchette d'âge plus étendue mais sans précision, ouverture aux personnes séropositives, aux personnes avec enfants mineurs). Mais quid des couples qui ne souhaitent pas se séparer, des mineurs qu'on laisse sur le carreau, (cf la sixième recommandation d'HAMMARBERG). Il est question de détecter les intersexuations, que fait-on si cela s'avère être le cas? Rien n'est dit. Or, ceci est dans le texte de recommandations d'HAMMARBERG. Actuellement, on traite les intersexes comme des trans'. Cette proposition de protocole reste obsolète, tout comme ceux de la WPATH qui ont maintenant besoin d'être revus.

Si un protocole doit être utilisé, les professionnels de santé devraient se référer à la dernière version des «*Standards of care*» de la WPATH. Quand celle-ci évoluera, ils en tiendraient alors compte. La version actuelle de février 2001 fait 22 pages, toutes ont leur importance, y compris les dernières qui traitent des cas particuliers. Il ne serait pas souhaitable de créer un protocole franco-français qui resterait figé pour 20 ans comme cela est le cas avec le protocole de l'équipe du Dr Cordier publié en 2001, mis en place par son prédécesseur en 1980 et diffusé en 1989 auprès des caisses de sécurité sociale.

P98. Il est hors de question d'être en dessous des SOC, que ce soit pour le test de vie réelle (toujours avec traitement hormonal) ou le reste. Nous pensons même qu'il est possible de faire beaucoup mieux (cf nos propositions). Si la France veut être une pionnière en la matière, elle mettra en place une solution innovante, respectueuse des droits humains et en accord avec les recommandations européennes.

- **Les tests psychologiques**

P92-93. Les tests n'ont pas fait leurs preuves de leur aide au diagnostic, tout juste servent-ils à rassurer les psychiatres par rapport au diagnostic différentiel. Toutes ces précautions n'empêchent pas les erreurs.

En 4ème année de la formation de psychologue, il y a 3 cours (de 37,5 heures chacun) sur les tests projectifs (Rorschach, TAT) et sur les tests psychométriques (WAIS, figure de Rey...). S'il est nécessaire de suivre une formation spécifique pour faire passer ces tests à des personnes, cette bonne initiation est largement suffisante pour en comprendre les fonctionnements et les enjeux. De notre point de vue, ces tests ne sont pas nécessaires dans le diagnostic différentiel de la transidentité. Si toutefois vous devez les

imposer comme une règle absolue, les coûts de plusieurs centaines d'euros devront être pris en charge par la sécurité sociale. Un compte rendu écrit et compréhensible devra être remis aux personnes comme la règle de l'art l'exige mais c'est rarement fait encore actuellement.

Dans la plupart des cas, les tests de QI qui sont assez dépendants du niveau scolaire des personnes peuvent être avantageusement remplacés par une discussion de culture générale (la personne est capable de raisonner et d'apporter des arguments cohérents dans une discussion), une vérification du niveau d'étude (avoir atteint un certain niveau technique, scientifique ou littéraire, démontre une capacité intellectuelle suffisante) ou de l'insertion professionnelle (tenir certains types d'emplois démontre des compétences intellectuelles suffisantes). Les tests de QI devront être réalisés si l'on fait passer l'un des autres tests (Rorschach, TAT, NMPI...).

Tous ces tests ne sont pas applicables à des personnes d'origines culturelles non occidentales ou n'ayant pas une bonne maîtrise du français qu'il s'agisse ou non de leur langue maternelle. On peut aussi se poser la question de la pratique du Rorschach lorsque la psychanalyse est absente du questionnement international sur le sujet (sauf évidemment en France où elle reste assez dominante, avec trop souvent des publications discriminantes ou non scientifiques). Notons qu'au fil des années, diverses méthodes d'interprétation du Rorschach ont été élaborées et viennent s'ajouter à l'interprétation psychanalytique (Système Intégré d'Exner, Analyse du discours de Lausanne, etc.). On peut aussi se poser la question de la pertinence du NMPI, qui juge de la congruence du genre d'arrivée avec les normes de genres, en se focalisant sur des critères caricaturaux.

Pour la plupart des patients, les tests projectifs peuvent être remplacés par des entretiens cliniques. Il s'agit de repérer les troubles psychiatriques tels que la paranoïa, la schizophrénie... Cela ne veut pas dire que des personnes présentant ces troubles ne soient pas éligibles à un traitement de la transidentité si, stabilisées sous traitement neurochimique, elles présentent toujours une identité de genre atypique et demandent un changement corporel. Ces patients devront être suivis avec d'autant plus d'attention qu'ils seront fragiles. Cela veut dire des consultations rapprochées peut-être hebdomadaires et une surveillance des traitements neurochimiques et hormonaux ainsi qu'une bonne collaboration entre le psychiatre, l'endocrinologue et le médecin généraliste.

P94. Le diagnostic peut être fait rapidement et c'est ensuite au patient de décider du calendrier de la suite: commencer un traitement hormonal (après les bilans hormonaux, hépatiques, sanguins et cardiaques), faire un test de vie réelle ou pas, avoir de la chirurgie (et laquelle) ou pas. Pour illustrer ce propos, Tom suit depuis plus de 2 ans un consultant dont le diagnostic est clair depuis le début et qui aurait pu obtenir un traitement hormonal au bout de 2 mois mais qui a préféré attendre afin de se sentir prêt pour entreprendre le dit traitement qu'il vient juste de commencer. Rien ne doit être imposé, on doit s'adapter au rythme des personnes. Des médecins du réseau indépendant ont déjà ces pratiques qui restent préférables à celles des équipes médicales hospitalières mais elles sont en dessous de ce qui serait possible idéalement et que nous souhaitons voir se mettre en place.

- **Test de vie réelle**

P98-100 et 152. Comment voulez-vous qu'une femme puisse passer pour un homme et vice versa sans traitement hormonal suffisamment avancé? Soyons réaliste, seules les personnes au physique androgyne le peuvent. Vous exposez toutes les autres à l'ostracisme social. C'est durant cette période que les gens sont le plus souvent fragilisés, marginalisés ou agressés. De même, annoncer à ses proches, à ses collègues de travail que l'on va vivre dans l'autre sexe (habillement, comportement) 24 heures sur 24 et le faire engage beaucoup plus que de commencer sans le leur dire un traitement hormonal sur 3 mois avant de prendre une décision définitive. Comment, après avoir perturbé tout son environnement de travail, familial et amical, annoncer qu'on s'est trompé sans perdre la face, sans passer pour quelqu'un de pas sérieux, d'instable, voire de fou? Cela risque d'engager les gens à persister dans l'erreur ou à partir de leur emploi. En tout cas, un retour en arrière laissera des traces profondes y compris dans l'entourage proche. La perte de confiance des autres (collègues, proches) et une fragilisation sociale sont les conséquences les plus visibles.

Comme nous l'avons déjà indiqué, à 3 mois, le traitement hormonal reste réversible. Il est suffisant pour conforter la personne dans sa décision. Seul un développement clitoridien pour les FtM risque de persister à l'arrêt du traitement. Si la voix a commencé de muer, elle peut garder un aspect plus rauque. Concernant les MtF, le développement mammaire ne sera pas suffisant et régressera. Si le traitement hormonal ne convient pas, il suffit de l'arrêter et, à ce stade, personne n'en saura rien. Si le traitement est satisfaisant, il faut qu'il ait le temps d'agir, ce qui laisse le loisir d'annoncer la décision et d'adapter progressivement son habillement et son comportement à l'évolution du physique.

La situation des couples est différente des personnes seules car la/le partenaire doit être informé dès le début et aussi accompagné si possible. Il n'est pas souhaitable de forcer les couples à se séparer. Il n'y a d'ailleurs aucune disposition législative ou réglementaire qui peut y contraindre. On en revient fondamentalement à la sixième recommandation d'HAMMARBERG et à la nécessaire disjonction entre les questions d'état civil et les questions médicales. Personne ne peut prétendre opposer l'article 144 du Code Civil sous prétexte que "ça créerait un mariage homosexuel" alors que ce mariage existe depuis longtemps et qu'il n'est dans la volonté d'aucune de deux parties de le rompre. Cela empêche juste la personne trans' d'obtenir un changement d'état civil complet (en ce sens, la Loi allemande l'a parfaitement compris depuis 2009 en supprimant cette obligation).

Il est préférable que les couples, homos ou hétéros, changent en apparence de statut si le/la partenaire est d'accord. Il peut être utile de les aider dans ce sens si nécessaire. De même, s'ils en expriment le désir (et seulement dans ce cas, car il n'y a aucune raison d'obliger, donc de faire ressentir l'"anormalité" de la chose), les enfants, les parents, les frères et soeurs de la personne trans' doivent pouvoir bénéficier d'entretiens psychologiques.

La France n'a pas de position claire sur cette question: le genre fait-il le sexe ou le sexe fait-il le genre? Chez les personnes intersexes, on impose un sexe à la naissance en espérant que le genre coïncide quelques années après. Dans les protocoles «transsexuels» (ceux des équipes médicales hospitalières), on impose un changement de genre en espérant que le changement de sexe soit toujours désiré 2 ans après...

Dans ce cas précis, où la personne est en situation de discrimination au potentiel fort et aux conséquences parfois graves, il est étonnant que l'Etat autorise cette «mise en sursis» de la lutte contre les discriminations en infligeant à des individus une période rendue obligatoire de mise en danger de soi.

- **Parcours de soins**

P152. Ces éléments sont traités dans le point 6 et concernent les pages 147 à 151 du rapport de la HAS. Pour des raisons de cohérence, nous n'avons pas pris les pages dans l'ordre afin d'éviter une répétition inutile.

Les propositions du rapport ne font que reprendre les pratiques des équipes médicales hospitalières et les SOC (1ère partie). Elles n'apportent rien de neuf ou d'utile.

Evaluation: de quelles psychopathologies parle t-on? Hormis les gros troubles qui sont assez faciles à voir (schizophrénie, paranoïa) et qui sont des contre indications s'ils ne sont pas stabilisés sous traitement neurochimique, nous ne voyons pas. S'agit-il de l'anxiété, la dépression ou des troubles bipolaires? Ces éléments, souvent présents, ne sont pas incompatibles avec une transidentité et son traitement. Ils doivent être pris en compte. Cela nécessite juste un accompagnement plus soutenu et une aide psychologique sur ces problèmes spécifiques.

S'il s'agit d'autre chose, que les équipes médicales hospitalières fournissent les précisions cliniques nécessaires sur ce sujet.

P155. Un accompagnement psychologique durant les 6 premiers mois du traitement hormonal pourrait être utile, il permettrait de voir les éventuels troubles de l'humeur et d'adapter le traitement de façon à limiter les difficultés générées par cette variation de la thymie.

P154. Plutôt que de limiter l'usage de progestatifs (naturels), c'est l'usage d'acétate de cyprotérone qui serait à revoir concernant les problèmes hépatiques.

P155. Les ovaires polykistiques ne sont pas dus aux hormones puisque ce constat peut être fait avant le début du traitement hormonal.

Il reste qu'on ne peut pas exiger que les trans' aient un meilleur équilibre psychologique que le reste de la population pour avoir accès aux soins dont ils ont besoin. On n'en demande pas tant aux couples stériles qui demandent une procréation médicalement assistée. Pourtant, ils vont avoir à éduquer un enfant. On est plus regardant pour les procédures d'adoption.

Pourquoi faut-il avoir une anatomie conforme à l'autre sexe alors que l'on ne sait pas vraiment bien faire? Les intersexes existent. Il ne devrait pas y avoir de contrainte artificielle à la "normalité" sociale ou médicale. Ce ne serait pas grave s'il y avait plus de personnes ne correspondant pas aux 2 anatomies habituelles ou majoritaires.

--->suivre les recommandations européennes.

P158. Des mineurs sont actuellement pris en charge dans le réseau de ville par certains praticiens. Les ignorer dans le projet de soins, les laissera pour des années dans le bricolage actuel.

---

## **5° STRUCTURE DE SOINS**

P146. Compte tenu de la spécificité française où nous avons affaire à des luttes de pouvoir, d'abord entre équipes médicales pour la suprématie, puis des luttes politiques entre soignants et soignés, la constitution de quelques équipes médicales hospitalières spécialisées regroupant tous les soins ne me paraît pas une bonne idée. Ce n'est pas parce que cela marche à l'étranger que cela marchera en France. Cela fait 30 ans que l'on est dans ce type de système sans que les résultats s'avèrent probants. Dans la seconde moitié des années 90, les trans' ont su trouver des solutions alternatives à l'organisation des soins des équipes médicales hospitalières qui excluait au moins 60% d'entre eux. Avoir une population captive a permis à certains médecins de se comporter en petits dictateurs. C'est une des autres raisons pour laquelle ce système n'est pas souhaitable, d'autant plus que cela laisserait en place les mêmes acteurs avec les mêmes conséquences. L'infantilisation des patients et la dépossession du contrôle de leur vie sont contre productives sans parler de la déontologie. Cela génère des angoisses inutiles, les patients déboussolés deviennent quémandeurs d'informations, et sur sollicitent les équipes, les forums et les associations. Les critiques sont si nombreuses qu'il faudrait vraiment se poser les bonnes questions.

La volonté des équipes médicales hospitalières d'avoir un monopole, d'exercer des pressions sur les confrères hors équipe, de faire intervenir différentes instances (Conseil de l'Ordre des Médecins, sécurité sociale, direction de la clinique ou du centre médical...) pour obliger les récalcitrants à rentrer dans le rang, sont des pratiques inacceptables. Si des praticiens ont jeté l'éponge, d'autres ont résisté. Si à Paris il en reste plusieurs, à Lyon, Bordeaux et Marseille on ne trouve plus un médecin indépendant à 100km à la ronde. La création de la Sofect va dans ce sens d'hégémonie. On ne peut pas dire qu'il y a eu dans les équipes médicales hospitalières un renouvellement majeur des praticiens ces 10 dernières années et en tout cas les pratiques transmises restent les mêmes pour la majorité d'entre eux.

Actuellement, nous avons 2 réseaux parallèles: les équipes médicales hospitalières et des équipes médicales indépendantes. Dans le réseau indépendant, des psychiatres ou des psychologues (ces derniers peuvent être aussi compétents, surtout s'ils connaissent bien le domaine), des endocrinologues, des chirurgiens, répartis sur toute la France, travaillent ensemble pour suivre des patients. Il n'y a pas de test psychologique, le diagnostic différentiel est rapidement posé et le traitement hormonal peut être commencé en 3 mois dès que les bilans sont faits. Les seules chirurgies qui ne peuvent pas être assurées sont les phalloplasties, les métaoïdioplasties, les vaginoplasties (sauf pour une équipe médicale qui fonctionne sans prise en charge par la sécurité sociale pour cette intervention (100% privé, comme pour la chirurgie esthétique). Les praticiens communiquent par courrier, téléphone et internet. Dès que le patient est prêt, ils fournissent les certificats nécessaires pour les traitements demandés à destination du chirurgien que la personne aura choisi. Des demandes de prise en charge hors de France sont faites mais pas systématiquement. Certaines sont obtenues, d'autres non.

Concernant le VIH, ce sont surtout l'endocrinologue et le médecin généraliste qui sont en première ligne, le chirurgien aussi, si l'état de santé permet une intervention et qu'elle est désirée. Un soutien psychologique pourrait être utile et devrait être proposé.

Nous ne voyons pas en quoi d'avoir une équipe médicale qui se réunit physiquement pour discuter d'un cas apporte quoi que ce soit sur le diagnostic. C'est au patient de se prendre en charge, c'est lui qui guide le rythme. S'il ne peut pas le faire, on peut douter de sa capacité à assumer une transition. Il est dès lors aléatoire de s'en référer au seul avis d'une équipe en conclave pour en décider à sa place.

Pourquoi ne pas laisser cohabiter le réseau des équipes médicales hospitalières (sans pôle de chirurgie associé) avec le réseau indépendant. Les patients choisiraient ce qu'ils préfèrent comme système, ils pourraient aussi en changer s'ils n'en étaient pas satisfaits. Les pôles de chirurgies seraient accessibles pour toutes les personnes qui le désirent, sans qu'un réseau soit prioritaire sur l'autre.

Dans tous les cas on utilisera une procédure de consentement éclairé à chaque étape (hormones, chirurgie).

---

## **6 LA SOLUTION QUE NOUS PRECONISONS COMME PARCOURS DE SOINS**

P147. Pour acter la dépsychiatisation des transidentités, il faut partir sur une nouvelle organisation des soins et inventer une procédure simple, permettant de rassurer les professionnels de santé. Nous proposons de partir sur le modèle de l'IVG dans ses débuts. Certes, l'IVG ne modifie pas le corps de la femme mais ce n'est pas un acte anodin et il peut avoir autant de conséquence qu'un traitement hormonal chez une personne transidentitaire. La stérilité n'est pas atteinte rapidement (environ 2 ans de traitement hormonal sans interruption) et c'est la seule conséquence vraiment irréversible. Les 3 premiers mois de test permettent de ne pas avoir de conséquence gênante en cas d'arrêt. L'idée, c'est la libre disposition de son corps. Si une personne ne désire pas procréer, pourquoi n'aurait-elle pas le droit de se faire stériliser? On opère sans difficulté le nez qui est un aspect majeur du visage alors qu'on prend beaucoup de précaution pour les parties génitales qui, elles, ne se voient pas. L'aspect génital d'une personne ne l'empêche pas de fonctionner socialement, professionnellement et familialement. C'est sur le plan sexuel et conjugal que le problème peut se poser.

Il reste le cas des personnes qui souhaitent procréer. Les SOC prévoient la possibilité de la préservation des gamètes (spermatozoïdes, ovules) avant un traitement hormonal substitutif ou une chirurgie avec stérilisation afin de préserver la possibilité d'avoir des enfants ultérieurement. Ce sujet ne doit pas être oublié, même si les lois actuelles ne permettent pas toutes les formes de procréation assistée. C'est une question éthique et de respect de l'individu et de sa vie privée. Gardons une porte ouverte sur l'avenir.

- **Détail du parcours de soins**

La personne prend contact avec un Centre de planning familial (CPF), elle est reçue par un conseiller conjugal (formé aux questions de genre). Si elle est sûre de son identité de genre, durant l'entretien, on lui explique les différentes démarches et étapes, on lui remet un livret explicatif et un formulaire de consentement éclairé. Si la personne doute de son identité de genre, on lui propose une liste de praticiens compétents pour l'aider à y voir plus clair avant de prendre une décision. Elle pourra reprendre la procédure quand elle sera prête si elle est concernée. Des consultations gratuites avec un

psychologue ou un psychiatre pourront avoir lieu au CPF à ce sujet pour les personnes qui le désirent.

Les trans' s'empareront de toute offre adaptée à leurs besoins et respectueuse de leur particularité.

Durant ce premier entretien, la question de la procréation sera aussi abordée ainsi que les différentes possibilités: procréer avant la transition ou après avec l'aide de la médecine via une préservation des gamètes. L'adoption devrait être une alternative possible. Actuellement l'obligation de fournir une copie d'acte de naissance exclut de facto les trans' de cette possibilité. Avant 1996, un extrait d'acte de naissance suffisait. N'oublions pas que de nombreuses personnes ont élevé leurs enfants avant de faire leur transition, d'autres forment une famille recomposée après leur transition et sont des parents compétents pour les enfants de leur compagne ou de leur compagnon. Certains, avec l'accord de leur partenaire, font leur transition pendant que leurs enfants sont encore mineurs. Si cette dernière option nécessite d'être attentif aussi aux enfants, elle n'est pas pour autant à proscrire. De même, avoir un enfant après la transition ne pose pas plus de problème que pour les couples de même sexe. Les personnes trans' sont tout à fait capables de pourvoir à l'équilibre affectif, à la santé et à l'éducation d'un enfant.

Afin d'éliminer les risques de délire et de coup de tête, un délai d'au moins un mois sera nécessaire avant que la personne consulte à nouveau le conseiller conjugal pour lui remettre son formulaire de consentement éclairé signé. Elle aura pris le temps de s'informer, de lire le livret et sera capable de montrer qu'elle a bien compris le parcours de soins et les conséquences des traitements qu'elle sollicite. Le formulaire sera daté, tamponné et contre signé par le conseiller conjugal en 5 exemplaires. Un exemplaire sera gardé par le CPF qui pourra en délivrer des copies en cas de perte. Le second sera destiné à l'endocrinologue et les 3ème et 4ème seront pour le médecin généraliste et la demande d'ALD qui sera accordée par la sécurité sociale sur la production de ce 4ème feuillet, le 5ème sera pour le patient et lui permettra d'accéder aux autres soins utiles (épilation, rééducation vocale, FFS, mastectomie...) avec son volet d'ALD. Lors de cette seconde consultation, on remettra à la personne une liste d'endocrinologues compétents dans le domaine de la transidentité. Un accompagnement psychologique sera également proposé à la personne et une liste de praticiens lui sera remise. Un accompagnement sera aussi possible au CPF que se soit avec des conseillers conjugaux ou avec des psychologues ou des psychiatres. Ces consultations seront gratuites pour les usagers.

Les formulaires de consentement éclairé donneront lieu à un enregistrement national soumis à la CNIL. Un numéro d'identification utilisera le numéro d'INSEE sans le préfixe 1 ou 2. Il sera ainsi aisé de retrouver une personne qui a égaré son document initial et qui a déménagé, changé d'état civil, voire s'est mariée. Aucun état civil ne sera informatisé, seuls les formulaires de consentement éclairé présenteront ces éléments ainsi que le numéro d'identification. Le CPF sera chargé de la gestion. Les données qui pourront être utilisées à des fins statistiques et scientifiques seront anonymes et aucun nom de consultant ne sera accessible à des tiers.

La personne prendra contact avec l'un des endocrinologues de liste et sur présentation de son formulaire de consentement éclairé, elle pourra commencer un traitement hormonal après les bilans d'usage et discussion puis accord sur les produits prescrits. Si le traitement ne lui convient pas, elle pourra abandonner à tout moment le traitement et

devra en avertir l'endocrinologue, son médecin généraliste (qui préviendra la sécurité sociale pour la suppression de l'ALD) et le CFP. Si elle se sent mieux avec les hormones, dès les 3 premiers mois écoulés, elle confirmera son désir de poursuivre le traitement à l'endocrinologue.

Avec son formulaire de consentement éclairé, la personne pourra aussi avoir accès au CECOS pour une préservation de gamètes si elle le souhaite.

Pour la chirurgie génitale, une nouvelle procédure de consentement éclairé sera nécessaire au CPF après un an de traitement hormonal. La procédure sera identique à la première et nécessitera également 2 consultations. Durant le premier entretien, on expliquera les différentes possibilités, on remettra au consultant un livret explicatif sur la chirurgie génitale et un formulaire de consentement éclairé.

Un délai d'au moins une semaine sera nécessaire avant que la personne consulte à nouveau le conseiller conjugal pour lui remettre son formulaire de consentement éclairé signé. Elle aura pris le temps de s'informer, de lire le livret et sera capable de montrer qu'elle a bien compris le parcours de soins et les conséquences des traitements qu'elle sollicite. Le formulaire sera daté, tamponné (cachet du CPF) et contre signé par le conseiller conjugal en 4 exemplaires. Un exemplaire sera gardé par le CPF qui pourra en délivrer des copies en cas de perte. Le second sera destiné à au chirurgien, le 3ème au médecin généraliste et le 4ème sera pour le patient. Lors de cette seconde consultation, on remettra à la personne une liste de chirurgiens compétents dans le domaine de la transidentité. Il sera possible de consulter plusieurs chirurgiens en fonction des techniques proposées et de la proximité géographique. Une fois que la personne aura choisi son chirurgien, elle lui remettra le FCE qui lui est destiné et une date opératoire sera proposée ainsi qu'une ordonnance des bilans pré opératoires. Si son état de santé est compatible et que la personne confirme sa demande, elle pourra être opérée.

Les chirurgies proposées comprendront au moins: orchyectomie, ovariectomie, hystérectomie avec ou sans ovariectomie, métaoïdioplastie, plusieurs techniques de phalloplastie et de vaginoplastie avec vulvoplastie, vulvoplastie seule, diverses interventions sur le pénis, la réparation du clitoris chez les femmes excisées et toutes chirurgies de réparation génitale en cas d'accident ou de maladie. Les pôles de chirurgie auront ainsi assez d'activité et pourront même s'ouvrir aux chirurgies esthétiques génitales qui pourront être facturées en secteur 2.

Il est évident qu'il faudra pour ces pôles de chirurgies des professionnels de santé ouverts d'esprit, intéressés par le sujet et volontaires.

Le CPF organiserait un colloque annuel afin que tous les professionnels de santé impliqués puissent échanger sur leurs expériences et que les différents intervenants puissent présenter les résultats de leurs travaux. Les données nationales collectées par les Centres de planning familiaux seraient présentées. Les travaux de recherche devraient faire participer les associations transidentitaires qui le souhaitent ainsi que des universitaires.

P149. Il est facile de régler les problèmes de remboursement hors autorisation de mise sur le marché (AMM), de mettre un tarif à la CCAM pour les actes concernés, d'améliorer la tarification de l'épilation laser dans le cadre de l'ALD car il est

ridiculement bas au point que les médecins pratiquent cet acte hors secteur (sans prise en charge par la sécurité sociale), d'uniformiser les règles de prises en charge par les CPAMs, d'attribuer un numéro de sécurité sociale en fonction du nouveau genre à la demande de la personne engagée dans un parcours de transition.

- **Etat civil, un exemple de décret**

Concernant l'état civil, cesser d'opposer le principe de l'«*indisponibilité de l'état des personnes*» qui ne repose sur aucun texte écrit. Un décret pourrait régler facilement la question. Exemple:

*1-Les traitements hormonaux et chirurgicaux de changement de sexe sont autorisés.*

*2-L'état civil (sexe et prénoms) peut être modifié lors d'une procédure devant le TGI. Il devra être accordé sur présentation du premier consentement éclairé datant d'au moins 6 mois et d'un engagement sur l'honneur à vivre dans le nouveau genre. Le changement demandé ne saurait être refusé si ces 2 documents sont présentés. Les expertises n'ont pas lieu d'être.*

*3-Les modifications donneront lieu à la rédaction d'un nouvel acte de naissance sans mention des données antérieures. Seules les nouvelles mentions pourront être délivrées pour les actes de la vie civile nécessitant une copie d'acte de naissance ou son extrait. En cas de nécessité judiciaire, les anciennes mentions resteront disponibles dans un registre spécial qui sera en accès très restreint.*

Ou encore plus simple et idéal, mais nécessitant sans doute une réflexion sur le plan national, la suppression du sexe à l'état civil pour l'ensemble de la population. Cette mention ne sert plus qu'à maintenir le mariage hétérosexuel. En attendant que le mariage pour les couples de même sexe soit autorisé, cela ne semble pas réalisable.

- **Informations et formations**

P149. Pour une meilleure acceptation, une information grand public doit être disponible.

- Information dans les écoles (CM2) et collèges, faite par le Planning familial et les associations transidentitaires.

- Intégration de modules dédiés à la transidentité dans les formations initiales et continues: du social (éducateurs, assistants sociaux), du médical, des écoles d'infirmières, du psychologique, du sociologique, du droit, de la gestion du personnel, de l'enseignement, des administratifs, du personnel pénitentiaire, de la police, des différentes forces armées. Information également des parlementaires, sénateurs, des collectivités territoriales et locales, des médecins du travail...

- **Résumé du parcours de soins (P151)**
- Première procédure de consentement éclairé en 1 mois.
- Traitement hormonal et test de vie réelle avec les hormones. Epilation, rééducation vocale, chirurgie non génitale à la demande (FFS, pomme d'Adam, mastectomie). Accompagnement psychologique si souhaité.
- Pour la chirurgie génitale, seconde procédure de consentement éclairé en 1 semaine un an après le premier consentement éclairé.
- Changement d'état civil dès que la personne l'estime nécessaire et au plus tôt 6 mois après le premier consentement éclairé. Changement de prénom dès le premier consentement éclairé.

---

## **7 CONCLUSION**

On ne peut qu'être d'accord avec cette définition de la santé par l'OMS:  
*«état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.»*

**Le fondamental restant la référence aux recommandations d'HAMMARBERG, ([https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CommDH/IssuePaper\(2009\)2](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CommDH/IssuePaper(2009)2)), seule base écrite par une autorité reconnue compétente dans le domaine des Droits pour aborder toutes les questions liées à l'Identité de Genre.**

*«Droit de l'Homme et identité de genre»*, par Thomas HAMMARBERG, Commissaire aux droits de l'Homme, octobre 2009.

---

## 8 ANNEXES

- **Un témoignage**

Voici le genre de demande que nous sommes amenés à “traiter” sur les forums où nous essayons de nous consacrer à l'évolution des choses.

*«Voilà, je me présente rapidement, j'ai 21 ans et j'habite en Seine-Maritime (Je fais beaucoup d'allers et venues pour mes études entre Rouen et Le Havre). Il y a 2 ans et demi, j'ai décidé de me lancer dans le grand bain du parcours MTF, en allant voir spontanément un psy chez un ami consultait. Complètement horrifié à l'annonce de mon projet, il m'avoua vite qu'il ne pourrait pas me prendre en charge. Il me donna tout de même le nom d'un confrère. Ce dernier m'offrit une oreille attentive et plutôt réconfortante, sauf que son discours était double, car son accord de me suivre lors de ma transition n'était qu'un accord de principe. Et après avoir été envoyée chez un de ses amis endo, après avoir passé le bilan sanguin de rigueur, il était toujours à mon écoute, en m'expliquant que les choses factuelles médicalement parlant commenceraient bientôt. Emplie d'espoir, et faisant pleinement confiance à ce psy, je décidai pourtant de m'inquiéter un peu du concret de la chose en appelant l'endo quelques mois après le bilan que j'avais passé à l'hôpital. Dès lors, l'endocrinologue m'annonce gentiment que mes résultats sont normaux, aucun souci. Mais qu'à présent il lui fallait un “feu vert” d'un psy.*

*Un peu étonnée, vu qu'ils sont amis, ils auraient très bien pu se contacter sans m'en parler. Du coup, j'appelle mon psy dans la foulée. Il élude la question et me dit qu'on en discutera au prochain rdv. C'est ainsi qu'au bout de près de deux ans de suivi, mon psy m'annonce que je dois voir un “expert psy” sur Paris, car c'est lui qui détient le “feu vert”. J'en demande à savoir un peu plus, et il m'explique que ce psy est en charge d'une équipe officielle sur Paris et qu'avoir son accord pour débiter l'hormonothérapie ne sera qu'une formalité.*

*6 mois pour avoir un rendez vous, je vais donc à Paris, je rencontre le fameux professeur en question. Il est formel, il ne tiendra pas compte de ce qui a été fait auparavant, ni par mon psychiatre (au mieux il considère ça comme quelque chose de gentil), ni par l'endo, tout était à refaire. Au delà de ça, il me tient un discours transphobe que je n'ai pu écouter très longtemps.*

*Je finis par rendre compte de tout ça à mon psy qui me dit qu'apparemment il faudra que je me plie à la volonté de ce monsieur, que les choses ont changé, entamer un parcours est plus difficile qu'avant et que je devais prendre mon mal en patience en intégrant le protocole officiel. Je conteste, il m'envoie promener, et m'envoie un courrier quelques semaines plus tard où il est inscrit qu'il revient sur son diagnostic initial et qu'il ne veut plus me revoir. C'est ici que mon parcours en est rendu. Je dois avouer ne plus savoir à qui me fier, et me demander s'il est possible de faire une transition de façon responsable et sincère, sans avoir à se soumettre à une entité infantilissante, qui ne saurait se soucier de moi qu'en tant que cas et non que personne. Depuis peu, j'ai rencontré une amie qui a fini sa transition, mais qui n'habite pas ma région, et qui m'a conseillée de venir ici, car j'y trouverai de l'aide dans ma région et sûrement quelques adresses de vrais personnels de santé humains et informés, en bref compétents.»*

<http://www.fabulous-gonzesses.com/forum/quelques-informations-svo-t5613.html>